

L 4 KR 17/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 13 KR 39/05
Datum
11.11.2009
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 17/10
Datum
23.01.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
L

Das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 11. November 2009 wird aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Übernahme von Kosten für Fahrten in die Transplantationszentren B. und H. sowie die Erstattung bereits angefallener Kosten.

Dem 1964 geborenen Kläger ist seit 2004 ein Grad der Behinderung von 70 ohne Merkzeichen zuerkannt. Er war bis zum 30. April 2007 bei der Beklagten krankenversichert und wechselte zum 1. Mai 2007 zur IKK D., die zum 1. Januar 2009 mit der Beigeladenen fusionierte.

Am 19. September 2001 wurde ihm eine von seinem Bruder gespendete Niere implantiert. Bis einschließlich 2003 übernahm die Beklagte die mit dieser Behandlung im Zusammenhang stehenden notwendigen Fahrkosten des Klägers. Am 16. Februar 2004 beantragte der Nephrologe Dipl.-Med. R. für den Kläger bei der Beklagten die weitere Übernahme von Fahrkosten für Fahrten zu Kontrolluntersuchungen in das Transplantationszentrum B. und zum Nephrologen nach Q. In den ersten beiden Jahren nach der Transplantation sei es mehrfach zu Abstoßungsreaktionen gekommen. Es seien alle Möglichkeiten aufzubieten gewesen, um die Nierenfunktion zu erhalten. Derzeit sei der Zustand etwas stabilisiert, es gebe jedoch ca. zwei bis drei kritische Phasen im Jahr. Wegen der Immunsuppression sei der Kläger vermehrt infektanfällig und müsse besonders den Kontakt zu großen Menschenkollektiven meiden. Die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel sei daher nicht möglich. Es sei dem Kläger auch nicht möglich, lange Strecken zu laufen oder viele Treppen zu steigen. Er müsse mindestens einmal monatlich zur Kontrolle in die Ambulanz nach Q. und wenigstens einmal vierteljährlich zur Kontrolle in das Transplantationszentrum nach B.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Nierentransplantationsambulanz der ... in B. durch deren Leiterin Prof. Dr. R. und die Assistenzärztin E. mit Schreiben vom 5. Mai 2004 mit, eine ambulante Vorstellung des Klägers sei mindestens einmal pro Quartal erforderlich. Zwischenkontrollen könnten auch im Dialysezentrum M. erfolgen. Eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln sei auf Grund der immunsuppressiven Therapie und der damit einher gehenden Infektionsgefahr aus medizinischen Gründen nicht zu empfehlen, aber möglich. Auf Grund der aufwendigen Kontrolluntersuchungen sei ein rechtzeitiges Eintreffen des Klägers in der Ambulanz wichtig, weshalb auch die Anbindung des Wohnortes an öffentliche Verkehrsmittel zu berücksichtigen sei. Es werde daher gebeten, dem Kläger die für die notwendigen Fahrten entstehenden Aufwendungen zu erstatten. Die aktuelle Medikation wurde im Einzelnen aufgelistet.

Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung nach Aktenlage durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung S. (MDK), der am 21. Mai 2004 ausführte, die Vorstellungen des Klägers in der nephrologischen Ambulanz sowie im Nierentransplantationszentrum seien medizinisch notwendig, die Kriterien des § 8 Krankentransportrichtlinie (KrTrans-RL) seien jedoch nicht erfüllt. Das Transplantationsgesetz (TPG) sehe die Vorstellung der Patienten in der die Transplantation vornehmenden Einrichtung vor. Dies sei auf Grund der dortigen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Erkrankungssituation des Versicherten nachvollziehbar. Eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln werde zwar nicht empfohlen, aber als möglich angesehen. Im Zusammenhang mit den notwendigen Laboruntersuchungen müsse eine möglichst frühe Vorstellung in der Einrichtung erfolgen. Dies sei nach Fahrplan der öffentlichen Verkehrsmittel und Anbindung

des Wohnortes erschwert oder sogar unmöglich. Die medizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme seien nicht erfüllt.

Mit Schreiben vom 3. Juni 2004 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme für Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ab. Die Kriterien des § 8 KrTrans-RL seien nicht erfüllt, da keine hohe Behandlungsfrequenz (mehrmals im Monat) vorliege und die bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine Indikation für eine Kostenübernahme der Transportkosten seien.

Dagegen legte der Kläger am 14. Juni 2004 Widerspruch ein. Er führte aus: Sein Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zum letzten Jahr, als die Beklagte die Kosten noch übernommen habe, nicht wesentlich verändert. Die Fahrten zur Transplantationsnachsorge seien weiterhin medizinisch zwingend notwendig. Auch [§ 60 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) sei nicht geändert worden. Geändert hätten sich lediglich die Zuzahlungsregeln. Er habe bei einem Einkommen von 658,00 EUR im Monat bereits eine Belastung mit Beiträgen von etwa 130,00 EUR monatlich. Er könne daher die Kosten für die Fahrten nach B. und nach Q. nicht lange selbst aufbringen. Er habe im vergangenen Jahr allein 33 Arzttermine in Q. wahrgenommen und in der Zeit von Januar bis Juni 2004 12 Arzttermine in Q. und zwei in B. ... Das seien durchschnittlich 1,7 Arztbesuche pro Woche. Wenn nach dem TPG die Fahrten zur Nachsorge erforderlich seien, müsse die Krankenkasse auch nach § 60 SGBV die Fahrkosten übernehmen, da eine Kassenleistung vorliege und die Therapie über einen längeren Zeitraum andauere. Nach den erheblichen finanziellen Investitionen in die Lebendnierentransplantation müsse sich die Beklagte auch um den Erhalt des Spenderorgans kümmern.

Mit Bescheid vom 2. Juli 2004 ergänzte die Beklagte ihre Begründung zur ablehnenden Entscheidung vom 3. Juni 2004 und erteilte dem Kläger einen Bescheid mit entsprechender Rechtsmittelbelehrung. Auch dagegen legte der Kläger Widerspruch ein (Eingang bei der Beklagten am 9. Juli 2004).

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Oktober 2004 wies die Widerspruchsstelle der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Fahrten zur ambulanten Behandlung bzw. zu Kontrolluntersuchungen durch die Nierentransplantationsambulanz in B. und durch die nephrologische Gemeinschaftspraxis in Q. erfolgten weder mit einem qualifizierten Rettungswagen noch als Krankentransport. Durch die ambulante Behandlung werde keine ansonsten notwendige Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme in besonderen Ausnahmefällen seien nach der Aussage des MDK nicht erfüllt. Ein Anspruch auf Erstattung von Fahrkosten bestehe daher nicht.

Dagegen hat der Kläger am 10. November 2004 beim Sozialgericht Dessau Klage erhoben. Nach Verweisung des Rechtsstreits an das Sozialgericht Magdeburg (Beschluss vom 4. März 2005) hat der Kläger in der Sache ausgeführt: Aus [§ 60 SGB V](#) ergebe sich die Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme der Fahrkosten, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig seien. Nach dem Transplantationsgesetz sei die Nachsorge solange erforderlich, bis das Transplantat seine Funktion erfülle. Die Vorschriften des Transplantationsgesetzes seien im Zusammenhang mit [§ 60 SGB V](#) zu lesen. Zudem sei eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich, da ohne die Kontrolluntersuchungen der Verlust des Transplantates drohe. Es sei bereits wieder eine Niereninsuffizienz der Stufe II festzustellen, da die Niere nach einer Infektion großen Schaden erlitten habe. Die Krankentransportrichtlinien hätten keinen Gesetzescharakter. Sie sollten lediglich eine einheitliche Ermessenspraxis für die Genehmigung von Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Ausnahmefällen sicherstellen. Bei seinem Krankheitsbild sei eine Abweichung von den Richtlinien geboten. Bei vier Fahrten zum Transplantationszentrum nach B. beliefen sich die reinen Benzinkosten für die dann insgesamt 2.000 km auf etwa 263,00 EUR. Seine soziale Stellung habe sich seit Oktober 2004 nachhaltig verschlechtert. Da er die Fahrkosten nicht mehr aufbringen könne, fahre er seit Dezember 2004 nicht mehr zum Transplantationszentrum nach B., sondern nur noch in die Uniklinik H ... Er hat folgende Fahrkosten aufgeführt:

2003: 1.484,70 EUR (von der Beklagten noch voll übernommen),

2004: 970,90 EUR,

2005: 428,75 EUR (bis Juli 268,45 EUR, von Juli bis Dezember 160,30 EUR),

2006: bis 3. August 153,30 EUR.

Die Beklagte hat entgegnet, der Gemeinsame Bundesausschuss sehe die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 1 und 2 der von ihm erlassenen KrTrans-RL bei Fahrten zur Dialyse sowie zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie als erfüllt an. Zudem könnten Fahrkosten genehmigt werden, wenn ein vergleichbarer Schweregrad und eine vergleichbare Behandlungsintensität der Erkrankung vorliege. Nach den Ausführungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) sei bei einer mindestens zweimal wöchentlichen Behandlung über einen Zeitraum von mindestens sechs Wochen oder bei einer mindestens einmal wöchentlichen Behandlung über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten von einer vergleichbaren Behandlungsintensität auszugehen. Diese Voraussetzungen seien beim Kläger nicht erfüllt. Der Kläger erfülle auch nicht die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 KrTrans-RL, da er nicht über einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" und auch nicht über einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufen 2 oder 3 verfüge und keine vergleichbare Mobilitätseinschränkung vorliege.

Das Sozialgericht Magdeburg hat die Beklagte mit Urteil vom 11. November 2009 unter Änderung der entgegenstehenden Bescheide verurteilt, die Kosten für die Fahrten des Klägers in die Transplantationszentren B. und H. gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu erstatten. Es hat ausgeführt: Der Anspruch ergebe sich aus [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#). [§ 115a SGB V](#) regelt explizit Kontrolluntersuchungen nach Organtransplantationen und eröffne damit den Anwendungsbereich des [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#). Ein Vermeiden oder Verkürzen einer stationären bzw. teilstationären Krankenhausbehandlung liege in der Natur der Sache der Kontrolluntersuchungen nach Organübertragungen. Zudem würden die Krankenkassen nach einem Besprechungsergebnis ihrer Spitzenverbände auch die Fahrkosten zu Kontrolluntersuchungen des Organspenders unabhängig davon übernehmen, ob diese im Krankenhaus innerhalb der nachstationären Behandlung oder nach Beendigung der nachstationären Behandlung im Rahmen des § 115 a Abs. 2 Sätze 4 und 7 SGB V oder im Rahmen der ambulanten Behandlung erfolgten. Dies müsse erst recht für den Organempfänger gelten, der aufgrund des Eingriffs ein weit höheres Risiko trage und einer besonderen fachärztlichen Betreuung in einem Transplantationszentrum bedürfe. Im Übrigen, d.h. bezüglich der Übernahme der Fahrkosten zur einmal monatlichen Kontrolle in der Gemeinschaftspraxis in Q., hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen,

da die Voraussetzungen nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 8 KrTrans-RL nicht erfüllt seien.

Gegen das der Beklagten am 20. Januar 2010 zugestellte Urteil hat sie am 17. Februar 2010 Berufung eingelegt. Sie hat ausgeführt, ein Vermeiden oder Verkürzen einer stationären bzw. teilstationären Krankenhausbehandlung liege nicht in der Natur der Kontrolluntersuchungen nach Organübertragung. Die in [§ 9 TPG](#) genannte Frist von drei Monaten für die nachstationäre Krankenhausbehandlung könne in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden. Dies sei jedoch vorliegend nicht der Fall. Die Transplantation liege beim Kläger bereits neun Jahre zurück. Die jetzt noch erforderlichen Kontrolluntersuchungen würden im nächstgelegenen Transplantationszentrum ambulant durchgeführt. Dadurch werde keine ansonsten notwendige stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt. Aus der in [§ 115a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) genannten Möglichkeit, Kontrolluntersuchungen bei Organtransplantationen nach [§ 9 TPG](#) auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortführen zu dürfen, könne kein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten abgeleitet werden. Diese Kontrolluntersuchungen dienten dazu, die weitere Krankenhausbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Daraus könne jedoch keine Leistungspflicht der Beklagten abgeleitet werden.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftlichen Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 11. November 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt nach seinem schriftlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hat ausgeführt, die Rechtsauffassung des Sozialgerichts werde durch die fachärztliche Stellungnahme von Dipl.-Med. R. untermauert, der die Untersuchung des Klägers in einem Transplantationszentrum als notwendige Regelleistung ansehe. Er könne in einem Transplantationszentrum auf Grund der dort zur Verfügung stehenden Mittel qualitativ besser versorgt werden. Die Kontrolluntersuchungen hätten den gleichen Stellenwert, die der Gesetzgeber den vor- und nachstationären Behandlungen beigemessen habe. Sie dienten der Therapiesteuerung, der immunsuppressiven Behandlung sowie der Früherkennung von Problemen und Funktionsstörungen der Transplantatniete. Die Kostenerstattungspflicht für die Fahrten zu den Therapiezentren ergebe sich auf Grund der Gefahr einer Abstoßung der Transplantatniete und der damit verbundenen erneuten Dialysepflichtigkeit auf unbestimmte Zeit. In einem solchen Fall sei mit weit höheren Kosten zu rechnen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien Häufigkeit und Gesamtdauer der Behandlung in Beziehung zu den Regelbeispielen zu setzen. Daher sei nicht allein die Behandlungsfrequenz, sondern auch deren Dauer entscheidend. Der Kläger habe sich einer lebenslangen Therapie zu unterziehen. Im Falle einer Klageabweisung sei daher jedenfalls die Revision zuzulassen. Derzeit unterziehe er sich monatlichen Kontrolluntersuchungen bei dem Nephrologen Dipl.-Med. R. und halbjährlichen Kontrolluntersuchungen im Therapiezentrum an der Universitätsklinik H. Nach B. fahre er aus Kostengründen nicht mehr. Er hat die Arztbesuche aus den Jahren 2006 bis 2011 im Einzelnen aufgelistet und ein bestätigendes Schreiben des behandelnden Nephrologen Dipl.-Med. R. vom 11.09.2012 beigefügt, der nochmals zur medizinischen Notwendigkeit der Wahrnehmung dieser Termine vorgetragen hat. Hierauf, sowie auf ein Schreiben von Dipl.-Med. R. vom 7. April 2010, wird ergänzend Bezug genommen.

Wegen des Krankenkassenwechsels des Klägers zum 1. Mai 2007 zur IKK D., die zum 1. Januar 2009 mit der T.- Krankenkasse fusionierte, hat der Senat diese mit Beschluss vom 7. Dezember 2012 zum Verfahren beigelegt. Sie hat sich den Ausführungen der Beklagten angeschlossen, aber keinen Antrag gestellt. Anschließend haben die Beteiligten übereinstimmend ihre Zustimmung zur Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrags der Beteiligten wird auf ihren Inhalt ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte mit Einverständnis der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet.

I. Gegenstand des Berufungsverfahrens sind lediglich die Fahrten des Klägers in die Transplantationszentren B. und H. Da nur die Beklagte Berufung eingelegt hat, ist das erstinstanzliche Urteil rechtskräftig geworden, soweit das Sozialgericht die Klage im Übrigen – d.h. in Bezug auf die Kosten für Fahrten zu der Gemeinschaftspraxis nach Q. (Dipl.-Med. R.) – abgewiesen hat.

Zum Streitgegenstand des Berufungsverfahrens gehören in Bezug auf die Fahrten des Klägers in die Transplantationszentren B. und H. sowohl die Erstattung der hierfür bereits aufgewandten Fahrkosten seit Anfang 2004 als auch die Übernahme zukünftiger Fahrkosten. Der insoweit nicht ganz eindeutige Klageantrag ist im Hinblick auf den klägerischen Vortrag ohne weiteres so zu verstehen, dass nicht nur die Erstattung bereits entstandener Kosten, sondern auch eine Kostenübernahme in der Zukunft begehrt wird. In diesem Sinne ist auch der Tenor des erstinstanzlichen Urteils – trotz der Formulierung "erstatten" – zu verstehen. Eine Begrenzung auf bereits entstandene Kosten ist der Entscheidung an keiner Stelle zu entnehmen. In der Praxis wird eine Fahrkostenübernahme – jedenfalls soweit es um Fahrten mit dem privaten PKW geht – durch die Krankenkasse regelmäßig im Wege einer nachträglichen Erstattung tatsächlich angefallener Kosten durchgeführt, was die Wortwahl hinreichend begründet. Zudem ist der gesetzlichen Regelung des [§ 60 SGB V](#) keine eindeutige Zuordnung zum Sachleistungsgrundsatz oder dem Ausgleich der Fahrkosten zu entnehmen (vgl. hierzu unter II. 2.).

II. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Erstattung bereits aufgewandter Fahrkosten noch auf Übernahme der geltend gemachten zukünftigen Kosten für Fahrten in die Transplantationszentren B. bzw. H. Insoweit ist der Bescheid der Beklagten vom 3. Juni 2004 in der Fassung des Bescheides vom 2. Juli 2004 in der weiteren Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11. Oktober 2004 rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

1. Ein möglicher Fahrkostenanspruch kann sich nach [§ 19 Abs. 1 SGB V](#) längstens für die Zeit der Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten, d. h. längstens bis zum 30. April 2007 gegen diese richten. Denn die Leistungspflicht einer Krankenkasse ist an die Mitgliedschaft gebunden. Nach [§ 19 Abs. 1 Halbsatz 1 SGB V](#) erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft. Das Bundessozialgericht hat in einer Entscheidung vom 18.05.2011 ([B 3 KR 7/10 R](#), zitiert nach juris) ausdrücklich klargestellt, dass der auf einen Monat begrenzte nachgehende Leistungsanspruch nach [§ 19 Abs. 4 SGB V](#) im Falle eines Krankenkassenwechsels keine Anwendung findet. Für die ab 1. Mai 2007 zu gewährenden Leistungsansprüche wäre daher ggf. die Beigeladene zuständig. Da dem Kläger jedoch auch für die Zeit ab 1. Mai 2007 kein Fahrkostenanspruch zusteht, kommt eine Verurteilung der Beigeladenen nach [§ 75 Abs. 5 SGB V](#) nicht in Betracht.

2. Als Anspruchsgrundlage kommt auch für den zurückliegende Zeiträume betreffenden Fahrkostenerstattungsanspruch grundsätzlich nur [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) (in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung nach Art. 1 Nr. 37 des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 [GMG], BGBl. I S. 2190) in Betracht. Ein Rückgriff auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urt. v. 28. Juli 2008 – [B 1 KR 27/07 R](#), zitiert nach juris) für den geltend gemachten Erstattungsanspruch entbehrlich. Nach dieser Rechtsprechung handelt es sich zwar beim Krankentransport in der Regel um eine Naturalleistung, auch wenn [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) vorsieht, dass die Krankenkasse "die Kosten" für Fahrten unter bestimmten Voraussetzungen "übernimmt". Bei wirklichkeitsnaher Betrachtung kommt eine Naturalleistung aber insbesondere bei Rettungsfahrten und Fahrten mit speziellen Krankenkraftwagen in Betracht, nicht jedoch bei Fahrten des Versicherten im privaten Pkw oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Der Anspruch des Versicherten aus [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) ist in diesen Fällen von vornherein auf Ausgleich der Kosten gerichtet.

3. Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach [§ 133 SGB V](#) (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Abs. 2 SGB V](#). Aus dieser Vorschrift ergibt sich ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme in Höhe des Betrages, der den sich aus [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrag je Fahrt übersteigt, soweit die Voraussetzungen der unter den Ziffern 1 bis 4 im einzelnen aufgeführten Katalogfälle vorliegen. Die Katalogfälle des [§ 60 Abs. 2 Ziffer 1 bis 3 SGB V](#) (für stationäre Leistungen, Rettungsfahrten, Krankentransporte) sind nicht einschlägig. Ein Anspruch des Klägers lässt sich auch nicht aus Ziffer 4 dieser Vorschrift herleiten. Voraussetzung sind danach Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung oder zu einer Behandlung nach [§ 115a](#) oder [§ 115b SGB V](#), wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Mit der mit Wirkung zum 1. Januar 1993 eingefügten Regelung zur Übernahme der Fahrkosten wollte der Gesetzgeber Anreize für die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlungen schaffen (vgl. FraktE-GSG [BT-Drucks 12/3608](#) Teil B, zu Nr. 28, S. 82, Begr. zu § 60). Voraussetzung für die Anwendbarkeit des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) ist daher, dass durch die ambulante bzw. die vor- oder nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) oder die ambulante Operation in einem Krankenhaus nach [§ 115b SGB V](#) eine sonst gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung – zumindest teilweise – ersetzt wird.

Durch die Kontrolluntersuchungen in den Transplantationszentren B. bzw. H. ist weder eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) vermieden oder verkürzt worden noch war eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht ausführbar.

In der Rechtsprechung ist nicht vollständig geklärt, wann eine (voll- oder teil-)stationäre Krankenhausbehandlung trotz einer an ihrer Stelle tatsächlich durchgeführten ambulanten bzw. vor- oder nachstationären Behandlung noch als "an sich geboten" i. S. v. [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) angesehen werden kann. Ein Anspruch auf (voll- oder teil-)stationäre Krankenhausbehandlung setzt grundsätzlich deren medizinische Erforderlichkeit voraus. Kann das Behandlungsziel durch eine ambulante Behandlung bzw. durch eine vor- oder nachstationäre Behandlung erreicht werden, ist eine (voll- oder teil-)stationäre Krankenhausbehandlung in der Regel nicht erforderlich. Wenn der Anwendungsbereich des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) nicht verschlossen bleiben und das gesetzgeberische Ziel nicht auf Kosten der Gesundheit der Versicherten erreicht werden soll, kann es nur um den Grenzbereich gehen, in dem eine (voll- oder teil-)stationäre Krankenhausbehandlung zwar "an sich", d.h. grundsätzlich erforderlich ist, aber im konkreten Fall aufgrund der besonderen Umstände nicht unbedingt notwendig erscheint. Das Merkmal der "an sich" gebotenen Krankenhausbehandlung entspricht dem des [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) für die Gewährung häuslicher Krankenpflege. Hierzu hat das BSG entschieden, diese könne in Anspruch genommen werden, wenn (weitere) Krankenhausbehandlung medizinisch "nicht zweifelsfrei geboten" sei und eine ambulante Behandlung "vertretbar" scheine; in jedem Fall kämen nur akute Behandlungsfälle in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 18.02.1997 – [1 RK 23/96](#) – [SozR 3-2500 § 60 Nr. 1](#); BSG, Urt. v. 28.01.1999 – [B 3 KR 4/98 R](#) – [BSGE 83, 254](#)).

Die Beurteilung, ob ein so bestimmter Grenzbereich vorliegt, hängt damit von den zur Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) entwickelten Kriterien ab. Danach ist entscheidend, ob die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Hierzu zählen die spezielle apparative Ausstattung, das geschulte Pflegepersonal sowie die Rufbereitschaft und jederzeitige Eingriffsmöglichkeit eines Arztes (BSG, Urt. v. 12.12.1979 – [3 RK 13/79](#) – [BSGE 49, 216](#); BSG, Urt. v. 12.11.1985 – [3 RK 45/83](#) – [BSGE 59, 116](#), 117).

Bei Anwendung dieser Grundsätze sind die Voraussetzungen des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) nicht erfüllt. Zur Durchführung der Kontrolluntersuchungen bedurfte es weder der voll- noch der teilstationären Behandlung in einem Krankenhaus mit seiner speziellen medizinisch-organisatorischen Infrastruktur. Die Kontrolluntersuchungen erfolgten zwar aufgrund der personellen und/oder apparativen Ausstattung in den Universitätskliniken B. bzw. H. Dort wurden aber lediglich ambulante körperliche Untersuchungen des Klägers sowie umfassende Laboruntersuchungen in der entsprechend hierfür vorgehaltenen Ambulanz durchgeführt. Das in einer zeitlich durchgängigen Behandlungs- oder Kontrollnotwendigkeit liegende Kriterium der voll- oder teilstationären Behandlung erfüllen die beim Kläger durchgeführten Kontrolluntersuchungen jedoch nicht. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass jemals in Erwägung gezogen worden sein könnte, diese Untersuchungen unter voll- oder teilstationären Bedingungen durchzuführen. Medizinische Gesichtspunkte, die dafür sprechen könn-ten, sind nicht ersichtlich. Da nie zweifelhaft war, dass diese Untersuchungen ambulant bzw. im Rahmen einer vor- oder nachstationärer Behandlung im Sinne des [§ 115a SGB V](#) durchgeführt werden, fallen sie nicht in den Grenzbereich zur stationären

Behandlung.

Unerheblich ist, ob die Kontrolluntersuchungen im Rahmen einer vor- oder nachstationären Behandlung im Sinne des [§ 115a SGB V](#) durchgeführt wurden. Der Senat hält dies wegen der gesetzlich vorgegebenen zeitlichen Begrenzung der nachstationären Behandlung bei Organübertragungen nach [§ 9 Abs. 1 TPG](#) auf längstens drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung ([§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) für zweifelhaft. Zwar kann die Frist in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden ([§ 115a Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)), beim Kläger fand die Nierentransplantation jedoch bereits im September 2001 statt und die Kontrolluntersuchungen sind seitdem bis heute notwendig. Im Ergebnis kann aber offen bleiben, ob und ggf. wie lange die Kontrolluntersuchungen noch im Rahmen nachstationärer Behandlungen stattgefunden haben, denn nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) setzt ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme durch die Krankenkasse auch bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus im Sinne des [§ 115a SGB V](#) voraus, dass dadurch eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) zumindest teilweise ersetzt wird. Zwar werden vor- und nachstationäre Behandlungen häufig gerade zur Vermeidung oder Verkürzung einer stationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung eingesetzt. Dies ist aber keine zwingende Voraussetzung für vor- oder nachstationäre Krankenhausbehandlungen. Da die durchgeführten Kontrolluntersuchungen nicht eine an sich erforderliche (voll- oder teil-)stationäre Krankenhausbehandlung ersetzt haben, kann die Auffassung des Sozialgerichts, die Vermeidung einer (voll- oder teil-)stationären Krankenhausbehandlung liege in der Natur der Sache, nicht überzeugen.

Anhaltspunkte dafür, dass die Kontrolluntersuchungen beim Kläger nach Beendigung der nachstationären Behandlung durchgeführt wurden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen ([§ 115a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)), liegen nicht vor. Vielmehr hat Dipl.-Med. R. im Schreiben vom 7. April 2010 ausdrücklich ausgeführt, ein Besuch im Nierentransplantationszentrum ausschließlich zur wissenschaftlichen Dokumentation sei nie erforderlich gewesen. Dafür fehlten den Transplantationszentren und anderen Einrichtungen die entsprechenden Kapazitäten. Darüber hinaus würde ein Fahrkostenanspruch nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) auch dann an der Voraussetzung des Vermeidens oder Verkürzens einer an sich gebotenen Krankenhausbehandlung scheitern, da es für solche wissenschaftlich begleiteten oder unterstützten Kontrolluntersuchungen in Bezug auf die dabei anfallenden Fahrkosten keine Sonderregelungen gibt.

4. Ein Anspruch auf Fahrkostenerstattung folgt auch nicht aus [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. [§ 8 Abs. 2 KrTransp-RL](#). Danach werden Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen übernommen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) festgelegt hat. Der GBA hat diese besonderen Ausnahmefälle in [§ 8 Abs. 2 KrTransp-RL](#) festgelegt. Danach sind Voraussetzungen für eine Verordnung und Genehmigung von Fahrten zur ambulanten Behandlung,

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 in den in Anlage 2 der Richtlinie genannten Ausnahmefällen erfüllt, wobei diese Liste nicht abschließend ist ([§ 8 Abs. 2 Satz 2 und Satz 3 KrTransp-RL](#)). Nach Anlage 2 sind Ausnahmefälle gemäß [§ 8](#) in der Regel die Dialysebehandlung, die onkologische Strahlentherapie und die onkologische Chemotherapie.

Es ist nicht zweifelhaft, dass die Fahrten des Klägers zu den Kontrolluntersuchungen im Zusammenhang mit einer Hauptleistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig waren und sind. Es besteht dennoch kein Anspruch auf Übernahme der notwendigen Fahrkosten, da das Tatbestandsmerkmal einer "hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" in Bezug auf ein durch die Grunderkrankung vorgegebenes Therapieschema im Sinne von [§ 8 Abs. 2 KrTransp-RL](#) nicht erfüllt ist.

Die Voraussetzung einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bezieht sich nach [§ 8 Abs. 2 KrTransp-RL](#) auf das durch die Grunderkrankung vorgegebene Therapieschema. Ein Therapieschema erfordert ein Muster, das die Behandlung von vornherein in festgelegte Phasen und Schritte einteilt (vgl. hierzu LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 17.06.2010 - [L 10 KR 1/09](#) - zitiert nach juris sowie Waßer in juris-pk, [§ 60 Rn. 78](#)). Einem solchen Therapieschema folgen die regelmäßig beim Kläger erforderlichen Kontrolluntersuchungen, die er einmal monatlich beim Facharzt und zusätzlich im Jahr 2004 einmal im Quartal in der Nierentransplantationsambulanz der Universitätsklinik in B., später einmal im Halbjahr in der Universitätsklinik in H. wahrgenommen hat.

Die darüber hinaus vom Kläger aufgeführten Arzttermine beruhen demgegenüber nicht auf einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema. Soweit der Kläger Termine bei Ärzten anderer Fachrichtungen, wie beispielsweise beim Orthopäden angibt, fehlt bereits jeglicher Bezug zur Grunderkrankung. Die außerhalb der regelmäßigen Kontrollen durchgeführten Arzttermine beim Nephrologen bzw. in einer der Universitätskliniken stehen zwar im Zusammenhang mit der Grunderkrankung, sie folgen aber keinem vorgegebenen Therapieschema mit von vornherein festgelegten Behandlungsphasen und -schritten. Es handelt sich hierbei vielmehr, wie der Kläger selbst und der behandelnde Nephrologe Dipl.-Med. R. angegeben haben, um Arztkonsultationen, die aufgrund akuter kritischer Krankheitsphasen erforderlich waren und daher einem von vornherein festgelegten Therapieschema nicht zugänglich sind. Die außerhalb eines durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschemas wahrgenommenen Arzttermine bleiben bei der Beurteilung der hohen Behandlungsfrequenz außer Betracht.

Das Vorliegen des Tatbestandsmerkmals "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" i. S. von [§ 8 Abs. 2 KrTransp-RL](#) ist danach zu bestimmen, ob die Behandlung, zu deren Ermöglichung die Fahrten durchgeführt werden sollen, mit den in Anlage 2 der RL genannten anderen Behandlungsformen von ihrem zeitlichen Ausmaß her wertungsmäßig vergleichbar ist; dabei ist die Häufigkeit einerseits und die Gesamtdauer andererseits gemeinsam zu den Regelbeispielen in Beziehung zu setzen. Dieser Maßstab ergibt sich aus der Absicht des Gesetzgebers, ab 1. Januar 2004 Fahrkosten in der ambulanten Behandlung grundsätzlich gar nicht mehr zu erstatten und nur in "besonderen" Ausnahmefällen etwas anderes gelten zu lassen, nicht aber schon breitflächig allgemein in Härtefällen. Vor diesem Hintergrund muss sich die Auslegung an den in Anlage 2 KrTransp-RL genannten nicht abschließenden Beispielen der Dialysebehandlung,

der onkologischen Strahlentherapie sowie der onkologischen Chemotherapie orientieren (vgl. BSG, Urt. v. 28.07.2008 – [B 1 KR 27/07 R](#), zitiert nach juris).

Unter Berücksichtigung der angeführten Regelbeispiele, die jeweils regelmäßig mehr als eine Behandlung wöchentlich erfordern, ist den Anforderungen an eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bei den vom Kläger wahrgenommenen Kontrolluntersuchungen einmal monatlich beim Facharzt und zusätzlich einmal im Quartal bzw. einmal im Halbjahr in einer Universitätsklinik jedenfalls nicht Genüge getan. Dies gilt trotz des unabsehbaren Zeitraums, während dessen die Kontrolluntersuchungen beim Kläger weiterhin erforderlich sind.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urt. v. 28.07.2008 – [B 1 KR 27/07 R](#), zitiert nach juris) ist das Merkmal der "hohen Behandlungsfrequenz" in Abhängigkeit von dem Merkmal "über einen längeren Zeitraum" auszulegen. Bei einer über einen längeren Zeitraum erforderlichen Behandlung kann daher eine hohe Behandlungsfrequenz auch schon dann vorliegen, wenn die Behandlung nicht zweimal wöchentlich notwendig ist.

Bei den in der Anlage 2 der KrTransp-RL aufgeführten Beispielsfällen erstreckt sich die Behandlung bei der Strahlentherapie regelmäßig auf einen Zeitraum von 4 bis 7 Wochen und bei der Chemotherapie auf Behandlungszyklen von jeweils 3 bis 4 Wochen in mittleren und fortgeschrittenen Stadien einer Behandlungsdauer von insgesamt etwa 4 bis 8 Monaten (vgl. BSG, Urt. v. 28.07.2008 – [B 1 KR 27/07 R](#), zitiert nach juris). Das Bundessozialgericht hat in der genannten Entscheidung vom 28. Juli 2007 eine wöchentliche Behandlung bei unabsehbarer Behandlungsdauer noch als ausreichend anerkannt. Bei monatlichen Behandlungen wird die hohe Behandlungsfrequenz demgegenüber auch dann verneint, wenn sich die Behandlung auf einen unabsehbaren Zeitraum erstreckt (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 30.07.2008 – [L 1 KR 17/07](#) - unzureichend seien langwierige psychiatrische Behandlungen im Abstand von drei bis vier Wochen; Hessisches LSG, Urt. v. 26.06.2008 – [L 7 SO 43/08 B ER](#), SAR 2008, 99 - monatliche Nachkontrollen, jeweils zitiert nach juris).

Dem schließt sich der Senat an. Denn statistisch werden in Deutschland durchschnittlich ca. 18 Arztkontakte jährlich pro Versichertem gezählt (Bericht der Gmünder Ersatzkasse vom 15. Januar 2009, aufrufbar im Internet unter <http://www.gek.de/presse/meldungen/pm/archiv-2009/2009-01-15.html>). Diese Arztkontakte werden zwar nicht im Hinblick auf ein einzelnes Behandlungsschema erforderlich, wie es § 8 Abs. 2 KrTransp-RL vorgibt. Das Zahlenmaterial macht aber deutlich, dass jedenfalls nicht von einer "hohen Behandlungsfrequenz" ausgegangen werden kann, wenn die Anzahl der durch ein Behandlungsschema vorgegebenen Arztbesuche noch unterhalb der durchschnittlich pro Versichertem in Anspruch genommenen Arztkontakte liegt.

Es ist nicht zu beanstanden, dass § 8 Abs. 2 KrTransp-RL nur auf Häufigkeit und Dauer der Behandlung abstellt und sowohl die im konkreten Fall zurückzulegende Fahrtstrecke als auch die jeweilige wirtschaftliche Lage des Versicherten außer Betracht lässt. Zwar verfolgt die Norm den Zweck, Versicherte in bestimmten Ausnahmefällen von krankheitsbedingten Fahrkosten und somit finanziell zu entlasten. Auch kann die tatsächliche Belastung des Versicherten durch die Fahrkosten nur unter Berücksichtigung der jeweiligen Entfernung zwischen seinem Wohnort und dem nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsort (vgl. § 3 Abs. 2 KrTransp-RL) sowie seiner wirtschaftlichen Lage bestimmt werden. Dass die Krankentransportrichtlinie diese Aspekte außer Betracht lässt und nur an Behandlungsdauer und Behandlungshäufigkeit des jeweiligen Behandlungsschemas anknüpft, ist aber mit der gesetzlichen Grundlage in [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) vereinbar. Denn abweichend von der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Regelung, wonach undifferenziert Fahrkosten in "Härtefällen" zu zahlen waren, hat der Gesetzgeber in [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (GMG, BGBl. I 2190) stärker auf die medizinische Notwendigkeit der im Zusammenhang mit der Krankenkassenleistung erforderlichen Fahrt abgestellt und die Möglichkeit der Krankenkassen, Fahrkosten generell in Härtefällen zu übernehmen, verfassungskonform beseitigt (BSG, Urt. v. 26.09.2006 – [B 1 KR 20/05 R](#), [SozR 4-2500 § 60 Nr. 1](#)). Eine Berücksichtigung der konkreten Entfernung zum jeweiligen Wohnort des Versicherten und seiner finanziellen Verhältnisse stünde hierzu in Widerspruch. Die daraus resultierenden Belastungen sind nicht allein durch die ambulante Behandlung veranlasst, wie es bei den Kriterien der Häufigkeit und der Dauer der Behandlung der Fall ist.

Die Differenzierung des Gesetz- und des Richtliniengebers ist auch mit Blick auf das Gebot des allgemeinen Gleichheitssatzes aus [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#), Gleiches gleich und Ungleiches entsprechend seiner Eigenart verschieden zu behandeln, sachgerecht. Auch wenn berücksichtigt wird, dass der Zweck des § 8 Abs. 2 KrTransp-RL auf Entlastung von hohen Fahrkosten zielt, die durch bestimmte Behandlungsschemata ausgelöst werden, war der Richtliniengeber nicht gehalten, auf die absolute Höhe der aufgewendeten Fahrkosten und ihre wirtschaftliche Tragbarkeit im Einzelfall abzustellen. Zum einen ist die Wahl des Wohnortes von vielen Gesichtspunkten aus dem Privatkreis des Versicherten abhängig und wird häufig von unterschiedlich hohen Lebenshaltungskosten begleitet (etwa im ländlichen Bereich). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei großer Entfernung und einem Behandlungsschema, das die zeitlichen Maßgaben der in der Anlage 2 KrTransp-RL angeführten Beispielsfälle erfüllt (etwa einer Dialyse), für Versicherte mit weitem Anfahrtsweg auch entsprechend höhere Fahrkosten von der Versichertengemeinschaft aufzubringen sind als für Versicherte, die in näherer Umgebung des Behandlungsortes wohnen. Zum anderen stehen für die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage des Versicherten im Einzelfall andere soziale Sicherungssysteme zur Verfügung (SGB II, SGB XII). Wenn die Regelung somit allein danach differenziert, welche Kosten aus rein medizinischen Gründen erhöht und unterstützungswürdig sind, erscheint dies auch angesichts der Bedeutung einer Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Allgemeinwohl angemessen. Gerade im Gesundheitswesen hat der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht (vgl. BVerfG v. 20.3.2001 – [1 BvR 491/96](#), [BVerfGE 103, 172](#) (184)). Schließlich ist auch die Praktikabilität der Regelung zu bedenken: Die Feststellung von Behandlungsfrequenz und Dauer eines medizinischen Behandlungsschemas durch die Krankenkassen erscheint problemlos. Die weiteren Feststellungen der konkreten Höhe von Fahrkosten und ihrer wirtschaftlichen Tragbarkeit für den Versicherten bedeuten hingegen einen erheblichen und sachfremden Zusatzaufwand.

Das SGB V sieht inzwischen bezüglich zahlreicher Leistungen Zuzahlungen und teilweise sogar einen vollständigen Leistungsausschluss vor (vgl. nur [§ 34 SGB V](#): ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel). Der Gesetzgeber hat hinsichtlich dieser Leistungsausschlüsse ebenso wie in Bezug auf die vom Gesetz nicht umfassten Fahrkostenansprüche nicht an die Belastungsgrenze nach [§ 62 SGB V](#) angeknüpft, die nur für Zuzahlungen einschlägig ist. Leistungen, die medizinisch erforderlich sind, aber nicht von der Gesetzlichen Krankenkasse getragen werden, fallen daher in den Bereich der Eigenvorsorge und ggf. in den Leistungsbereich anderer Sozialleistungsträger.

Die vom Kläger zu tragenden Fahrkosten können nicht mit einer Vorenthaltung der gesamten medizinischen Leistung gleichgesetzt werden.

Die höchsten Fahrkosten sind nach seinem Vortrag im Jahr 2004 in Höhe 970,90 EUR angefallen. Daraus ergibt sich eine monatliche Belastung von 80,91 EUR. In den folgenden Jahren sind die Fahrkosten auf deutlich weniger als die Hälfte gesunken (2005: 428,75 EUR = 35,73 EUR monatl.; 2006: 262,80 EUR = 21,90 EUR monatl.). Das Bundesverfassungsgericht hat bereits mehrfach entschieden, dass sich aus der Verfassung kein Anspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung ableiten lässt (vgl. hierzu ausführlich Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BVR 347/98, zitiert nach juris). Die in Bezug auf die Fahrkosten gesetzlich vorgesehenen Leistungsbegrenzungen sind auch mit Rücksicht auf die sich aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1](#) Grundgesetz ergebende objektiv-rechtliche Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu stellen nicht verfassungswidrig, soweit dem Versicherten damit Kosten in einem solchen Rahmen zugemutet werden. Denn aus dieser Belastung lässt sich jedenfalls keine Unverhältnismäßigkeit von Beitrag und Leistung ableiten. Auch wenn in der Gesetzlichen Krankenversicherung abhängig Beschäftigte mit mittleren und niedrigen Einkommen sowie Rentner pflichtversichert sind, führt eine Kostenbelastung in diesem Rahmen regelmäßig noch nicht dazu, dass die eigentliche Behandlung gar nicht oder nur unter unzumutbaren Bedingungen in Anspruch genommen werden könnte.

5. Schließlich hat der Kläger keinen Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 8 Abs. 3 KrTrans-RL, da er nicht im Besitz eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" oder eines Einstufungsbescheides gemäß dem Elften Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) in die Pflegestufe 2 oder 3 ist und auch nicht von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen ist. Hierfür reichen Einschränkungen bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, bei der Bewältigung langer Strecken zu Fuß oder beim Steigen vieler Treppen nicht aus. Nach den Ausführungen des Nephrologen Dipl.-Med. R. in seinem Schreiben vom 16. Februar 2004 liegen beim Kläger keine darüber hinausgehenden Mobilitätseinschränkungen vor.

Die Begrenzung des Anspruchs auf einen Personenkreis, der in seiner persönlichen Mobilität aus gesundheitlichen Gründen besonders stark eingeschränkt ist, erscheint – auch unter Berücksichtigung des allgemeinen Gleichheitssatzes aus [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz – sachgerecht. Zudem kann zur Abgrenzung auf die gesetzlich festgelegten Kriterien der Merkzeichen und der Pflegestufen zurückgegriffen werden.

6. Es besteht auch kein Anspruch auf Fahrkostenerstattung aus [§ 60 Abs. 5 SGB V](#) i. V. m. [§ 53](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX. Nach [§ 60 Abs. 5 SGB V](#) werden im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Fahr- und andere Reisekosten nach [§ 53 Abs. 1 bis 3 SGB IX](#) übernommen.

Bei den Fahrten zu den Kontrolluntersuchungen des Klägers handelt es sich nicht um Fahrkosten im "Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation". Vielmehr gehören die Kontrolluntersuchungen zu den Behandlungsmaßnahmen der Akutmedizin.

Durch das GKV-GesundheitsreformG 2000 vom 22.12.1999 sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) mit Wirkung vom 1. Januar 2000 an nicht mehr als Unterfall der in [§ 11 Abs. 1 SGB V](#) genannten Leistungsarten anzusehen, die auf Vorsorge vor und Bekämpfung von Krankheiten ausgerichtet sind, sondern als eigenständige Leistungen. Sie dienen dazu, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder wesentliche Verschlimmerungen abzuwenden (Frakt.Entw. [BT-Drucks. 14/1245 S. 61](#); AusBer [BT-Drucks. 14/1977 S. 160](#)). Zu systematischer Unklarheit (KassKomm/Höfler, [§ 11 SGB V](#) Rn. 13) führt aber, dass die Reha-Leistungen weiterhin der Krankenbehandlung in [§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V](#) zugeordnet sowie die Reha-Ansprüche der §§ 33, 40 bis 43 im Fünften Abschnitt Erster Titel "Krankenbehandlung" des SGB V aufgeführt sind. [§ 60 SGB V](#) unterscheidet – wie [§ 11 SGB V](#) – die medizinische Rehabilitation, bei der es um die Folgen von Krankheiten geht, von der Vorsorge vor und der Bekämpfung von Krankheiten selbst. Fahrkosten in Zusammenhang mit Krankenbehandlung werden in Abs. 1 und 2 geregelt, solche in Zusammenhang mit medizinischer Rehabilitation in Abs. 5 (vgl. BSG, Urt. v. 22.04.2008 – [B 1 KR 22/07, NZS 2009, 217](#) Rn. 25). Die Kontrolluntersuchungen gehören zu den Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit selbst. Sie dienen der Medikamenteneinstellung und Früherkennung von Abstoßungsreaktionen und anderen Unregelmäßigkeiten. Es geht nicht darum, Folgen der Krankheit in Form von etwaigen Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder wesentliche Verschlimmerungen abzuwenden.

7. Die Beklagte hat dem Kläger die Fahrkosten auch nicht aus dem Gesichtspunkt der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II) bzw. der Sozialhilfe (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII) zu erstatten.

Gemäß [§ 14 SGB IX](#) muss der für Leistungen zur Teilhabe erstangegangene Rehabilitationsträger allerdings grundsätzlich auch prüfen, ob der geltend gemachte sozialrechtliche Leistungsantrag von einem anderen Träger nach dessen Leistungsrecht zu erfüllen ist. Leitet er den Antrag nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Fristen an den zuständigen Träger weiter, bleibt er zur Bescheidung des Antrags unter Anwendung des maßgeblichen Leistungsrechts zuständig. Ob die Beklagte im vorliegenden Fall den Antrag des Klägers auf Befreiung von den Fahrkosten unter den gegebenen Umständen als einen auf Leistung nach dem SGB II bzw. SGB XII gerichteten Antrag auslegen musste, kann aber dahinstehen. Denn bei den zur Erstattung beantragten Fahrkosten handelte es sich nicht um eine Rehabilitationsleistung zur Teilhabe. [§ 14 SGB IX](#) findet daher keine Anwendung. Zur Teilhabe werden zwar gemäß [§ 5 Nr. 1 SGB IX](#) u. a. auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Dazu zählt nach dem Leistungskatalog des [§ 26 Abs. 2 SGB IX](#) auch die ärztliche Behandlung (Nr. 1). Dies gilt aber nur, soweit sie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht wird, also darauf zielt, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder wesentliche Verschlimmerungen abzuwenden (vgl. Brodkorb in Hauck/Noftz, SGB IX [§ 26](#) Rn. 15 f. m. w. N.).

8. Eine Beiladung des Sozialhilfe- bzw. Grundsicherungsträgers gemäß [§ 75 Abs. 1, 2 SGG](#) war nicht veranlasst, da der Kläger Leistungen der Sozialhilfe oder der Grundsicherung nicht beantragt hat. Ein Anspruch aus dem SGB II oder dem SGB XII auf rückwirkende Erstattung von Kosten besteht grundsätzlich nicht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor, da es sich um eine Einzelfallentscheidung auf geklärter Rechtsgrundlage handelt. Rechtskraft

Aus
Login
SAN

Saved
2013-06-12