

L 1 KR 422/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 81 KR 277/12
Datum
25.09.2014
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 422/14
Datum
28.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
:

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Sie ist 1940 geboren und bei der Beklagten krankenversichert. Sie leidet an einer Vielzahl von Erkrankungen. Sie beantragte am 27. Juli 2011 unter Einreichung einer Verordnung die Bewilligung einer stationären Vorsorgeleistung im gewünschten Kurort B.

Die Beklagte lehnte den Antrag nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) mit Bescheid vom 18. August 2011 ab. Ambulante Maßnahmen seien noch nicht ausgeschöpft. Hiergegen erhob die Klägerin am 25. August 2011 Widerspruch ("Einspruch"). Sie schilderte ihre Beeinträchtigungen und Schmerzen und reichte weitere Unterlagen ein. Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des MDK (vom 7. Oktober 2011) wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 2015 zurück: Die Voraussetzungen des [§ 40](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) seien nicht erfüllt.

Hiergegen hat die Klägerin am 17. Februar 2012 Klage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, ihr behandelnder Arzt empfehle Rehabilitationsmaßnahmen. Ambulante Krankenbehandlungen reichten angesichts ihrer therapieresistenten Schmerzen im Rücken und in den Beinen nicht aus. Das SG hat Befundberichte eingeholt. Der MDK hat unter dem 15. Februar 2013 ein weiteres sozialmedizinisches Gutachten erteilt. Er ist zu dem Ergebnis gelangt, dass nach wie vor keine Rehabilitationsbedürftigkeit bestünde.

Im Auftrag des SG hat die Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. M B die Klägerin am 16. November 2013 untersucht. In ihrem Sachverständigen Gutachten vom 19. November 2013 führt sie aus, die Klägerin leide an Verdauungsbeschwerden bei Bauchspeicheldrüsenerkrankung und Lebensmittelunverträglichkeiten, Zustand nach Darmteilentfernung wegen Divertikulitis und Verwachsungen, Zustand nach Entfernung der Gebärmutter, Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule, Zustand nach Verletzung des rechten Knies mit Abnutzungserscheinungen, Zustand nach Implantation eines künstlichen Kniegelenks links, Zustand nach Schädelbasisfraktur, psychischem Leiden, Nierenschwäche, Schilddrüsenleiden, Durchblutungsstörungen, Herzleiden, Bluthochdruck und Refluxkrankheit. Sie gelangt zu dem Ergebnis, eine Heilung oder langdauernde Linderung der beklagten Beschwerden sei durch eine stationäre Behandlung in einer Reha Einrichtung nicht erreichbar. Die Klägerin wünsche sich eine stationäre Unterstützung beim Heilfasten bzw. einer Darmentschlackung sowie diätetische Beratung. Sofern von dieser Maßnahme tatsächlich eine länger andauernde positive Wirkung erwartet werden könne, seien Beratungen durchaus auch ambulant möglich. Es sei zu beachten, dass es sich bei dem Darmleiden um eine chronische Erkrankung handele, die mutmaßlich auf Dauer therapeutischer Maßnahmen bedürfe. Auch wünsche die Klägerin intensive physiotherapeutische Maßnahmen zur Linderung des Wirbelsäulenleidens und der Kniebeschwerden. Die Beschwerden bestünden seit Jahren und könnten als chronisch bezeichnet werden. Eine physiotherapeutische Therapie erfolge mit der Zielsetzung der Muskellockerung sowie der Muskelstärkung. Gerade bei chronischen Leiden sei es sinnvoll, diese Maßnahmen langfristig durchzuführen. Von einer kurzzeitigen Intensivierung physikalischer Maßnahmen könne hingegen höchstens eine zeitlich sehr begrenzte Besserung der Symptomatik erwartet werden.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 25. September 2014 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen erbringe, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreiche. Darüber hinaus erbringe die Krankenkasse nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) (nur dann) eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung, wenn ambulante Rehabilitationsleistungen nicht ausreichen. Bei der Klägerin sei nicht zu erkennen, dass eine ambulante Behandlung oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht möglich seien und deshalb eine stationäre Rehabilitation erforderlich sei. Die Sachverständige Dr. B habe nachvollziehbar ausgeführt, dass kurzfristige intensivere Maßnahmen nur eine zeitlich begrenzte Besserung erbrachten, soweit das Wirbelsäulenleiden und die Kniebeschwerden betroffen seien. Unterstützung beim Heilfasten, Darmentschlackung sowie diätetische Beratung seien ambulant möglich. Die eingeholten Befundberichte und die gutachterliche Stellungnahme des MDK vom 15. Februar 2013 stützten diese Auffassung.

Gegen das ihr am 17. Oktober 2014 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 6. November 2014: Sie sei dezidiert der Auffassung, dass ihr Gesundheitszustand nicht ausreichend und hinreichend gewürdigt worden sei. Sie erhoffe sich von der begehrten Kur, dass ihr Darm durch Fasten wieder schmerz- und entzündungsfrei werde. Dazu müsse sie aus ihrer häuslichen Umgebung in die stationäre Reha gebracht werden. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten seien vollständig ausgereizt.

Sie beantragt,

unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 25. September 2014 den Bescheid der Beklagten vom 18. August 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Februar 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine stationäre Kur zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat den Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. S mit einem Sachverständigengutachten nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) beauftragt. Dieser hat die Klägerin am 20. Juli 2015 untersucht. Er ist in seinem Gutachten vom 5. September 2015 zu dem Ergebnis gelangt, bei der Klägerin liege auf orthopädischem Fachgebiet eine Schwächung der Gesundheit im Bereich der Wirbelsäule, des rechten Beines und der rechten Hand vor. Während von der Erkrankung des rechten Beines kein Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu erwarten sei, könne nicht ausgeschlossen werden, dass die fortschreitende Wirbelsäulenerkrankung ohne konsequente konservative physiotherapeutische Weiterbehandlung zur Pflegebedürftigkeit führe. Das Ergebnis der operativen Behandlung an der Lendenwirbelsäule mit anschließender Rehabilitationsbehandlung im Frühjahr 2015 könne noch nicht eingeschätzt werden. Bezogen auf Wirbelsäule und rechtes Bein sowie rechte Hand würden bereits jetzt nach Angaben der Klägerin umfangreiche Behandlungsmaßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie durchgeführt. Diese sollten nach Durchführung der Wirbelsäulenoperation reduziert werden. Die Indikation zum Einsetzen einer Kniegelenksprothese rechts sollte überprüft werden. Auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet reiche die gegenwärtig vorgenommene ambulante Behandlung aus, um den bestehenden Erkrankungen und/oder Gesundheitsgefährdungen entgegenzuwirken. Auch eine Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms könne ambulant erfolgen, sei aber bisher noch nicht durchgeführt. Bezogen auf das gastrointestinale Krankheits- und Beschwerdebild sei die positive Wirkung eines Heilfastens in bestimmten zeitlichen Intervallen beschrieben. Eine solche Behandlungsmaßnahme könne ggf. nur stationär durchgeführt werden. Bezogen auf orthopädisch-unfallchirurgische Erkrankungen und die chronische Schmerzkrankung sei keine stationäre Behandlungsmaßnahme erforderlich. Bezogen auf den gastrointestinalen Erkrankungskomplex sei eine stationäre Heilbehandlung zur Linderung der Symptome und Verbesserung der Funktionalität alle zwei bis drei Jahre zu empfehlen. Auf die im Verwaltungsvorgang der Beklagten und in der Gerichtsakte enthaltenen Befundberichte und medizinischen Gutachten wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Es konnte im schriftlichen Verfahren und durch den Berichterstatter alleine entschieden werden, [§§ 155 Abs. 3, 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Die Beteiligten haben sich mit einer solchen Vorgehensweise im Erörterungstermin am 7. März 2016 einverstanden erklärt.

Der Berufung muss Erfolg versagt werden. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Bescheid vom 18. August 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Februar 2012 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Auf die Begründung des SG wird zur Vermeidung bloßer Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 1 SGG](#) verwiesen. Zu ergänzen ist lediglich im Hinblick auf das Gutachten des Dr. S, dass der Gutachter in seinem Fachgebiet die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme deutlich verneint hat. Aus dem für ihn - auch von ihm so bezeichnet - fachfremden Gebiet hat er eine stationäre Kur lediglich "empfohlen", aber nicht für notwendig erachtet. Es kann deshalb nach wie vor zur Beurteilung der Rechtslage auf die Ausführungen im angegriffenen Urteil verwiesen werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht im Ergebnis der Sache.

Gründe zur Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-08-02