

L 4 KR 575/13 B

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 2 KR 3027/12

Datum

09.01.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 575/13 B

Datum

06.06.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde des Klägers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Konstanz vom 9. Januar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger wendet sich mit der Beschwerde dagegen, dass das Sozialgericht Konstanz (SG) die Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Klageverfahren [S 2 KR 3027/12](#) mangels hinreichender Erfolgsaussicht der Rechtsverfolgung abgelehnt hat. Im Klageverfahren begehrt er die Übernahme der beantragten Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen.

Beim am 1966 geborenen und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Kläger besteht infolge eines im Jahr 1991 erlittenen Unfalls ein Zustand nach Polytrauma mit Querfortsatzfraktur LWK1 und 2 sowie ein Knie trauma rechts. Darüber hinaus leidet er an einer mittelschweren Depression und an einem nach seinen Angaben eingestellten chronischen Alkoholabus. Im November 2011 wurde beim Kläger ein Mundhöhlenkarzinom am linken Zungenrand festgestellt, worauf im Dezember 2011 im Universitätsklinikum T. eine Tracheotomie, Tumoresektion und Halslymphknotenausräumung sowie nachfolgend eine Nekrosenabtragung und Nachresektion durchgeführt wurde. Eine adjuvante Therapie fand im Anschluss daran nicht statt. Der Grad der Behinderung des Klägers beträgt 80 seit 15. Dezember 2011, Merkzeichen wurden beim Kläger ausweislich des Bescheids des Landratsamts S. - Versorgungsamt - vom 18. April 2012 nicht festgestellt. Seit 1. Februar 2012 erhält der Kläger Pflegegeld nach der Pflegestufe I (Bescheid der bei der Beklagten errichteten Pflegekasse vom 2. April 2012). Außerdem bezieht der Kläger seit 1. Juli 2012 eine bis 30. Juni 2014 befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung (Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern vom 24. September 2012).

Nach den Angaben des Klägers im Beschwerdeverfahren wurden bei ihm in der Zeit von Februar 2012 bis März 2013 20 Tumor- und Tumornachbehandlungen im Universitätsklinikum T. durchgeführt, weitere Behandlungen für zunächst weitere drei Jahre seien vorgesehen. Des Weiteren habe er sich von Januar bis Juli 2012 acht Mal zur Tumor- bzw. Tumornachbehandlung im Parksanatorium der Klinik A., in der Zeit von März bis November 2012 fünf Mal bei dem Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten Dr. St. in S. und von Oktober 2011 bis August 2012 sieben Mal bei dem Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr. Dr. A. in B. S. befunden. Bei Dr. M. in Me. hätten darüber hinaus wegen der Tumorerkrankung im Zeitraum von Oktober 2009 bis Februar 2012 sechs Nachbehandlungstermine durchgeführt werden müssen, ebenfalls in Me. hätten bei Dr. Bi. von Februar bis Dezember 2012 an 16 Terminen Nachbehandlungen bzw. Nachuntersuchungen stattgefunden. Außerdem sei er in der Zeit von Februar bis Dezember 2012 81 Mal in der Praxis Dr. im Rahmen einer Physikalischen Therapie behandelt worden.

Am 14. März 2012 beantragte die Ehefrau des Klägers mündlich die Übernahme der Kosten für im Universitätsklinikum T. wahrgenommene ambulante Termine. Dies lehnte die Beklagte mündlich ab.

Am 25. Mai 2012 beantragte der Kläger schriftlich die Erstattung der Fahrkosten für die mehrfach monatlich stattfindende ambulante Behandlung in T. ... Diesen Antrag lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die am 14. März 2012 erfolgte mündliche Ablehnung mit Bescheid vom 20. Juni 2012 erneut ab und wies darauf hin, dass aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen Fahrkosten nur in Ausnahmefällen übernommen werden könnten, u.a. bei einer Dialysebehandlung sowie onkologischer Chemo- oder Strahlentherapie, bei Schwerbehinderten, die laut Ausweis außergewöhnlich gehbehindert, blind oder hilflos seien, oder bei einer Einstufung in die Pflegestufe II

oder III. Wenn mit Blick auf die Schwerbehinderung oder Pflegebedürftigkeit eine vergleichbare Einschränkung der Mobilität vorliege, eine Dauerbehandlung von mindestens sechs Monaten erforderlich und dies vom Arzt bescheinigt worden sei, könnten Fahrkosten auch ohne Schwerbehindertenausweis oder Pflegestufe übernommen werden. Für den Fall, dass eine dieser Ausnahmen auf den Kläger zutrefte, wurde um Vorlage der entsprechenden Bescheinigungen gebeten. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch. Er vertrat die Auffassung, dass bei ihm eine vergleichbare Einschränkung der Mobilität vorliege und eine Dauerbehandlung von mindestens sechs Monaten erforderlich sei. Aufgrund des im Jahr 1991 erlittenen Unfalls leide er unter einer Gehbehinderung, sodass er sich nur mittels Gehhilfen fortbewegen könne. Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Fallberatung des Dr. Rü. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK - Stellungnahme vom 24. September 2012) ein, der die Auffassung vertrat, dass die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten vom 22. Januar 2004, zuletzt geändert am 21. Dezember 2004 (KrankentransportRL) genannten Ausnahmefälle beim Kläger nicht vorlägen. Mit Widerspruchsbescheid vom 15. November 2012 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch hierauf zurück.

Der Kläger erhob am 5. Dezember 2012 mit dem Ziel der Erstattung bzw. Übernahme der "beantragten Fahrkosten zur ambulanten Behandlung" Klage zum SG. Gleichzeitig beantragte er Prozesskostenhilfe für das Klageverfahren. Zur Begründung berief er sich darauf, dass er unter einer schweren Tumorerkrankung leide und deswegen monatlich zur Nachuntersuchung müsse, wobei diese Nachuntersuchung im Wechsel von der Praxis Dr. Dr. A. und dem Universitätsklinikum T. wahrgenommen werde.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Mit Beschluss vom 9. Januar 2013 lehnte das SG den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe ab. Die Klage habe keine hinreichende Aussicht auf Erfolg. Offenbleiben könne, ob der Kläger die Erstattung der Kosten für Fahrten, die vor der Antragstellung lägen, oder eine Genehmigung von Fahrten, die nach der Antragstellung lägen, begehre, denn die Beklagte dürfte in keinem Fall verpflichtet gewesen sein, dem Kläger Fahrkosten zu erstatten. Die Voraussetzungen für eine Übernahme der Fahrkosten nach [§ 60](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) dürften nicht vorliegen. Kontrolluntersuchungen nach einer durchgeführten Operation seien keine nachstationären Behandlungen und durch die Kontrolluntersuchungen dürften beim Kläger auch keine vollstationären Behandlungen vermieden worden sein. Auch die Voraussetzung der durch eine Grunderkrankung vorgegebenen Behandlung nach einem Therapieschema mit einer hohen Behandlungsfrequenz dürften beim Kläger nicht vorliegen. Offenbleiben könne insoweit, ob Nachuntersuchungen überhaupt eine Behandlung nach einem Therapieschema darstellten. Zumindest dürfte eine monatlich stattfindende Kontrolluntersuchung die notwendige Häufigkeit für eine hohe Behandlungsfrequenz nicht erreichen. Der Kläger sei auch nicht in die Pflegestufe II oder III eingestuft und ihm seien auch nicht die Merkzeichen aG, BI oder H zuerkannt. Bei ihm dürfte auch keine vergleichbare Mobilitätseinschränkung vorliegen. Die vom Kläger vorgetragene Einschränkung, wonach er nur mit Gehstützen gehen könne, erreiche nicht den Grad, der für die Anerkennung der außergewöhnlichen Gehbehinderung erforderlich sei. Für eine vergleichbare Einschränkung, wie sie die Anerkennung der anderen Merkzeichen erfordere, sei nichts ersichtlich. Ebenso wenig sei ersichtlich, dass der Kläger in eine höhere Pflegestufe einzustufen gewesen sei.

Gegen den am 17. Januar 2013 zugestellten Beschluss hat der Kläger am 4. Februar 2013 Beschwerde eingelegt. Zur Begründung verweist er auf sein bisheriges Vorbringen. Auf Nachfrage hat er klargestellt, dass er Fahrkosten zu den ambulanten Behandlungen im Universitätsklinikum T., im Parksanatorium der Klinik A., bei Dr. St., Dr. Dr. A., Dr. Dr. M. und Dr. Bi. sowie zur Physikalischen Therapie in der Praxis Dr. begehre und hat diese mit insgesamt EUR 887,20, davon EUR 600,00 für Behandlungen im Universitätsklinikum T., beziffert.

Der Kläger beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Konstanz vom 9. Januar 2013 aufzuheben und ihm für das Klageverfahren [§ 2 KR 3027/12](#) vor dem Sozialgericht Konstanz Prozesskostenhilfe ohne Ratenzahlung unter Beiordnung von Rechtsanwalt Franz Sc. zu bewilligen.

Die Beklagte hat keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

II.

1. Die Beschwerde des Klägers ist form- und fristgerecht eingelegt worden. Sie ist auch nicht nach [§ 172 Abs. 3 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der ab 1. April 2008 geltenden Fassung ausgeschlossen, denn der Beschwerdeausschluss gilt danach nur, wenn - was hier nicht der Fall ist - das Gericht ausschließlich die persönlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Prozesskostenhilfe verneint hat. Ob der Wert des Beschwerdegegenstands EUR 750,00 (vgl. zum Beschwerdeausschluss bei Nichterreichen des Beschwerdegegenstands: z.B. Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (LSG) vom 20. Dezember 2012 - [L 12 AS 4772/12 B](#) - m.w.N; anderer Ansicht z.B. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 19. Januar 2011 - [L 7 AS 4623/10 B](#) -, beide in juris) übersteigt, lässt der Senat offen. Für die bisher angefallenen Fahrten nach T. dürften nach der Aufstellung des Klägers im Beschwerdeverfahren nur Kosten von EUR 600,00, mithin noch keine EUR 750,00 angefallen sein. Abgesehen davon, dass der Kläger auch die Übernahme der zukünftig anfallenden Fahrkosten begehrt, was den Beschwerdegegenstand erhöhen dürfte, macht er jedoch die in der Zeit von Februar 2012 bis März 2013 angefallenen Fahrkosten nach T. geltend, er begehrt mithin die Übernahme wiederkehrender Leistungen für mehr als ein Jahr, so dass die Berufung gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) nicht beschränkt wäre. Darauf, ob Streitgegenstand des Klageverfahrens auch die weiteren vom Kläger nunmehr im Beschwerdeverfahren geltend gemachten Fahrten sind (dazu sogleich), kommt es im Rahmen der Prüfung der Zulässigkeit der Beschwerde somit nicht an.

2. Die Beschwerde ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Klageverfahren [§ 2 KR 3027/12](#) zu Recht abgelehnt.

Nach [§ 73a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 114 Satz 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) erhält eine Partei, die nach ihren persönlichen und

wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann, auf Antrag Prozesskostenhilfe, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. Eine hinreichende Erfolgsaussicht ist gegeben, wenn bei summarischer Prüfung in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht eine gewisse Erfolgsaussicht besteht. Ist ein Erfolg in der Hauptsache zwar nicht schlechthin ausgeschlossen, die Erfolgsschance allerdings nur eine entfernte, ist die Bewilligung von Prozesskostenhilfe abzulehnen (vgl. Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 13. März 1990 - [2 BvR 94/88](#); Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17. Februar 1998 - [B 13 RJ 83/97 R](#); beide in juris). Im Rahmen des Prozesskostenhilfeverfahrens ist im begrenzten Maße auch eine vorweggenommene Beweiswürdigung zulässig (vgl. BVerfG, Kammerbeschluss vom 7. Mai 1997 - [1 BvR 296/94](#); Bundesgerichtshof [BGH], Beschluss vom 14. Dezember 1993 - [VI ZR 235/92](#); beide in juris).

Nach diesen Kriterien hat das SG die hinreichende Erfolgsaussicht der auf die Gewährung von Fahrkosten für ambulante Behandlungen gerichteten Klage zutreffend verneint.

a) Der Kläger hat bei der Beklagten nur die Übernahme der Fahrkosten zu den ambulanten Untersuchungen nach T. beantragt und die Beklagte hat in dem mündlichen Bescheid vom 14. März 2012 und dem die Ablehnung wiederholenden schriftlichen Bescheid vom 20. Juni 2012 nur hierüber entschieden. Da der Kläger in dem in der Klageschrift angegebenen Antrag formulierte, " ... die beantragten Fahrtkostenerstattungen zur ambulanten Behandlung zu bewilligen", wäre Gegenstand des Klageverfahrens allein die Frage der Erstattung der Fahrkosten zu den ambulanten Behandlungen im Universitätsklinikum T ... Die im Beschwerdeverfahren weiter geltend gemachten Fahrkosten könnten nur im Wege der Klageerweiterung ([§ 99 SGG](#)) Gegenstand des Verfahrens werden, wobei wegen fehlender Entscheidung der Beklagten insoweit die erweiterte Klage jedenfalls derzeit unzulässig wäre. Für die Entscheidung des Beschwerdeverfahrens kann der Senat dies offenlassen. Denn aufgrund des derzeitigen Sach- und Streitstandes kann weder die ursprüngliche Klage noch die gegebenenfalls erweiterte Klage einen Erfolg haben.

b) Mit dem in der Klageschrift formulierten Antrag wäre die Klage unzulässig, weil der Kläger den Betrag, dessen Erstattung er begehrt, nicht bezifferte. Betrifft ein Zahlungsanspruch einen abgeschlossenen Vorgang aus der Vergangenheit, ist er zur Vermeidung eines ansonsten im Raum stehenden zusätzlichen Streits über die Höhe des Anspruchs konkret zu beziffern. Es muss also grundsätzlich ein bestimmter (bezifferter) Zahlungsantrag gestellt und dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im Einzelnen zusammensetzt (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 28. Januar 1999 - [B 3 KR 4/98 R](#) - und 22. April 2008 - [B 1 KR 22/07 R](#) -, beide in juris).

c) Im Rahmen des [§ 60 SGB V](#), der Ansprüche auf Fahrkosten abschließend regelt, kommen als Anspruchsgrundlage für den Kläger allein [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) oder [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Betracht.

aa) Nach [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in Höhe des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden je Fahrt übersteigenden Betrages bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) oder [§ 115b SGB V](#), wenn dadurch eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung. Es fehlt, abgesehen davon, dass Kontrolluntersuchungen nach einer durchgeführten Operation, wie das SG zu Recht ausgeführt hat, weshalb hierauf verwiesen wird, keine nachstationären Behandlungen im Sinne des [§ 115a SGB V](#) darstellen, bezüglich der vom Kläger geltend gemachten Fahrkosten zu den ambulanten Behandlungen daran, dass im Falle des Klägers jeweils weder eine voll- noch eine teilstationäre Krankenhausbehandlung geboten war, weshalb eine solche auch nicht vermieden oder verkürzt wurde. Auch Anhaltspunkte dafür, dass eine solche nicht ausführbar gewesen wäre, liegen nicht vor.

bb) Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrags nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) - dies sind die KrankentransportRL - festgelegt hat. Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 KrankentransportRL](#) können in besonderen Ausnahmefällen auch Fahrten zu ambulanten Behandlungen außer den in [§ 7 Abs. 2 Buchst. b](#) (entspricht im Wesentlichen [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#)) und c (ambulante Operationen) geregelten Fällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel bedürfen gemäß [§ 2 Abs. 3 KrankentransportRL](#) nicht der Verordnung durch einen Vertragsarzt, die vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse ist jedoch stets erforderlich ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 Krankentransportrichtlinien](#)). Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind nach [§ 8 Abs. 2 Satz 1 KrankentransportRL](#) • dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und • dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Diese Voraussetzungen sind nach [§ 8 Abs. 2 Satz 2 KrankentransportRL](#) in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen, die nicht abschließend sind, in der Regel erfüllt. Ausnahmefälle nach Anlage 2 sind in der Regel Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie. Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H oder einen Einstufungsbescheid gemäß dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in die Pflegestufe II oder III bei der Verordnung ([§ 8 Abs. 3 Satz 1 KrankentransportRL](#)) vorlegen. Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen ([§ 8 Abs. 3 Satz 2 KrankentransportRL](#)).

Da der Kläger den Antrag auf Übernahme der Fahrkosten erst am 25. Mai 2012 gestellt hat, scheitert der Anspruch auf Erstattung der vom Kläger geltend gemachten Fahrkosten für die Zeit von Oktober 2009 bis 24. Mai 2012 bereits an der fehlenden nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) vorgeschriebenen vorherigen Genehmigung der Beklagten. Auch die Voraussetzungen zur Übernahme der Fahrkosten für die ab 25. Mai 2012 geltend gemachten Fahrkosten nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 8 KrankentransportRL](#) liegen nicht vor. Die ab 25. Mai 2012 durchgeführten Tumor- bzw. Tumornachbehandlungen im Universitätsklinikum T., im Parksanatorium in A. und bei den behandelnden Ärzten beruhen weder auf einem Therapieschema noch ergab bzw. ergibt sich - bei nach Angaben des Klägers im Schriftsatz vom 25. Oktober 2012 im Durchschnitt monatlichen Abständen eine hohe Behandlungsfrequenz. Ein Therapieschema erfordert ein Muster, das die Behandlung von vornherein in festgelegte Phasen oder Schritte einteilt. Ein solches vorgegebenes Muster lässt sich dem Arztbrief des

Oberarztes Dr. H., Universitätsklinikum T. vom 11. Juni 2012, abgesehen davon, dass in diesem Arztbrief erst eine Vorstellung zwei Monate später vereinbart worden war, nicht entnehmen. Zweifelhaft erscheint zudem, ob eine Nachsorge bzw. Kontrolle als "Therapie" im Sinne von § 8 Abs. 2 Satz 1 KrankentransportRL anzusehen ist (vgl. hierzu auch Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 17. Juni 2012 - [L 10 KR 1/09](#) - in juris). Im Übrigen fehlt es insoweit auch an einer hohen Behandlungsfrequenz. Eine solche ist nach der Rechtsprechung zwar noch bei wöchentlicher Behandlung anzunehmen (so BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 27/07 R](#) - in juris), nicht aber bei nur monatlicher Behandlung (vgl. Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 26. Juni 2012 - [L 6 KR 401/09](#) -). Etwas anderes dürfte sich insoweit auch nicht mit Blick auf die vom Kläger geltend gemachten Fahrkosten für die physikalische Therapie zur Tumornachbehandlung ergeben. Zwar dürfte bei 81 Terminen im Zeitraum von Februar bis Dezember 2012 eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum vorliegen, es fehlen insoweit jedoch jegliche Anhaltspunkte dafür, dass die physikalische Behandlung des operierten Mundhöhlenkarzinoms oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Kläger in einer Weise beeinträchtigen, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich wäre.

Die Voraussetzungen für eine Genehmigung der Fahrten zu den Nachuntersuchungen bzw. der physikalischen Therapie nach § 8 Abs. 3 KrankentransportRL sind ebenfalls nicht gegeben, weil der Kläger über keinen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, BI oder H oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe II oder III nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch verfügt. Laut Bescheid des Versorgungsamts vom 18. April 2012 beträgt der Grad seiner Behinderung 80 und Merkzeichen liegen nicht vor. Nach dem Bescheid der Pflegekasse vom 2. April 2012 liegen bei ihm die Voraussetzungen der Pflegestufe I vor. Es ist auch nichts dafür ersichtlich, dass beim Kläger seit Mai 2012 eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität vorlag. Allein das Gehen mit Gehhilfen begründet eine solche Vergleichbarkeit nicht.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 73a Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [127 Abs. 4 ZPO](#).

Diese Entscheidung ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-06-06