

## L 11 KR 4523/13

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 3363/12  
Datum  
17.09.2013  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 4523/13  
Datum  
22.07.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 17.09.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1934 geborene Kläger wendet sich gegen die Ablehnung der Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

Mit Schreiben vom 02.04.2012 übersandte der Prozessbevollmächtigte des Klägers die Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. S. über die Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation. In der beigefügten fachärztlichen Bescheinigung teilte Dr. L., Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Nephrologie, mit, dass bei dem Kläger eine wesentliche Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustandes bezüglich aufgetretener Herzbeschwerden eingetreten sei. Bei dem Patienten bestünden multiple kardiovaskuläre Risikofaktoren. Eine intermittierende Tachyarrhythmia absoluta infolge Vorhofflimmern sei bekannt. Aufgrund der psychischen und physischen Belastungen sei eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, sodass die vierjährige Wartefrist nicht einzuhalten sei. Dr. D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, teilte mit, dass sich der Kläger seit Jahren in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde. Er befinde sich psychisch und organisch im akuten Krankenstand. Er leide aktuell unter einer schweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung, anhaltender somatoformer Schmerzstörung sowie reaktiver Depression bei Konflikt durch nahe Verwandte mit juristischen Auseinandersetzungen im siebten Jahr. Dr. B., Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, teilte mit, dass beim Kläger eine langjährige komplexe medizinische Biografie, beginnend mit einem Verkehrsunfall mit Schleudertrauma am 11.11.1977 bestehe, fortgesetzt mit Phasen einer rezidivierenden depressiven Entwicklung mit latenter Suizidalität und Überlagerung mit einem generalisierten Schmerzsyndrom. Hinzu komme eine langjährige Anamnese mit Herzrhythmusstörungen beginnend im November 1999 mit intermittierendem tachykardem Vorhofflimmern. Im weiteren Verlauf sei es zu einer Progression des Krankheitsbildes mit rezidivierenden Synkopen, initial nicht eindeutig geklärter Genese, gekommen. Schließlich sei es zu einer Aggravierung der Symptomatik mit erneuten Herzattacken gekommen, wobei zuletzt am 18.01.2006 eine absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern dokumentiert sei. Bei langjährig progredientem und jetzt kompliziertem Krankheitsbild mit dokumentierten symptomatischen Herzrhythmusstörungen, Status nach rezidivierenden Synkopen, Status nach medizinischer Rhythmisierung und Neigung zu symptomatischer Sinus-Bradikardie unter Bisoprolol halte er aus fachkardiologischer Indikation ein stationäres Heilverfahren in einer fachkardiologisch spezialisierten Reha-Klinik für dringlich indiziert.

Die von der Beklagten angeforderte "Verordnung von medizinischer Rehabilitation" durch Dr. S. vom 07.05.2012 ging am 19.05.2012 bei der Beklagten ein. Danach leide der Kläger immer wieder unter psychosomatischen Beschwerden, fühle sich "beschissen", unverstanden und sehr depressiv. Wegen der Diagnosen "depressive schizoaffektive Psychose, Tachyarrhythmia absoluta" sowie "Hashimoto Thyreoiditis" sei zur Verbesserung der psychischen Situation eine Rehabilitation in einer psychosomatisch orientierten Klinik erforderlich.

Mit Bescheid vom 30.05.2012 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme einer stationären Kur ab. Sie könne eine stationäre Maßnahme nur dann erbringen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) einer solchen Maßnahme zustimme und die Maßnahme erst nach Ablauf von vier Jahren nach Beendigung einer solcher oder ähnlichen Maßnahme beantragt werde bzw vorzeitig medizinisch dringend notwendig sei. Da die letzte stationäre Maßnahme 2009 durchgeführt worden sei, sei die gesetzliche Wartefrist von vier Jahren nicht erfüllt. Aus den Antragsunterlagen sei die Notwendigkeit einer komplexen und interdisziplinären Behandlungsmaßnahme in einer spezifischen Einrichtung nicht zu entnehmen.

Hiergegen legte der klägerische Bevollmächtigte am 02.07.2012 förmlich Widerspruch ein.

Die Beklagte erbat daraufhin eine gutachterliche Stellungnahme des MDK. Dr. H. teilte am 12.07.2012 mit, dass er davon ausgehe, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung indiziert sei und keine stationäre Reha-Maßnahme erfolgen könne. Nach Vorlage weiterer Unterlagen erbat die Beklagte erneut eine Stellungnahme des MDK. Dr. H. teilte unter dem 24.09.2012 mit, dass aufgrund der vorliegenden spärlichen Unterlagen eine sozialmedizinisch fundierte Widerspruchsbeurteilung nicht erfolgen könne. Es wurde um Vorlage eines aktuellen psychiatrischen Befunds, dem letzten Reha-Entlassungsbericht und den letzten Krankenhausentlassungsberichten gebeten.

Mit Schreiben vom 28.09.2012 bat der Kläger um Kostenübernahme für eine ab 17.10.2012 geplante stationäre Behandlung in der A.-S.-Klinik und legte diesbezüglich die Verordnung von Dr. S. vom 27.09.2012 vor. Mit Bescheid vom 02.10.2012 teilte die Krankenkasse dem Kläger mit, dass Krankenhausbehandlungen nur durch Krankenhäuser erbracht werden können, die hierfür zugelassen seien. Die A.-S.-Klinik habe mit den Kassen keinen Versorgungsvertrag abgeschlossen und erfülle daher nicht die notwendigen Voraussetzungen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.11.2012 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 30.05.2012 zurück. Zur Begründung führte sie aus, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme habe der Kläger bereits vom 27.04.2009 bis 18.05.2009 durchgeführt. Aus den Antragsunterlagen sei die Notwendigkeit einer vorzeitigen komplexen und interdisziplinären Behandlungsmaßnahme in einer spezifischen Einrichtung nicht zu entnehmen. Auch sei nicht ersichtlich, dass alle Maßnahme vor Ort, welche im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stünden, vollständig ausgeschöpft worden seien.

Hiergegen hat der Kläger am 03.12.2013 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben. Nachdem der Kläger trotz mehrerer Aufforderungen keine Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht und keine ergänzende Klagebegründung vorgelegt hatte, hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 17.09.2013 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass sich die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme nicht zweifelsfrei aus der Verordnung der Gemeinschaftspraxis Dr. S. und K. vom 07.05.2012 ergeben. Nachdem der Kläger sich ausdrücklich geweigert habe, Unterlagen über inzwischen durchgeführte Behandlungsmaßnahmen vorzulegen, habe die Beklagte folgerichtig den Antrag abgelehnt. Da auch im gerichtlichen Verfahren keine weiteren Unterlagen und keine Entbindungserklärung vorgelegt worden seien, habe sich das Gericht auch nicht davon überzeugen können, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Antragstellung vorlagen bzw inzwischen vorliegen würden.

Der Gerichtsbescheid ist dem klägerischen Bevollmächtigten am 27.09.2013 mittel Empfangsbekanntnis zugestellt worden.

Am 17.10.2013 hat der Kläger hiergegen Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung wird ausgeführt, dass die Ablehnung für den Kläger nicht nachvollziehbar sei und dieser nach wie vor davon überzeugt sei, dass bei ihm die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorlägen. Es werde insoweit angeregt, die den Kläger behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen zu hören. Beim Kläger reiche eine ambulante Krankenbehandlung bei Weitem nicht aus. Da die letzte medizinische Rehabilitationsmaßnahme am 18.05.2009 beendet worden sei und damit weit mehr als vier Jahre zurückliege, seien nun auch die Voraussetzungen für die Gewährung einer Reha-Maßnahme gegeben.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 17.09.2013 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30.05.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.11.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Hinblick auf die vorgelegte Berufungsbegründung hat der Berichterstatter um Vorlage einer Schweigepflichtentbindungserklärung gebeten, damit die vom Prozessbevollmächtigten des Klägers benannten Ärzte befragt werden können. Mit Schreiben vom 04.03.2014 hat der Bevollmächtigte mitgeteilt, dass der Kläger die Aufforderung, die Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden, für unsachlich, rechtswidrig und deshalb nicht für erforderlich halte. Mit Schreiben vom 06.03.2014 hat der Berichterstatter darauf hingewiesen, dass die unterbliebene Übersendung der Entbindungserklärung nicht ausreichend entschuldigt sei. Da eine Befragung der Ärzte ohne Schweigepflichtentbindungserklärung nicht möglich sei, sei eine weitere Ermittlung ohne Mitwirkung des Klägers nicht möglich. Da der Kläger die Beweislast für das Vorliegen des geltend gemachten Anspruchs trage, werde nochmals angeregt, die angeforderte Erklärung zu übersenden. Gleichzeitig werde darauf hingewiesen, dass der Senat seine Pflicht zur Amtsermittlung nicht verletze, wenn er bei diesem Sachverhalt keine weitere Ermittlungen anstelle. Auch könnten aus der mangelnden Mitwirkung nachteilige Schlüsse gezogen werden.

Mit Schreiben vom 10.04.2014 hat der klägerische Prozessbevollmächtigte mitgeteilt, dass der Kläger auch auf mehrfache Anforderung keine Schweigepflichtentbindungserklärung vorgelegt habe. Es sei daher davon auszugehen, dass auch keine Schweigepflichtentbindungserklärung mehr vorgelegt werde.

Auf Anfrage des Gerichts haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung mitgeteilt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 SGG](#) mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist statthaft und zulässig, jedoch

unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 30.05.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.11.2012 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet dabei nicht die Frage eines Kostenerstattungsanspruchs, sondern vielmehr ein Anspruch auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Zwar geht der Prozessbevollmächtigte des Klägers in seinem Schreiben vom 13.09.2012 davon aus, dass der Kläger eine Reha-Maßnahme durchgeführt hat. Mit Schreiben vom 18.09.2012 teilt der Prozessbevollmächtigte des Klägers jedoch auch mit, dass der Kläger der Auffassung sei, dass er keine Reha-Maßnahme private durchgeführt habe. Dementsprechend hat der Klägervertreter auch die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme begehrt und darauf hingewiesen, dass seit der letzten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme am 18.05.2009 mehr als vier Jahre vergangen seien.

Versicherte haben nach [§ 11 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse nach [§ 40 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111c SGB V](#) besteht. Reicht eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung nicht aus, erbringt die Krankenkasse nach [§ 40 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs 2a SGB IX](#) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. Die Regelung in [§ 40 SGB V](#) bringt zum Ausdruck, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Rehabilitation in einem Stufenverhältnis stehen. Stationäre Rehabilitationsleistungen kommen deshalb erst in Betracht, wenn ambulante Krankenbehandlung und ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Dies folgt im Übrigen auch aus dem in [§ 12 Abs 1 SGB V](#) enthaltenen Wirtschaftlichkeitsgebot, das für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung gilt und dem im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Grundsatz "ambulant vor stationär" entnommen werden kann (vgl. Senatsurteil vom 28.06.2011, [L 11 KR 1164/11](#)). Dieser Grundsatz, wonach ambulante Maßnahmen den Vorrang vor teilstationären und diese wiederum den Vorrang vor vollstationären Maßnahmen haben, ist auch ein allgemeiner Grundsatz des SGB IX und hat zB in [§ 19 Abs 2 SGB IX](#) Ausdruck gefunden (vgl. O'Sullivan in Juris-PK - SGB IX, § 19 RdNr 26).

Rehabilitationsbedürftigkeit setzt dabei gleichzeitig aber auch Rehabilitationsfähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose voraus. Ob die Maßnahme eine reale Chance zur Erreichung des Reha-Ziels hat, ist durch eine prognostische Entscheidung bei Einleitung der Maßnahme auf Basis des persönlichen Potenzials des Versicherten zu treffen. Die rückschauende Betrachtung ist demnach nicht maßgeblich, sie kann aber Indizien für die Bewertung der ex ante Sicht liefern (BSG 24.03.1983, [8 RK 2/82](#) = NJW 1983, 262; BSG 2304.1992, [13 RJ 27/91](#), USK 9256).

Nach den vorliegenden ärztlichen Unterlagen ist die Erforderlichkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme durch den Kläger nicht nachgewiesen. Zwar hat Dr. L. in seiner fachärztlichen Bescheinigung vom 03.02.2009 eine wesentliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes bezüglich aufgetretener Herzbeschwerden attestiert. Eine schlüssige und nachvollziehbare Begründung hat er hierbei jedoch nicht angegeben. Dr. D. hat zwar mitgeteilt, dass der Kläger aktuell an einer schweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung, anhaltender somatoformer Schmerzstörung sowie reaktiver Depression bei Konflikt durch nahe Verwandte mit juristischer Auseinandersetzung im siebten Jahr leide. Auch hier wird jedoch nicht deutlich, inwiefern ambulante Behandlungen und insbesondere auch ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen nicht in Frage kommen bzw. nicht ausreichen. Schließlich ergibt sich auch keine andere Befundlage aus der Stellungnahme von Dr. B., so hat auch dieser in seiner Bescheinigung nicht näher ausgeführt, warum die bisherige ambulante Behandlung nicht ausreichend ist und inwieweit ein Mehrgewinn in einer stationären Rehabilitationseinrichtung zu sehen ist. Zwar verkennt das Gericht nicht, dass sich die behandelnden Ärzte für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ausgesprochen haben. Allein aufgrund der vorgelegten Bescheinigungen ist jedoch ein Anspruch des Klägers auf Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nicht nachgewiesen. Dies gilt umso mehr, als die behandelnden Ärzte neben der Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig die Durchführung einer akut-stationären Krankenhausbehandlung wohl für erforderlich halten und damit die Rehabilitationsfähigkeit vor der Durchführung einer solchen Behandlung zumindest in Frage steht.

Da der Kläger die angeforderte Schweigepflichtentbindungserklärung nicht vorgelegt hat, war das Gericht außerstande, weitere Ermittlungen durchzuführen. Insoweit ist festzustellen, dass der Kläger seine Mitwirkungslast durch die unentschuldigte Vorlage der Schweigepflichtentbindungserklärung verletzt hat. Hierdurch war im vorliegenden Fall nicht nur eine Verringerung der Amtsermittlungspflicht gegeben, sondern auch eine Unmöglichkeit der weiteren Beweiserhebung. So kann die Frage, inwieweit ambulante Maßnahmen bereits durchgeführt und erfolgreich bzw. erfolglos waren, nur durch eine Befragung der sachverständigen Ärzte als Zeugen erfolgen. Da eine Befragung jedoch ohne Vorlage der Schweigepflichtentbindungserklärung und bei ausdrücklichem Verbots der Befragung nicht infrage kam, waren die Amtsermittlungsmöglichkeiten des Senats eingeschränkt. Dies gilt umso mehr, als der Kläger ausdrücklich auf die Notwendigkeit der Vorlage der Schweigepflichtentbindungserklärung hingewiesen wurde. Da er trotz dieses Hinweises die Schweigepflichtentbindungserklärung nicht vorgelegt hat, trägt der Kläger die Folgen der nicht weiteren Aufklärbarkeit der Anspruchsvoraussetzungen.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenfolge beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB  
Saved  
2014-07-29