

## L 4 KR 27/03

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung

4  
1. Instanz  
SG Cottbus (BRB)

Aktenzeichen  
S 10 KR 36/01

Datum  
08.04.2003

2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen

L 4 KR 27/03  
Datum

08.06.2004

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-

Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 08. April 2003 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer stationären Rehabilitation.

Die im ... 1923 geborene Klägerin, die bei der Beklagten krankenversichert ist, beantragte im August 2000 Bewilligung und Kostenübernahme einer stationären Kurmaßnahme in einem Müttergenesungsheim. Beigefügt waren das Attest der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 03. Juni 2000 sowie verschiedene ärztliche Unterlagen.

Nachdem die Beklagte die Stellungnahme des Dr. K. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 11. August 2000 eingeholt hatte, lehnte sie mit Bescheid vom 23. August 2000 die Gewährung einer stationären Kur ab. Gleichzeitig bot sie an, eine ambulante Kur durchzuführen.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, sich eine ambulante Kur mit Unterkunft und Verpflegung finanziell nicht leisten zu können.

Die Beklagte veranlasste daraufhin die Stellungnahme beziehungsweise das Gutachten des MDK des Arztes S. vom 06. September 2000 beziehungsweise 07. November 2000.

Mit dem am 09. März 2001 zugestellten Widerspruchsbescheid vom 05. März 2001 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Die Einrichtungen des Müttergenesungswerkes stünden für Vorsorgekuren und Rehabilitationskuren, insbesondere bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, zur Verfügung. Da die Klägerin jedoch genügend mobil sei, sei eine ambulante Kur ausreichend.

Dagegen hat die Klägerin am 09. April 2001 beim Sozialgericht Cottbus Klage erhoben und vorgetragen:

In Müttergenesungseinrichtungen werde eine ganzheitliche Therapie angeboten. Insbesondere die sozialtherapeutischen Hilfen seien ihr wichtig. Die lange Arbeitslosigkeit ihres Sohnes, der in ihrem Haushalt lebe, stelle für sie eine große psychische und finanzielle Belastung dar. Für eine ambulante Kur habe sie kein Geld. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso andere Versicherte, die noch besser gehen könnten, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhielten.

Die Beklagte ist der Ansicht gewesen, dass eine stationäre Kur nicht nötig sei, da sich die Kureinrichtungen in unmittelbarer Nähe von Pensionen und Hotels befänden. Daher stehe das Wirtschaftlichkeitsgebot einer Kostenübernahme für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme entgegen.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. P. vom 16. Oktober 2001, des Facharztes für Orthopädie und Chirotherapie K. vom 17. Oktober 2001 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 17. Oktober 2001 eingeholt. Die Beklagte hat das weitere Gutachten des MDK des Arztes M. vom 04. Dezember 2001 vorgelegt. Das Sozialgericht hat außerdem Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigengutachten der Fachärztin für Orthopädie G. vom 18. Dezember 2002 nebst ergänzender Stellungnahme vom 26. Februar 2003.

Mit Urteil vom 08. April 2003 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide verpflichtet, die Klägerin mit einer stationären Mütter-Kur zu versorgen: Nach der Sachverständigen G. seien wegen der bei der Klägerin bestehenden Gesundheitsstörungen zwar medizinische Maßnahmen angezeigt, die alle ambulant durchgeführt werden könnten. Dennoch könne die Klägerin eine stationäre Rehabilitationsleistung (hier in Form einer Mütter-Kur) beanspruchen, denn eine ambulante Rehabilitationskur sei nicht ausreichend. Die tägliche An- und Abreise zwischen der Wohnung der Klägerin und den Kureinrichtungen in Bad L. sei ihr gesundheitlich nicht zumutbar. Nach den weiteren Feststellungen der Sachverständigen G. sei ihr aus orthopädischer Sicht von Seiten der Belastungsfähigkeit des Stütz- und Bewegungsapparates ein täglicher Anfahrtsweg von einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln zumutbar. Der dem Wohnort der Klägerin nächstgelegene Ort, an dem diese ambulante Kurleistungen in Anspruch nehmen könnte, sei Bad L ... Um dorthin zu gelangen, müsste die Klägerin nach ihren eigenen Angaben zunächst einen Fußweg von 15 Minuten bis zum Bahnhof zurücklegen. Es schliesse sich die Zugfahrt mit einer Dauer von zirka 10 bis 13 Minuten an. Für den anschließenden Fußweg vom Bahnhof zum Kurhaus habe die Kammer weitere 30 Minuten veranschlagt. Die Kammer greife insoweit auf die Angaben des ehrenamtlichen Richters Katschner zurück, der in Bad L. ortskundig sei. Berücksichtige man ferner Zeitpolster von jeweils fünf Minuten vor Abfahrt des Zuges und vor Beginn der ambulanten Kurmaßnahme, so werde die Gesamtdauer von einer Stunde überschritten.

Gegen das ihr am 12. Mai 2003 zugestellte Urteil richtet sich die am 12. Juni 2003 eingelegte Berufung der Beklagten.

Sie verweist darauf, dass von der Klägerin eine Mutter-Kur nach [§ 41 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) und nicht eine stationäre Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) beantragt worden sei. Eine Mutter-Kur setze den funktionalen Status als Mutter voraus. Die Klägerin erziehe oder versorge gegenwärtig jedoch keine Kinder und befinde sich auch nicht in einer Umbruchsituation im Zusammenhang mit der Beendigung der Erziehungsphase. Unabhängig davon sehe das Gesetz ein Stufenverhältnis vor. Zunächst komme ambulante Krankenbehandlung, dann ambulante Rehabilitation in Wohnortnähe, danach eine ambulante Rehabilitationskur in einem anerkannten Kurort und zuletzt eine stationäre Rehabilitation in Betracht. Nach dem vom Sozialgericht eingeholten Gutachten sei eine stationäre Rehabilitation jedoch nicht erforderlich. Auf die Dauer des vom Sozialgericht ermittelten Anfahrtsweges komme es nicht an. Zwar scheide danach eine ambulante Rehabilitationskur in Wohnortnähe aus. Möglich bleibe jedoch eine Rehabilitationskur in einem anerkannten Kurort. Soweit die Klägerin trotz des Zuschusses der Beklagten zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung finanziell überfordert sei, kämen gegebenenfalls Leistungen des Sozialhilfeträgers (Hilfe in besonderen Lebenslagen) in Betracht. Nach der Konzeption des SGB V seien die finanziellen Verhältnisse der Versicherten bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer ambulanten oder stationären Rehabilitationskur jedenfalls nicht zu berücksichtigen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 08. April 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Eine ambulante Kur sei zu anstrengend. Sie sei Mutter, denn sie versorge noch heute ihren Sohn.

Der Senat hat die Sachverständige G. ergänzend gehört.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf deren Gutachten und die Stellungnahme vom 04. März 2004 verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie wegen des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, die Klägerin mit einer stationären Mütter-Kur zu versorgen. Der Bescheid vom 23. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05. März 2001 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitation, weder in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes ([§ 41 Abs. 1 SGB V](#)) noch in einer sonstigen Rehabilitationseinrichtung ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)).

Nach [§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit ([§§ 27 bis 52 SGB V](#)).

Ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#)).

Nach [§ 41 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) kann die Krankenkasse unter den in [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) genannten Voraussetzungen aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen der

Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Bei dieser stationären Rehabilitation handelt es sich um eine spezielle Maßnahme gegenüber der allgemeinen stationären Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#). Im Verhältnis zu letztgenannter Vorschrift ist daher § 41 nach Tatbestand und Rechtsfolge eine Sondervorschrift (Hauck-Haines, Sozialgesetzbuch SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Noftz, Ergänzungslieferung 2/03, K § 41 Rdnr. 7; Kassel

Kommentar - Höfler, Sozialversicherungsrecht, SGB V, 41. Ergänzungslieferung, [§ 41 SGB V](#) Rdnr. 3).

Das in [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB V dargestellte Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung, das bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) folgt, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, ist auch bei einer stationären Rehabilitation nach [§ 41 SGB V](#) zu beachten. Dies zeigt bereits der Wortlaut dieser Vorschrift, wonach eine solche Leistung aus medizinischen Gründen erforderlich sein muss. Im Übrigen ist auch im Rahmen des [§ 41 SGB V](#) das im gesamten Krankenversicherungsrecht gültige Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.

Reicht diese Leistung nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)).

Daraus folgt zum einen, dass ein Antrag auf Bewilligung einer stationären Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung zugleich den Antrag auf eine allgemeine stationäre Rehabilitation mitumfasst. Zum anderen ergibt sich daraus, dass beide stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nur in Betracht kommen, wenn andere Leistungen der Krankenversicherung zur Krankenbehandlung nicht ausreichend sind.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme bedeutet dies, dass der Klägerin eine stationäre Rehabilitation nicht bewilligt werden darf. In ihrem Fall ist eine ambulante Rehabilitationsleistung ausreichend.

Unabhängig davon scheidet eine stationäre Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes ohnehin aus. [§ 41 Abs. 1 SGB V](#) knüpft vom Normzweck her an dem traditionellen und bewährten Konzept von Mütter-Kuren an (vgl. Hauck-Haines-Noftz, a. a. O., K § 41 Rdnr. 8; Kasseler Kommentar - Höfler, a. a. O., § 41 Rdnr. 2). Diese Vorschrift nimmt sich damit in besonderer Weise der Gesundheit der Mütter an, die durch Schwangerschaft sowie durch Geburt, Pflege und Erziehung von Kindern gefährdet sein kann. Die Gemeinsamen Rahmenempfehlungen zur Durchführung von Vorsorgekuren für Mütter und Müttergenesungskuren der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Deutschen Müttergenesungswerkes und bestimmten Wohlfahrtsverbänden vom 01. Oktober 1990 greifen diese Zielsetzung des Gesetzes auf. Nach Nr. 1 dieser Gemeinsamen Rahmenempfehlungen wenden sich die Kuren des Müttergenesungswerkes an in besonderem Maße belastete und in ihrer Gesundheit gefährdete Mütter, nämlich a) die in Familienverantwortung stehen, das heißt, die noch Kinder versorgen, unabhängig davon, ob es ihre leiblichen sind, oder b) die durch den Ablauf der Erziehungsphase vor oder in einer Umbruchsituation stehen, oder c) die durch die Versorgung pflegebedürftiger/behinderter Kinder oder Angehöriger kurbedürftig sind.

Die Klägerin ist zwar Mutter und versorgt ihren arbeitslosen Sohn in ihrem Haushalt. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass sie damit jedoch typische Mutterpflichten, wie sie gegenüber minderjährigen Kindern bis zu deren Eintritt in das Erwachsenenleben und damit gegebenenfalls bis über die Volljährigkeit hinaus erbracht werden, leistet. Ihr Sohn mag zwar nach ihrem Schriftsatz vom 10. Dezember 2003 einen Sehfehler haben. Dies begründet jedoch nicht die Annahme, er müsse wie ein minderjähriges Kind versorgt oder gar erzogen werden. Im Mittelpunkt einer stationären Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes stehen vielmehr - ausgehend von dem traditionellen und bewährten Konzept von Mütter-Kuren - solche Mütter, die versorgen und pflegen wie Mütter mit minderjährigen Kindern. Dazu gehört die Klägerin nicht (mehr).

Eine stationäre Rehabilitation hat die Sachverständige G. in ihrem Gutachten vom 18. Dezember 2002 auch nicht für erforderlich angesehen.

Nach ihrem Gutachten liegen eine Skoliose I. Grades, eine Spondylosis deformans der Wirbelsäule mit vertebrogenem thorakalen und vertebrogenem lumbalen lokalen Schmerzsyndrom, eine beginnende Coxarthrose und eine Osteoporose vor. Die sonstigen Gesundheitsstörungen (Alopecia diffusa, Psoriasis und grenzwertige Hyperthyreose) sind nach diesem Gutachten hinsichtlich der begehrten Leistung nicht wesentlich. Beeinträchtigt wird die Klägerin durch die Folgen der vorliegenden degenerativen Veränderungen in Form von Schmerzsyndromen.

Die Sachverständige G. ist in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 04. März 2004 der Beurteilung im MDK-Gutachten des Arztes M. vom 04. Dezember 2001 in vollem Umfang beigetreten. Danach ist nicht zweifelhaft, dass die bestehenden degenerativen Skelettveränderungen Rehabilitationsbedürftigkeit begründen und die Behandlungsmaßnahmen am Wohnort als ausgeschöpft angesehen werden können, wie in diesem MDK-Gutachten dargestellt. Nichts anderes ergibt sich aus dem Attest der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 03. Juni 2000 und ihrem Befundbericht vom 17. Oktober 2001. Der Facharzt für Orthopädie und Chirotherapie K. sieht dies in seinem Befundbericht vom 17. Oktober 2001 grundsätzlich nicht anders. Auch er hält Behandlungsmaßnahmen wegen der degenerativen Veränderungen am Skelettsystem zur Verbesserung der Schmerzsituation und der Mobilität, die über die bisherigen Maßnahmen hinausgehen, für erforderlich.

Mithin steht fest, dass eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichend ist.

Nach dem Stufenverhältnis des [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB V kommen jedoch vor einer stationären Rehabilitation grundsätzlich noch eine ambulante Rehabilitationsleistung entweder in wohnortnahen Einrichtungen oder in sonstigen Rehabilitationseinrichtungen in Betracht.

Die Sachverständige G. hat in ihrem Gutachten dargelegt, dass erforderlich, aber auch ausreichend ambulante physikalische Therapie, Funktionstraining als Trocken- und Wassergymnastik und insgesamt eine ambulante Rehabilitationskur seien. Die genannten Maßnahmen können ohne Zweifel als ambulante Rehabilitationsleistungen erbracht werden. Davon ist im Übrigen auch das Sozialgericht ausgegangen.

Das Sozialgericht hat allerdings zu Unrecht, worauf die Beklagte zutreffend hinweist, lediglich geprüft, ob ambulante

Rehabilitationsleistungen in wohnortnahen Einrichtungen der Klägerin zumutbar sind. Dies hat das Sozialgericht verneint. Ob dieser Ansicht gefolgt werden kann, kann dahinstehen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist der Klägerin jedenfalls eine ambulante Rehabilitationsleistung in sonstigen Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, zumutbar.

Finanzielle Belastungen, die dadurch für die Klägerin eintreten, können hierbei nicht berücksichtigt werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) legt fest, dass Leistungen, die nicht notwendig sind, von Versicherten nicht beansprucht werden können. Damit kommt eine stationäre Rehabilitation nicht schon deswegen in Betracht, weil eine ambulante Rehabilitationsleistung die subjektive finanzielle Leistungsfähigkeit der Klägerin überschreitet. Im Übrigen stehen gegebenenfalls auch Leistungen des Sozialhilfeträgers, worauf die Beklagte bereits hingewiesen hat, zur Verfügung. Soweit die Klägerin wegen Einkommens oder Vermögens solche zusätzlichen Leistungen nicht beanspruchen kann, mutet das Gesetz eine entsprechende Belastung als hinnehmbar zu.

Die Klägerin kann im Fall einer ambulanten Rehabilitationsleistung die erforderliche Kureinrichtung von einer dortigen Unterkunft zumutbar erreichen. Nach der ergänzenden Stellungnahme der Sachverständigen G. vom 04. März 2004 ist die Klägerin in der Lage, eine Wegstrecke von 500 Metern innerhalb von 20 Minuten ohne jegliche Gehhilfen zurückzulegen und dies auch viermal täglich. Es besteht mithin keine Einschränkung der Wegefähigkeit. Es ist damit nicht nachgewiesen, dass die Klägerin Kureinrichtungen von einer Unterkunft nicht erreichen könnte.

Die diesbezügliche Beurteilung der Sachverständigen G. ist auch nachvollziehbar. Die Sachverständige hat die vorliegenden degenerativen Veränderungen in erster Linie als altersentsprechende gesundheitliche Störungen angesehen. Sie hat keine Befunde erhoben, die auf eine Einschränkung der Wegefähigkeit hindeuten. Hinzu kommt, dass die Klägerin selbst im MDK-Gutachten des Arztes M. vom 04. Dezember 2001 eine mögliche Gehstrecke von zirka 500 Metern angegeben hat.

Die von dem Orthopäden K. im Befundbericht vom 17. Oktober 2001 erhobenen Befunde lassen ebenfalls nicht auf eine eingeschränkte Wegefähigkeit schließen, wie die Sachverständige in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 04. März 2004 dargestellt hat. Insbesondere wird dort die Beweglichkeit der Hüftgelenke noch geringfügig besser beschrieben.

Im Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 17. Oktober 2001 wird zwar eine erhebliche Gehbehinderung infolge der Hüft- und Wirbelsäulenerkrankung benannt. Entsprechend dies belegende Befunde sind in diesem Befundbericht, worauf die Sachverständige G. nachvollziehbar hinweist, aber nicht aufgeführt.

Kommt mithin eine ambulante Rehabilitationsleistung in einer Rehabilitationseinrichtung, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, in Betracht, die zur Krankenbehandlung ausreichend und der Klägerin aus medizinischen Gründen auch nicht unzumutbar ist, kann eine stationäre Rehabilitation nicht gewährt werden. Insoweit ist es unerheblich, dass anderen Versicherten entsprechende Leistungen bewilligt worden sind, denn auch diesen dürfen seitens der Beklagten Leistungen nur unter den selben Voraussetzungen gewährt werden, dort dürfte also das beschriebene "Stufenverhältnis" ausgeschöpft worden sein (oder es hat sich um anderen Grundsätzen folgende Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung gehandelt).

Die Berufung hat daher Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2004-07-05