

L 4 KR 4009/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 430/14
Datum
05.09.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4009/14
Datum
23.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 5. September 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger macht im Berufungsverfahren der Beklagten gegenüber Ansprüche auf Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und auf Schmerzensgeld geltend.

Der am 1956 geborene Kläger ist freiwilliges Mitglied der Beklagten. Er bezieht, nachdem er zunächst ab Oktober 2005 Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) bezogen hatte, mittlerweile eine Rente wegen voller Erwerbsminderung sowie Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Vom 22. Januar bis 16. Februar 2010 führte der Kläger auf Kosten der Beklagten eine Maßnahme der stationären Rehabilitation in B. W. durch. Den vom Kläger am 22. Juni 2010 gestellten Antrag auf Bewilligung erneuter Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 29. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. November 2010 ab. Die dagegen zum Sozialgericht Augsburg erhobene Klage (S 10 KR 426/10) und die zum Bayerischen Landessozialgericht (BayLSG) eingelegte Berufung (L 11 KR 285/11) blieben jeweils ohne Erfolg. Vom 4. bis 12. Januar 2012 befand sich der Kläger wegen eines Unfalls (Somnolenz) im Krankenhaus T ... Am 19. März 2012 stellte der den Kläger behandelnde Orthopäde Dr. M. für den Kläger erneut einen Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wegen anhaltender, chronifizierter Schmerzproblematik bei den Diagnosen chronisches Cervicalsyndrom, sensible Radikulopathie Halswirbelsäule links und Zustand nach Halswirbelsäulendistorsion Grad II. Die Beklagte lehnte diesen Antrag mit Bescheid vom 14. Juni 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juli 2012 ab. Das Sozialgericht Augsburg wies die dagegen erhobene Klage mit Urteil vom 21. Oktober 2013 ab (S 10 KR 360/12). Das BayLSG wies die dagegen eingelegte Berufung mit Beschluss vom 3. September 2014 zurück ([L 5 KR 404/13](#)). Die dagegen vom Kläger erhobene Nichtzulassungsbeschwerde wurde vom Bundessozialgericht (BSG) mit Beschluss vom 10. Oktober 2014 ([B 1 KR 127/14 B](#)) als unzulässig verworfen.

Am 17. Februar 2013 erlitt der Kläger einen weiteren Unfall und wurde deshalb vom 17. bis 25. Februar 2013 im Kreiskrankenhaus S. stationär behandelt. Chefarzt Dr. B. stellte im Entlassungsbericht vom 28. Februar 2013 die Diagnosen: Commotio cerebri mit hirnorganischem Psychosyndrom, Prellung des OSG (Oberes Sprunggelenk) rechts und Prellung sternal. Nach dem Entlassungsbericht konnte in den durchgeführten CCT (craniale Computertomographie)-Untersuchungen kein Hinweis auf eine frische knöcherne Verletzung oder Blutung gefunden werden. Während des stationären Aufenthalts sei der Kläger zunehmend orientiert gewesen, bei weiter bestehender körperlicher Schwäche seien die Kopfschmerzen rückläufig gewesen. Nach regelrechtem EKG (Elektrokardiographie)- und Herzenzymbefund sei eine symptomatische Analgesie der Prellungen begonnen worden, auch hier habe sich während des stationären Aufenthalts eine langsam progrediente Besserung gezeigt. Der Kläger sei beschwerdegebessert bei weiterhin leicht reduziertem Allgemeinzustand in sein häusliches Umfeld entlassen worden.

Unter dem 27. Mai 2013 leitete der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H. für den Kläger erneut Leistungen zur Rehabilitation ein. Beim Kläger bestünden Cephalgien, Schwindel und Taumel, ein Zustand nach Commotio cerebri und eine Polyarthralgie, über stationäre Vorsorgeleistungen sei beraten worden. Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheine aussichtsreich, eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft drohe oder sei bereits gegeben. Der Kläger selbst begründete unter dem 11. Juni 2013 den Antrag damit, dass

auf Grund des Unfalls vom 17. Februar 2013 Schwindel, Koordinationstörungen, Kopfschmerzen, Schlaf- und posttraumatische Belastung, Muskelzucken, Depressionen, Schmerzen in der Schulter, im Rücken, der Hüfte rechts sowie im Knie links, schlimme Fußbeschwerden auch wegen einer steifen linken Großzehe und Brüchen des Mittelfußes und des Sprunggelenks rechts, Sodbrennen, tägliche Hörsturzbelastungen, Darmblutungen und Austritt vorlägen. Ihm sei alles zu viel und zu schwer, es bestünden eine völlige Antriebslosigkeit und latente Suizidgedanken. Er sei in der Mobilität eingeschränkt und habe tagtäglich Schmerzen, im linken Arm Muskelschwund und Verspannungen in der Halswirbelsäule C6 bis C7. Er benutze oft eine Krücke und eine Halswirbelsäulenkrause, nehme Schmerzmittel und habe zur Linderung seiner Beschwerden eine Thaimassage unternommen. In der Verordnung zur medizinischen Rehabilitation vom 4. Juli 2013 gab Dr. H. an, der Kläger leide unter Cephalgien, einem Zustand nach Commotio cerebri, einem Halswirbelsäulensyndrom, Schwindel/Taumenel und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Kläger nehme nur gelegentlich Schmerzmittel (ASS). Manchmal benutze er einen Stützstock. Heilmitteltherapien seien in den letzten zwölf Monaten nicht erfolgt, sie seien eventuell aussichtsreich. Durchgeführt worden sei eine Psychotherapie, Patientenschulung und die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen. Rehabilitationsziel sei die Schmerzreduktion von Seiten der Cephalgien, aber auch der Gelenke und eine Verbesserung der Gehsicherheit und der Koordination. Die Rehabilitationsleistung sei vor Ablauf der gesetzlichn Wartefrist von vier Jahren dringend medizinisch notwendig, da eine Verbesserung der Beschwerden erforderlich sei. Die Rehabilitationseinrichtung solle eine neurologisch/schmerztherapeutische Ausrichtung haben. Dr. H. fügte einen Auszug aus den medizinischen Daten des Dr. M., ausweislich dessen sich der Kläger bei diesem zwischen dem 30. Juli 2007 und zuletzt am 8. Mai 2012 in Behandlung befand, bei. Ärztin Wi., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bayern (MDK) gab am 31. Juli 2013 eine Stellungnahme dahingehend ab, dass die beantragte Maßnahme nicht befürwortet werde, da Möglichkeiten der ambulanten Behandlung bzw. Maßnahmen am Wohnort ausreichend seien. Ambulante Therapien seien bisher nicht erfolgt, bezüglich der psychischen Problematik werde eine psychiatrische/psychotherapeutische Mitbehandlung empfohlen.

Mit Bescheid vom 31. Juli 2013 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers ab. Die Möglichkeiten der ambulanten fachärztlichen Behandlung seien nicht ausgeschöpft. Eine kontinuierliche ambulante Behandlung am Wohnort unter fachärztlicher neurologischer Mitbehandlung sei zu empfehlen.

Der Kläger erhob am 3. August 2013 Widerspruch. Dr. H. halte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für zwingend notwendig, da eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme keinen Wert habe. Die Beklagte wies den Kläger hierauf darauf hin, dass es ratsam sei, den Widerspruch mit einem (fach-)ärztlichen Attest zu ergänzen, worauf der Kläger darum bat, den Reha-Antrag ohne ärztliche Stellungnahme zu bearbeiten, er sei zur Zeit bettlägerig und nicht in der Lage, den Hausarzt aufzusuchen. Die Beklagte holte hierauf erneut eine Stellungnahme der Ärztin Wi. ein, die unter dem 14. August 2013 dabei verblieb, dass die beantragte Maßnahme nicht befürwortet werden könne. Weitere Unterlagen seien erforderlich. Es liege kein ärztlich medizinisch begründeter Widerspruch vor. Der Kläger reichte hierauf ein ärztliches Attest des Dr. H. vom 29. August 2013 nach, wonach bei ihm ein multimorbides Krankheitsbild vorliege, bei welchem eine ambulante Therapie nicht erfolgversprechend sei. Der Kläger sollte bezüglich seiner somatischen Beschwerden ganzheitlich und umfassend und sehr intensiv behandelt werden, nicht zuletzt, um auch seine psychische Stabilität zu erhalten (und dadurch auch einen Rückfall in eine frühere Alkoholsucht zu vermeiden). Er halte eine stationäre Rehabilitation für absolut angezeigt und unterstütze den Widerspruch des Klägers in vollem Umfang. Die Beklagte hörte hierauf noch einmal die Ärztin Wi., die in ihrer Stellungnahme vom 4. September 2013 weiter dabei verblieb, dass die beantragte Maßnahme nicht befürwortet werden könne. Es sei bisher keine ambulante Therapie erfolgt. Bezüglich der psychischen Problematik werde eine psychiatrische/psychotherapeutische Mitbehandlung empfohlen. Dr. Z., MDK, vertrat in seiner Stellungnahme vom 5. September 2013 und in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 15. Oktober 2013 ebenfalls die Auffassung, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung nicht erfüllt seien. Vorrangig seien ambulante Maßnahmen am Wohnort, beispielsweise ambulante Psychotherapie und/oder der Besuch einer Selbsthilfegruppe (als Prävention eines auch ärztlicherseits befürchteten Alkoholorückfalls) sowie Rehabilitationssport. Mit Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2013 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch zurück. Zutreffend seien im Falle des Klägers keine stationären neurologischen Rehabilitationsleistungen zugestanden worden. Wie der MDK schlüssig dargestellt habe, seien in seinem Fall ambulante Behandlungsmaßnahmen am Wohnort vorrangig einzusetzen.

Dagegen erhob der Kläger am 30. Januar 2014 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) und beantragte gleichzeitig einstweiligen Rechtsschutz. Er habe massive Beschwerden und Schmerzen und sei bettlägerig. Das Verhalten der Beklagten sei nicht menschlich und sie halte ihn hin. Als kranker schwerbehinderter Rentner sei er finanziell fast am Boden. Mit EUR 5,00 bis EUR 6,00 am Tag könne er nicht zu Fachärzten kommen.

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

Mit Beschluss vom 5. Februar 2014 lehnte das SG den Antrag auf Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz ab ([S 2 KR 210/14 ER](#)), die dagegen erhobene Beschwerde wies das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) mit Beschluss vom 22. Mai 2014 zurück ([L 5 KR 1097/14 ER-B](#)).

Das SG zog die dem BayLSG im Verfahren [L 5 KR 404/13](#) vorliegenden Akten zur Einsicht bei und befragte Dr. H. als sachverständigen Zeugen. Dieser führte unter dem 24. März 2014 aus, dass er den Kläger erstmals am 16. Mai 2013 und sodann am 27. Mai, 4. Juli, 29. August und zuletzt am 10. Dezember 2013 behandelt habe. Neben therapeutischen Gesprächen habe der Kläger am 10. Dezember 2013 ein Heilmittelrezept für physikalische Therapie (6 x klassische Massagetherapie) erhalten. Mit einer stationären medizinischen Rehabilitation, die er, Dr. H., auf Grund der Befunde und des Gesamtzustandes befürworte, könne der Allgemeinzustand sowie die chronische Schmerzsituation des Klägers deutlich verbessert werden. Eine ambulante Rehabilitation wäre für den Kläger zwar hilfreich, sei wahrscheinlich auf lange Sicht auch immer wieder notwendig. Bei chronischem Schmerzsyndrom kombiniert mit Schwindel und Taumenel, chronischem Schulter-Arm-Syndrom sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung halte er eine ambulante Therapie mittelfristig nicht für ausreichend stabilisierend und unterstützend und empfehle beim Gesamtbild, das der Kläger biete und soweit dies bei den wenigen Unterlagen und bisherigen Kontakten überhaupt zu beurteilen möglich sei, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für den Kläger. Ergänzend fügte Dr. H. seine dem BayLSG gegenüber abgegebene sachverständige Zeugenauskunft vom 5. Februar 2014 bei. Nachdem der Kläger mitgeteilt hatte, dass er sich als Notfall zu dem Internisten und Hausarzt Dr. D. habe begeben müssen, hörte das SG Dr. D. als sachverständigen Zeugen. Dieser teilte unter dem 15. Juli 2014 mit, dass sich der Kläger einmalig am 5. Juni 2014 in seiner Praxis vorgestellt habe. Die Hauptdiagnose habe akute Lumbago (nach einer längeren Fahrradtour) gelautet. Er habe den Kläger antiphlogistisch mit Diclofenac unter Magenschutz mit Pantoprazol behandelt. Fragen bezüglich der Rehabilitation könne er bei einmaligem Kontakt und

fehlenden Informationen über Krankheitsverlauf bzw. Vorgeschichte nicht zuverlässig beantworten.

Mit Gerichtsbescheid vom 5. September 2013 wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erbringung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sei derzeit nicht erforderlich, um die Erkrankungen des Klägers zu behandeln. Ambulante vertragsärztliche Leistungen seien ausreichend. Dr. H. begründe die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme zwar mit einer multimorbiden Situation des Klägers und einer nicht ausreichenden Therapiefrequenz und Therapiespektrum. Es habe jedoch lediglich eine Behandlung durch Dr. H., nicht jedoch durch Fachärzte für Neurologie oder für Orthopädie stattgefunden. Dr. H. habe nur therapeutische Gespräche durchgeführt. Bei Dr. D. sei der Kläger nur ein einziges Mal in Behandlung gewesen. Dieser schildere jedoch eher akute als chronische Beschwerden. Außer einer Schmerztherapie seien Behandlungen oder Untersuchungen durch diesen nicht veranlasst worden. Insbesondere im Hinblick auf die vom Kläger geäußerten Schmerzen sei nicht verständlich, weshalb kein Facharzt aufgesucht werde und lediglich gelegentlich Aspirin und einmalig Diclofenac eingenommen worden sei. Die Einstellung auf andere, stärkere Schmerzmittel sei ohne Weiteres zunächst auch in einem ambulanten Setting durchführbar. Außerdem seien auch Heilmittel lediglich einmalig erbracht worden. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Kläger im ambulanten Bereich bereits austherapiert sei und dass diese Therapien aussichtslos wären. Die Frage der Kosten für die Fahrt zu Fachärzten sei nicht als Kriterium für die Notwendigkeit einer stationären Maßnahme heranzuziehen. Hierfür seien lediglich medizinische Umstände maßgebend.

Gegen den Gerichtsbescheid hat der Kläger am 22. September 2014 Berufung eingelegt. Dr. H. habe eindeutig und zwingend eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme verordnet. Alle anderen Vorwände und Schutzbehauptungen seien lächerlich und rechtswidrig. Die Beklagte ignoriere seine massiven Schmerzen und Beschwerden auf das Übelste. Finanzielle Einschränkungen begrenzten seine Arztbesuche. Im Übrigen sei die Vierjahreswartezeit bezüglich der Versicherungsbedingungen längst abgelaufen. Ergänzend hat der Kläger Schmerzensgeld, dessen Höhe er ausdrücklich in das Ermessen des Gerichts stellt, geltend gemacht. Auf Nachfrage des Senats nach weiteren Therapien hat der Kläger noch einmal darauf hingewiesen, dass er finanziell und gesundheitlich fertig und am Ende sei. Er sei überwiegend zu Hause im Bett, auf dem WC oder am Tisch. Bei Dr. D. sei er nach dem 5. Juni 2014 nicht mehr in Behandlung gewesen.

Der Kläger beantragt sachgerecht gefasst,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 5. September 2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 31. Juli 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2013 zu verurteilen, ihm eine stationäre Rehabilitationsleistung zu bewilligen sowie die Beklagte zu verpflichten, ihm Schmerzensgeld zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihren Widerspruchsbescheid und den Gerichtsbescheid des SG. Ergänzend hat sie den Beschluss des BayLSG vom 3. September 2014 vorgelegt und darauf hingewiesen, dass das BSG die dagegen erhobene Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig verworfen habe.

Den Antrag des Klägers auf Gewährung von Schmerzensgeld im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes hat der Senat mit Beschluss vom 10. November 2014 abgelehnt (L 4 KR 4280/14 ER).

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

Zur weiteren Darstellung wird auf den Inhalt der Berufungsakten, der Klageakten, der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten und der Akten [L 5 KR 1097/14 ER-B](#) und L 4 KR 4280/14 ER verwiesen.

Entscheidungsgründe:

1. Der Kläger hat die Berufung, über welche der Senat im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, frist- und auch formgerecht eingelegt. Der Senat geht davon aus, dass die Berufung bezüglich des Begehrens auf Gewährung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation auch statthaft ist und deshalb nicht der Zulassung bedurfte. Zwar sind die Kosten der vom Kläger als Sachleistung begehrten stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht bekannt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Leistungen nach [§ 40 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für drei Wochen (21 Tage) erbracht werden sollen, und damit der Beschwerdewert von EUR 750,00 bereits bei einem Tagessatz von EUR 35,72 überschritten wird, geht der Senat jedoch davon aus, dass der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) von EUR 750,00 in jedem Fall überschritten wird.

Die zulässige Berufung des Klägers bezüglich dieses Antrags kann in der Sache aber keinen Erfolg haben. Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG vom 5. September 2014 ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 31. Juli 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2013 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine stationäre Rehabilitationsleistung (hierzu 2.). Soweit der Kläger im Berufungsverfahren erstmals die Gewährung von Schmerzensgeld beantragt, ist die Berufung bereits nicht zulässig (hierzu 3.).

2. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) umfasst der Krankenbehandlungsanspruch auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. Gemäß [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gilt: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 (SGB V) beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt 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, durch wohnortnahe Einrichtungen. Reicht die Leistung nach Abs. 1 nicht aus, erbringt gemäß [§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) die Krankenkasse

stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach [§ 20 Abs. 2a](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuchs (SGB IX) zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 (SGB V) besteht. Gemäß dem zitierten [§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte (auch) 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.

Diese Voraussetzungen der begehrten Leistung sind im Falle des Klägers nicht erfüllt, weil die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung nicht ausgeschöpft sind. Der Kläger nimmt diese überwiegend nicht wahr.

Der Kläger leidet unter den Folgen eines am 17. Februar 2013 erlittenen Unfalls und daraus resultierenden Kopfschmerzen, Schwindel und Koordinationsstörungen infolge einer Commotio cerebri und einem Halswirbelsäulensyndrom. Darüber hinaus beklagt er rezidivierende Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte, in den Beinen und der Schulter, Hämorrhoiden, Depressionen, Sodbrennen, Muskelzucken und Geräusche auf Grund von Hörstürzen. Außerdem litt er im Juni 2014 unter einer akuten Lumbago zu. Dies stützt der Senat auf die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. H. vom 24. März 2014 und dessen Ausführungen im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsantrag des Klägers im Jahr 2013, die sachverständige Zeugenauskunft des Dr. D. vom 15. Juli 2014 und die Angaben des Klägers im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsantrag. Des Weiteren nannte Dr. H. die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, wobei aus seinen Angaben nicht ersichtlich ist, auf welchem Trauma diese Belastungsstörung beruhen soll. Der Kläger befindet sich deshalb jedoch seit Mai 2012, als er auch die orthopädische Behandlung beendete, nicht mehr in fachärztlicher Behandlung. Eine nervenärztliche Behandlung ist für die jüngste Vergangenheit überhaupt nicht belegt. Angaben zu der von Dr. H. in der Verordnung vom 4. Juli 2013 erwähnten Psychotherapie wurden weder in der Verordnung noch in der sachverständigen Zeugenauskunft gemacht. In der Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht vom 3. März 2013 benannte der Kläger keinen entsprechenden Facharzt. Er gab nur an, sich im Dezember 2013 bei Dr. H. in Behandlung befunden zu haben. Auch eine laufende Behandlung bei Dr. H. findet indessen nicht statt. Bei Dr. H. stellte sich der Kläger zwischen dem 16. Mai und 10. Dezember 2013 lediglich fünfmal vor. Nach Dezember 2013 befand sich der Kläger überhaupt nicht mehr in Behandlung bei Dr. H. ... Dr. D. suchte er wegen akuter Lumbago lediglich einmalig am 5. Juni 2014 auf. Als Heilmittel wurde dem Kläger von Dr. H. nur am 10. Dezember 2013 sechsmal klassische Massagetherapie verordnet. Die Verordnung weiterer Heilmittel erfolgte nicht. Schmerzmittel nimmt der Kläger in Form von ASS nur gelegentlich ein. Die Verordnung von Diclofenac durch Dr. D. erfolgte wegen einer akuten Lumbago im Juni 2014. Dies ergibt sich aus den Zeugenaussagen von Dr. H. vom 24. März 2014 und Dr. D. vom 15. Juli 2014, der Verordnung von medizinischer Rehabilitation durch Dr. H. vom 4. Juli 2013 und aus dem Entlassungsbericht des Dr. B. vom 28. Februar 2013 sowie dem Auszug aus den medizinischen Daten des Dr. M. vom 5. Juni 2013.

Allein durch die äußerst sporadische und im Jahr 2014 nur im Notfall wahrgenommene hausärztliche Behandlung durch Dr. H. bzw. Dr. D. sind die notwendigen Behandlungen am Wohnort, insbesondere durch einen Arzt für Neurologie und Psychiatrie, einen Orthopäden und gegebenenfalls einen Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde nicht durchgeführt worden. Damit sind die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung bei weitem nicht ausgeschöpft. Dies wäre nur der Fall, wenn entsprechende fachärztliche Behandlung erfolgt wäre. Auch die ambulanten Therapiemöglichkeiten durch Inanspruchnahme von Physiotherapie sowie die medikamentöse Behandlung sind nicht ausgeschöpft. Sowohl eine dauernde hausärztliche Behandlung, Facharztbehandlung und auch die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort sowie eine suffiziente medikamentöse Therapie sind nach dem im SGB V verankerten Prinzip der gestuften Versorgung vorrangig gegenüber der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Diese steht dem Kläger daher (derzeit) nicht zu.

Die Tatsache, dass Dr. H. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme befürwortet, vermag die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme nicht zu begründen. Denn dies entbindet nicht, ambulante Maßnahmen in Wohnortnähe zunächst auszuschöpfen. Dass hier allein die stationäre Reha-Maßnahme erfolgsversprechend wäre, kann aus der ärztlichen Verordnung des Dr. H. und dessen sachverständigen Zeugenauskunft vom 24. März 2014 nicht gefolgert werden. Das Krankheitsbild des Klägers ist im ambulanten Bereich keinesfalls therapieseits ausgereizt. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Dr. H. den Kläger nur mit therapeutischen Gesprächen und mit der einmaligen Ausstellung eines Heilmittelrezepts für physikalische Therapie behandelte.

Etwas anderes ergibt sich insoweit auch nicht auf Grund der schlechten finanziellen Situation des Klägers, der neben einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Leistungen nach dem SGB XII bezieht. Wie das SG zu Recht ausführt, ist es für den Kläger zumutbar, Kosten für Fahrten zu Fachärzten und gegebenenfalls auch Zuzahlungen aus der ihm gewährten Sozialhilfe und der Rente aufzubringen. Im Übrigen stand die schlechte finanzielle Situation des Klägers, der bereits seit Oktober 2005 Leistungen nach dem SGB II bezieht, zwischen 2009 und März 2012 der Inanspruchnahme von Heilmitteln nicht entgegen. In dieser Zeit wurde dem Kläger ausweislich der Leistungsübersicht der Beklagten nahezu durchgehend Massage verordnet. Bei Inanspruchnahme wohnortnaher Ärzte und Therapeuten entstehen auch keine erheblichen Fahrkosten.

Weil die Möglichkeiten der ambulanten Behandlungen nicht ausgeschöpft sind, ist es unerheblich, ob die Vierjahresfrist des [§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) abgelaufen ist.

3. Unzulässig ist die Berufung, soweit der Kläger von der Beklagten die Bezahlung von Schmerzensgeld begehrt. Diesen Antrag hat der Kläger in der ersten Instanz nicht gestellt. Das SG hat hierüber damit nicht entschieden. Der Senat ist erstinstanzlich für die Entscheidung hierüber nicht zuständig. Eine Klageerweiterung nach [§ 99 SGG](#) kommt insoweit nicht in Betracht.

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

5. Zur Zulassung der Revision besteht kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-01-31