

L 4 R 3092/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 18 R 5579/09
Datum
14.06.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 R 3092/10
Datum
01.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 14. Juni 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt, ihm ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu bewilligen.

Der 1969 geborene Kläger war seit Juni 2007 als Taxifahrer versicherungspflichtig beschäftigt. Ab 17. März 2009 bestand Arbeitsunfähigkeit. Der Arbeitgeber kündigte am 15. April 2010 das Arbeitsverhältnis zum 9. Mai 2010. Der Kläger bezieht Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

Der Kläger beantragte bei der Beklagten unter dem 4. Mai 2009 nach Aufforderung durch die AOK Baden-Württemberg, deren Mitglied er ist, Leistungen zur Teilhabe für Versicherte. Im schriftlichen Bericht zu dem Antrag vom 29. April 2009 nannte Arzt für Allgemeinmedizin Dr. K. als Diagnosen eine chronische Lumbago sowie eine Adipositas. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme seien eine Schmerztherapie sowie eine orthopädische Rehabilitation. Auf telefonische Anfrage der Ärztin für Nervenheilkunde B. vom ärztlichen Dienst der Beklagten gab die Praxis des Dr. K. an, aus den letzten zwei Jahren lägen keine orthopädischen Befunde vor (Vermerk vom 20. Mai 2009). Die Beklagte lehnte den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab (Bescheid vom 25. Mai 2009).

Der Kläger erhob Widerspruch. Er legte das Attest des Dr. K. vom 5. Juni 2009 vor, wonach die chronische rezidivierende Lumbago durch intensive Krankengymnastik und Medikamente nur unzureichend gelindert sei, und machte geltend, er habe weiterhin Schmerzen in der Wirbelsäule, die zu einem Herzinfarkt vor ca. drei Monaten (Mai 2009) geführt hätten. Am 4. Juli 2009 habe er bei einem Autounfall sich den Kopf an der Autotür gestoßen sowie an der linken Schulter einen riesigen Bluterguss erlitten, weshalb er an der linken Schulter und linken Halsseite ständig wiederkehrende Schmerzen habe. Ferner seien am 30. August 2009 starke Schmerzen in der Prostata aufgetreten, die wiederum zu Schmerzen in der Bandscheibe geführt hätten.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid 12. Oktober 2009). Aufgrund der festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigung (Rückenschmerzen) und der damit verbundenen Einschränkungen sei nicht mit einem erheblichen Verlust der Leistungsfähigkeit des Klägers innerhalb der nächsten drei Jahre zu rechnen, so dass eine erhebliche Gefährdung oder gar Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht vorliege und damit eine Leistung zur stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung nicht erforderlich sei. Eine ambulante Krankenbehandlung zur Beseitigung oder Linderung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei ausreichend, so dass auch unter Berücksichtigung der Vorschriften, die für andere Rehabilitationsträger, insbesondere nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), gälten, keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt werden könne.

Der Kläger erhob am 4. November 2009 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG). Er verwies zur Begründung auf seinen Widerspruch und machte weiter geltend, entgegen ärztlicher Auffassung sei er nicht fähig, vier Stunden täglich zu arbeiten. Nachdem er zwei Tage vier Stunden gearbeitet habe, habe er wieder einen Stock zum Laufen benutzen müssen. Am 27. März 2010 habe er einen weiteren Bandscheibenvorfall erlitten.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf den Widerspruchsbescheid entgegen.

Das SG hörte Dr. K. und Internisten Dr. R. als sachverständige Zeugen. Dr. K. berichtete in seiner Auskunft vom 15. Dezember 2009, der er mehrere ihm zugegangene Arztbriefe und Befundberichte beifügte, über die bis 12. November 2009 bei ihm erfolgte Behandlung. Die Beschwerden des Klägers (Prostatitis, Schmerzen beim Wasserlassen, Migräne, akute und chronische Lumbago, allgemeine Verstimmung, emotionaler Stress, Herzschmerzen, Schleudertrauma der Halswirbelsäule, Zervikalneuralgie, Leistenschmerzen, undifferenzierte Somatisierungsstörung und grippaler Infekt) seien somatisch diagnostiziert und behandelt worden. Die zu Grunde liegende depressive Symptomatik sei nicht ausreichend behandelt worden, weil dies vom Kläger abgelehnt worden sei. Deswegen träten immer wieder Somatisierungstendenzen auf. Der Kläger müsse mit Antidepressiva behandelt werden, was ambulant möglich sei, sowie frühzeitig wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden. Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens sei nicht notwendig. Dr. R. berichtete in seiner Auskunft vom 6. Januar 2010 über die seit 25. November 2009 bei ihm erfolgte Behandlung. Bis auf die Verordnung von physikalischer Therapie und Schmerzmedikation sei vorerst keine weitere Diagnostik erfolgt, da er erst Einsicht in die Vorbefunde erlangen wolle. Mit entsprechender geduldiger Weiterbehandlung mittels physikalischer Maßnahmen und der sehr notwendigen praktischen Vermittlung von Verständnis und Bereitschaft, den Kläger bei seiner Genesung zu unterstützen, sollte eine vollständige Wiederherstellung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Die sicherlich beste Möglichkeit sei ein stationäres Heilverfahren. Im Falle einer Ablehnung des Heilverfahrens, die der Kläger auch als Nichtanerkennung seiner Schmerzen und Beschwerden ansehe, könne eine Lawine von Klagen, zusätzlich an Beschwerden und Leiden mit der Folge einer deutlich längeren Arbeitsunfähigkeit auftreten, was letztlich auf einen eventuellen Verlust des Arbeitsplatzes hinauslaufe und damit neuerliche Komplikationen programmiert wären. Seiner Auskunft fügte er die für die AOK Baden-Württemberg von Dr. P., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), erstattete sozialmedizinische Fallberatung vom 9. November 2009 und das von diesem Arzt für die AOK Baden-Württemberg erstattete Gutachten vom 8. Dezember 2009 bei. In der sozialmedizinischen Fallberatung ging Dr. P. davon aus, dass bei weiterhin unkompliziertem Verlauf mit einem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit zum 11. November 2009 zu rechnen sei. Bei darüber hinausgehender Arbeitsunfähigkeit sei eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu empfehlen. Im Gutachten vom 8. Dezember 2009 hielt Dr. P. den Kläger weiter für arbeitsunfähig, weil die medizinische Behandlung noch nicht abgeschlossen sei. Eine Distorsion der Halswirbelsäule sei ausgeheilt und es bestünden keine funktionellen Einschränkungen mehr. Es bestehe eine leichtgradige schlafbezogene Atemstörung, wegen der entsprechend einer pneumologischen Empfehlung eine umgehende Kontrolluntersuchung mit Re-Evaluierung der subjektiven Vigilanz-Selbsteinschätzung erfolgen solle. Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit sei nicht gegeben.

Die Beklagte legte zu den Aussagen der sachverständigen Zeugen die Stellungnahme der Internistin Dr. Pf. vom 11. Februar 2010 vor. Dem Kläger Zuwendung entgegenzubringen oder seinen Beschwerden, die letztlich nicht somatisch begründet seien, weiterhin Geltung zu verleihen, sei nicht Inhalt eines medizinischen Heilverfahrens. Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit sei nicht ersichtlich. Ambulante Maßnahmen könnten entsprechend ausgeweitet werden.

Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 14. Juni 2010 ab. Nach den eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen sei die Erwerbsfähigkeit des Klägers in seiner beruflichen Tätigkeit als Taxifahrer bisher nicht gemindert. Mit einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit sei aufgrund seiner derzeitigen Beschwerden in den nächsten drei Jahren auch nicht zu rechnen. Die Einschätzung des Dr. K., es sei lediglich eine ambulante Behandlung der depressiven Symptomatik - die im Übrigen offensichtlich nicht fortlaufend erfolge - erforderlich, lasse sich anhand der erhobenen Befunde nachvollziehen und werde durch Befunde anderer Ärzte gestützt. Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme könne nicht auf orthopädische Einschränkungen gestützt werden, weil der Kläger nicht mehr in orthopädischer Behandlung sei. Auch Dr. R. habe keine Befunde erhoben, die eine erhebliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit des Klägers erwarten ließen. Auf die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme habe es keinen Einfluss, ob deren Versagung eventuell weitere Klagen und zusätzliche Beschwerden verursache.

Der Kläger hat am 25. Juni 2010 beim SG Berufung eingelegt. Die Angaben des Dr. K. in dessen dem SG gegebener Auskunft vom 15. Dezember 2009 stünden - möglicherweise geprägt durch seinen (des Klägers) Wechsel zu einem anderen Arzt - im Widerspruch zu seinem Bericht zum Rehabilitationsantrag vom 29. April 2009. Wenn Dr. K. meine, er (der Kläger) leide unter depressiven Zuständen, frage sich, weshalb Dr. K. keine Behandlungsmaßnahmen ergriffen habe. Hinsichtlich der Beschwerden der Halswirbelsäule aggraviere er (der Kläger) nicht. Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit sei ausreichend. Er (der Kläger) sei seit 17. März 2009 durchgehend arbeitsunfähig erkrankt und der Arbeitgeber habe das Arbeitsverhältnis gekündigt. Er könne sich nur mit einem Stock fortbewegen. Eine ambulante Behandlung sei nicht ausreichend, da krankengymnastische Übungen und die tägliche Einnahme von Medikamenten zu keinem Erfolg geführt hätten. Orthopäde Dr. Sc. habe bereits 60 krankengymnastische Behandlungen verschrieben, darunter Krankengymnastik mit Geräten und Übungsbehandlungen im Bewegungsbad (Verweis auf das vorgelegte Attest des Dr. Sc. vom 23. Februar 2011, die vorgelegten Heilmittelverordnungen des Dr. Sc. vom 24. Juni 2010 und 27. Mai 2011 und den Medikamentenplan des Neurologen und Psychiaters Dr. von K. vom 28. April 2011) Das SG habe nicht geprüft, ob er Anspruch auf Durchführung eines Rehabilitationsverfahrens gegen einen anderen Leistungsträger, etwa die Krankenkasse, habe. Die AOK Baden-Württemberg müsse beigeladen werden. Der Kläger hat weiter den Bericht des Dr. von K. vom 13. April 2010 (Es bestehe eine ausgeprägte Lumboischialgie beidseits, bisher ohne neurologische Ausfälle. Da der Kläger motorisch unbeholfen sei, seine Bauchdecke noch nicht trainiert sei und er die Verhaltensmaßregeln bei Lumboischialgien noch nicht internalisiert habe, sei eine ambulante Rehabilitation dringender erforderlich), den Ärztlichen Bericht zum Rehabilitationsantrag des Dr. von K. vom 7. Dezember 2010 (Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme seien ein Aufbau- und Ausdauertraining des Muskelkorsetts, eine Verbesserung des Körperbezugs, eine Edukation und Physiotherapie) und das Attest des Dr. von K. vom 15. Juni 2011 (rückenschonendes Verhalten und das systematische Training der Bauch- und Rückenmuskulatur könne der Kläger nur im Rahmen einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme erlernen) sowie den Schriftwechsel mit der AOK Baden-Württemberg eingereicht.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 14. Juni 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 25. Mai 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Sie hat die weitere Stellungnahme der Dr. Pf. vom 15. Oktober 2010 vorgelegt, es bestehe weiterhin keine Indikation zur Durchführung eines medizinischen Heilverfahrens. Die Erwerbsfähigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt weiterhin nicht erheblich gefährdet.

Der Kläger hat bei der Beklagten am 13. April 2010 erneut beantragt, ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren. Im schriftlichen Bericht vom 15. April 2007 zu diesem Antrag (Name des Arztes unleserlich) sind u.a. als Diagnosen eine degenerative Wirbelsäulenerkrankung mit Zustand nach Bandscheibenvorfall, ein Verdacht auf Wurzelkompression, ein Zustand nach Distorsion der Halswirbelsäule und eine schlafbezogene Atemstörung sowie als Ziel einer Rehabilitationsbehandlung die Reduktion der Schmerzen, die Verbesserung der Beweglichkeit und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit genannt. Diesen Antrag hat die Beklagte mit Bescheid vom 13. Juli 2010 abgelehnt. Hiergegen hat der Kläger Widerspruch erhoben, über den die Beklagte nicht entschieden hat. Im Aktenvermerk vom 13. August 2010 hat sie die Auffassung vertreten, dieser Bescheid sei Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 25. Mai 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2009. Diesen Bescheid hat der Kläger angefochten. Mit diesem Bescheid hat die Beklagte den unter dem 4. Mai 2009 gestellten Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, mit welchem der Kläger ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (dazu unter 2.)) begehrt hat, abgelehnt.

Nicht Gegenstand des Rechtsstreits ist der weitere Bescheid der Beklagten vom 13. Juli 2010, mit welchem die Beklagte den weiteren am 13. April 2010 vom Kläger gestellten Antrag auf ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgelehnt hat. Entgegen der Auffassung der Beklagten, wie er in dem Aktenvermerk vom 13. August 2010 zum Ausdruck kommt, ist dieser Bescheid nicht nach [§ 96 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Denn der Bescheid vom 13. August 2010 ändert oder ersetzt den vom Kläger angefochtenen Bescheid vom 25. Mai 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2009 nicht.

2. Der Senat geht davon aus, dass wie der weitere Antrag vom 13. April 2010 auch der unter dem 4. Mai 2009 gestellte Antrag auf ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gerichtet ist. Auf den entsprechenden Hinweis des Senats (Schreiben vom 8. November 2010) hat der Kläger nicht reagiert.

3. Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig. Mangels Anhaltspunkten geht der Senat davon aus, dass die Berufung auch statthaft ist, weil die Kosten der vom Kläger als Sachleistung begehrten ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehr als EUR 750,00 betragen und somit der Beschwerdewert [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von EUR 750,00 überschritten ist.

4. Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 25. Mai 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, weil ambulante Krankenbehandlung ausreichend ist und eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit des Klägers sich nicht feststellen lässt.

Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um [§ 61485](#); den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und [§ 61485](#); dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Die Leistungen können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind ([§ 9 Abs. 2 SGB VI](#)). Nach [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#) haben Versicherte für Leistungen zur Teilhabe die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, 1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und 2. bei denen voraussichtlich a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann, b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann, c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann. Erwerbsfähigkeit ist als Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können. Nicht hingegen sind die Kriterien anwendbar, die für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung maßgebend sind (Bundessozialgericht - BSG - [SozR 4-2600 § 10 Nr. 1](#)). Es reicht jedoch nicht schon jede Minderung der Erwerbsfähigkeit. Diese muss vielmehr von gewissem Gewicht und gewisser Dauer sein. Eine nur vorübergehende Minderung der Erwerbsfähigkeit ist grundsätzlich nicht ausreichend. Insbesondere bei Akuterkrankungen, die nur vorübergehender Natur sind und durch Behandlungsleistungen der Krankenversicherung behoben werden können, liegt keine wesentliche Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den [§§ 26 bis 31](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), ausgenommen Leistungen nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 2](#) und [§ 30 SGB IX](#) (betrifft Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen nach [§ 26 Abs. 2 SGB IX](#) insbesondere 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, 2 ... 3. Arznei- und Verbandmittel, 4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und

Beschäftigungstherapie, 5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, 6. Hilfsmittel, 7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Nach [§ 13 Abs. 2 SGB VI](#) erbringt der Träger der Rentenversicherung nicht 1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein, 2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung, 3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen. Zu den medizinischen Leistungen, die grundsätzlich nicht in den Bereich der Rehabilitation fallen, gehört insbesondere die Krankenbehandlung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ist Ziel der Behandlung die Heilung, Beseitigung oder Vermeidung einer Verschlimmerung einer Erkrankung, handelt es sich um Krankenbehandlung. Geht es dagegen um das Beseitigen, Vorbeugen, Verbessern oder Abwenden von wesentlichen Verschlechterungen von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen als Folge von Krankheit, handelt es sich um medizinische Rehabilitation. Während bei der Krankenbehandlung der Schwerpunkt auf der ärztlichen Behandlung liegt, ist für die medizinische Rehabilitation ein Gesamtkomplex ineinandergreifender Leistungen charakteristisch (Nellissen in: jurisPK-SGB IX, [§ 26 SGB IX](#) Rn. 21).

Beim Kläger ist eine Behandlung von Akuterkrankungen, die möglicherweise Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, erforderlich, nicht aber eine darüber hinausgehende Behandlung, so dass es schon an einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit fehlt. Der Kläger leidet an Gesundheitsstörungen der Wirbelsäule. Es besteht eine ausgeprägte Lumboischialgie (so die Diagnose des Dr. von K. in seinem Bericht vom 13. April 2010) bzw. eine rezidivierende Lumboischialgie mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (so die Diagnosen des Dr. von K. in seinem Bericht vom 7. Dezember 2010 und in seinem Attest vom 15. Juni 2011). Neurologische Ausfälle sind bislang in keinem der genannten Berichte dokumentiert. Wegen dieser Erkrankungen der Wirbelsäule empfahl Dr. von K., die Bauchdecke zu trainieren und die Verhaltensmaßregeln bei Lumboischialgien zu internalisieren. Diese von Dr. von K. vorgeschlagenen Therapien sind Behandlungen einer akuten Erkrankung im Rahmen der ambulanten Krankenbehandlung, die die Krankenkasse (hier AOK Baden-Württemberg) als Sachleistung ([§§ 27 Abs. 1, 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen hat. Nach dem vorgelegten Schriftwechsel mit der AOK Baden-Württemberg hat diese ihre Leistungspflicht für die ambulante Krankenbehandlung nicht bestritten.

Ambulante Krankenbehandlung wegen der Gesundheitsstörungen der Wirbelsäule erfolgt. Dies ergibt sich aus den vorgelegten Heilmittelverordnungen des Dr. Sc. vom 24. Juni 2010 und 27. Mai 2011. Der in diesen Heilmittelverordnungen angegebene Indikationsschlüssel WS2b umfasst nach dem Heilmittelkatalog (Teil 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung - Heilmittel-Richtlinie -) die Diagnosegruppe Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf (insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung) mit der Leitsymptomatik Funktionsstörungen/Schmerzen durch Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen. Die von Dr. Sc. verordnete gerätegestützte Krankengymnastik dient der Behandlung krankhafter Muskelschwäche, -dysbalance und -verkürzung sowie motorischer Paresen mittels spezieller medizinischer Trainingsgeräte, vor allem bei chronischen Erkrankungen der Wirbelsäule sowie bei posttraumatischen oder postoperativen Eingriffen mit Sequenztrainingsgeräten für die oberen und unteren Extremitäten und den Rumpf und/oder Hebel- und Seilzugapparate (auxotone Trainingsgeräte) für die Rumpf- und Extremitätenmuskulatur, wobei unabdingbar die Anleitung, Aufsicht und Kontrolle unmittelbar durch den behandelnden Therapeuten ist (Teil 1 III A. 17.A 2.4 Heilmittel-Richtlinie). Da zum Training der Muskulatur dienende Leistungen verordnet wurden, nach Behauptung des Klägers in erheblichem Umfang, ist die Behauptung, die Bauchdecke sei untrainiert, nicht nachvollziehbar. Sollte die Behauptung, die Bauchdecke sei untrainiert, gleichwohl zutreffen, wären im Rahmen der ambulanten Krankenbehandlung die entsprechenden Behandlungen zu verordnen, wobei dann aber nicht plausibel ist, weshalb solche Behandlungen bislang nicht verordnet wurden. Bei den verordneten krankengymnastischen Behandlungen soll auch das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund stehen (vgl. Teil 1 III A. 17.A 2 Heilmittel-Richtlinie).

Gegen eine wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers spricht auch das Gutachten des Dr. P. vom 8. Dezember 2009, das dieser nach der Untersuchung des Klägers für die AOK Baden-Württemberg erstattete. Er hielt den Kläger zwar für weiter arbeitsunfähig, weil eine uneingeschränkte Fahrtüchtigkeit wegen nachgewiesener gleichzeitiger Vigilanzbeeinträchtigung in der subjektiven Selbsteinschätzung nicht angenommen werden konnte. Zur Beseitigung der Arbeitsunfähigkeit hielt aber auch er weitere ambulante Behandlungsmaßnahmen für notwendig.

Dass eine Depression oder depressive Symptomatik noch vorliegt, lässt sich nicht feststellen, denn keiner der im Berufungsverfahren vorgelegten ärztlichen Berichte enthält hierzu Angaben.

Da ambulante Krankenbehandlung ausreichend ist, ist auch nicht ersichtlich, dass der Kläger nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) einen Anspruch auf ambulante Leistungen zur Rehabilitation hat. Denn auch insoweit ist Voraussetzung, dass ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht.

5. Die Beiladung der AOK Baden-Württemberg hat nicht zu erfolgen, weil sie an dem streitigen Rechtsverhältnis als Dritte derart nicht beteiligt ist, dass die Entscheidung auch ihr gegenüber nur einheitlich ergehen kann oder sie bei der Ablehnung des Anspruchs als leistungspflichtig in Betracht kommt (vgl. [§ 75 Abs. 2 SGG](#)). Soweit es den Anspruch auf ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation betrifft, ist die Beklagte als erstangegangener Rehabilitationsträger ausschließlich zuständig (vgl. [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#)). Ein Anspruch auf Krankenbehandlung ist nicht Gegenstand des Verfahrens.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-07-05