

L 5 KR 79/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 101/05
Datum
08.09.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 79/06
Datum
30.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 8. September 2005 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger ein Zehntel seiner außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist noch streitig, ob die Beklagte dem Kläger Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen über den 31.10.2004 hinaus zu erstatten hat.

Der 1945 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Mit Schreiben vom 06.06.2004 beantragte er bei der Beklagten, ihn von Arzneimittel- und Fahrtkosten zu befreien. Zur Begründung verweis er auf seinen angegriffenen Gesundheitszustand und die entstehenden Kosten, welche er nicht aus eigener Tasche zahlen könne. Der Kläger leidet ausweislich des Attests des behandelnden Allgemeinmediziners Dr. T. vom 15.04.2004 unter einer Wirbelsäulendeformität, Schwindelattacken und Schmerzen bei Herzinsuffizienz und Lungenemphysem. Er ist in die Pflegestufe I eingestuft und mit einem Grade der Behinderung (GdB) von 60 von Hundert (v.H.) bei Merkzeichen "G" schwer behindert. Dr. T. bescheinigte ihm mit Attest vom 15.04.2004, dass er aufgrund seiner Erkrankungen in regelmäßiger, fast täglicher ärztlicher Behandlung stehe und ein Transport mit öffentlichen Verkehrsmitteln unmöglich sei.

Mit Schreiben vom 11.06.2004 teilte die Beklagte dem Kläger mit, Fahrten zu ambulanten Behandlungen würden aufgrund des vorgelegten Attestes von Dr. T. bis zum 31.10.2004 übernommen. Nachdem die Beklagte durch zwei weitere Ärzte erfahren hatte, dass ein Transport nicht notwendig sei, veranlasste sie die Erstellung eines Gutachtens bei Dr. Sch. ... Dr. Sch. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kam am 28.06.2004 zu dem Ergebnis, dass Fahrten zu ambulanten Behandlungen nur in hier nicht vorliegenden Ausnahmefällen zu zahlen seien: Es handle sich weder um eine vor- oder nachstationäre Behandlung noch eine der Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie vergleichbare Grunderkrankung mit entsprechend engmaschigem Therapieschema. Auch habe der Kläger nicht das Merkzeichen "aG". Eine in den Krankentransportrichtlinien genannte Ausnahme zur Übernahme der Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung liege mithin nicht vor.

Mit Schreiben vom 01.07.2004 widerrief die Beklagte unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. Sch. ihre Zusage zur Fahrtkostenübernahme ab dem 10.07.2004. Der Kläger erhob Widerspruch und fügte eine Kopie seines Schwerbehindertenausweises und ein Attest des Hausarztes Dr. T. vom 22.04.2004 zu seiner medikamentösen Behandlung bei. Mit Schreiben vom 20.08.2004 wies die Beklagte den Kläger auf die seit dem 01.01.2004 geltende Rechtslage zu Fahrtkostenerstattungen hin und lehnte außerdem die Kostenübernahme von Arzneimitteln ab. Dr. T. widersprach dem am 06.09.2004 und benannte eine hochfrequente ambulante Behandlung und eine Einschränkung der Mobilität des Klägers. Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung nach Aktenlage bei Dr. Schl. vom MDK. Dr. Schl. kam am 21.09.2004 zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt seien. Mit Schreiben vom 23.09.2004 wiederholte die Beklagte ihre Rechtsposition gegenüber dem Kläger. Mit Widerspruchsbescheid vom 15.12.2004 wies sie den Widerspruch als unbegründet zurück.

Dagegen hat der Kläger am 14.01.2005 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Er hat vorgetragen, die Gutachten des MDK seien ohne Bedeutung, weil die beteiligten Ärzte ihn nicht angesehen hätten. Seine im einzelnen dargestellte finanzielle Lage lasse dauernde Taxikosten nicht zu. Er beziehe eine Rente in Höhe von 705,47 EUR monatlich. Die Beklagte hat auf die geltende Rechtslage verwiesen. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 08.09.2005 unter Bezugnahme auf den Widerspruchsbescheid abgewiesen. Die Rücknahme der zunächst bis zum 31.10.2005 bewilligten Übernahme von Fahrtkosten sei für die Zukunft erfolgt und ermessensfehlerfrei.

Gegen das ihm am 09.12.2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 05.01.2006 Berufung eingelegt und erklärt, die Rücknahme der Fahrtkostenzusage der Beklagte sei für ihn eine finanzielle Katastrophe. Dr. T. bestätige, dass er nicht transportfähig sei. Er fahre zweimal in der Woche per Taxi zu Behandlungen, so etwa montags zur Chirotherapie und danach für eine Spritze zum Unfallchirurgen und donnerstags sei er bei Dr. T ... Fahrten mit dem Bus seien wegen dessen Einstiegshöhe und mangelhafter Haltegriffe nicht möglich. Übelkeit und Schwindelattacken kämen hinzu, seine Lebensqualität sei beeinträchtigt. Mittlerweile habe er außerdem am Außenknöchel eine Wunde, die dermatologisch behandelt werde.

Die Beklagte hat am 22.06.2006 ein Teilerkenntnis bezüglich der vom Kläger geltend gemachten nachgewiesenen Fahrtkosten für ambulante Behandlungen vom 10.07.2004 bis 31.10.2004 abgegeben (vgl. Bl. 41 LSG-Akte), welches der Kläger am 17.07.2006 angenommen hat (vgl. Bl. 105 LSG-Akte). Hier hat er mitgeteilt, seines Erachtens seien noch "die Arzttermine vor Juni-Juli, nämlich ab dem 1. Jan. 2004" und dann ab dem 01.11.2004 bis heute streitig. Außerdem fehle eine Äußerung der Beklagten dazu, ob sie gewillt sei, wenigstens einen Teil der Kosten für Medikamente zu übernehmen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 8. September 2005 aufzuheben und die Bescheide der Beklagten vom 1. Juli 2004, 20. August 2004 und 23. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Dezember 2004 und des Teilerkenntnisses vom 17. Juli 2006 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm über den 31.10.2004 hinaus Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für den noch streitbefangenen Zeitraum für zutreffend.

Der Senat hat die behandelnden Ärzte des Klägers befragt.

Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. R. hat dem Senat am 21.04.2006 mitgeteilt, der Kläger leide unter endogener Psychose oder Zwangsneurose und Spondylarthrose. Aufgrund krankhafter Zwänge suche er per Taxi pro Tag mehrere Ärzte auf, während allenfalls Konsultationen in zwei- bis dreiwöchentlichen Abstand notwendig seien. Die Therapiehäufigkeit sei in keiner Weise mit Dialyse-Behandlung vergleichbar. Eine Beförderung sei nicht unerlässlich.

Der Allgemeinmediziner Dr. B. hat dem Senat am 27.04.2006 berichtet, er behandle den Kläger nur im Vertretungsfall, sodass kaum schriftliche Befunde vorlägen. Ausweislich des ihm vorliegenden ärztlichen Entlassungsberichtes aus einer Rehabilitationsmaßnahme bestehe ein chronisches Wirbelsäulenschmerzsyndrom mit allgogener und neurotischer kyphoskolioseähnlicher fixierter Fehlhaltung und Bewegungseinschränkung. Darüber hinaus habe der Kläger einen Zustand nach Atlassbogenresektion vor Jahren sowie obere degenerative Wirbelsäulenveränderungen, insbesondere im Brustwirbelsäulenbereich. Als Behandlungskonzept werde eine chirotherapeutische Behandlung durchgeführt. Die Therapiehäufigkeit bestehe zwei bis fünf Mal pro Quartal. Dies sei keinesfalls mit einer Dialyse-Behandlung oder onkologischen Strahlentherapie bzw. Chemotherapie vergleichbar und führe auch nicht zu einer Beeinträchtigung des Klägers. Der ärztliche Entlassbericht aus den W.-Kliniken aus dem Jahr 2000 wurde beigelegt.

Der Allgemeinmediziner Dr. T. hat dem Senat am 23.05.2006 mitgeteilt, er bescheinige dem Kläger, dass dieser unter starken Schmerzen und täglichen Schwindelanfällen bei Übelkeit und starker Deformität der gesamten Wirbelsäule, insbesondere der Halswirbelsäule bei Zustand nach Atlasteilresektion leide. Er erscheine stets in gebückter und gekrümmter Haltung bei nahezu aufgehobener Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Der Kläger erscheine bei ihm in regelmäßigen Abständen ein bis zweimal wöchentlich zur lokalen Schmerztherapie. Zusätzlich nehme er ein bis zweimal wöchentlich an chirotherapeutischen Behandlungen anderer Ärzte teil. Die Unerträglichkeit seines Leidens sei auch bei akzentuierter Persönlichkeit glaubhaft und nachvollziehbar. Die Arztbesuche dienten einer Linderung seiner augenscheinlichen Beschwerden.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#)) ist zulässig, sie ist insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden und statthaft ([§ 151 Abs. 1](#) und [§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#)). Die Berufung ist jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme von Fahrtkosten für ambulante Behandlungen über den 31.10.2004 hinaus.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens sind noch Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen ab dem 01.11.2004. Für die Zeit zuvor, die der Kläger in seinem Schriftsatz vom 17.07.2006 nochmals ausgezahlt verlangt, hat er bereits eine Zusage der Beklagten auf Zahlung (Bescheid vom 11.06.2004, Teilerkenntnis vom 22.06.2006). Da die Kosten für Medikamente nicht Gegenstand des Widerspruchsbescheids waren, sind sie auch nicht Gegenstand des hiesigen Verfahrens. Eine Klageerweiterung ist wegen der damit verbundenen völlig anderen rechtlichen Fragestellungen im Sinne von [§ 99 Abs. 1 SGG](#) nicht sachdienlich.

Nach [§ 2 Abs. 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug einer Eigenbeteiligung nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) festgelegt hat. Nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) gilt, dass der

Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Verordnung von Krankentransporten im Rahmen der Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschließt. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten (Krankentransport-Richtlinien) in der Fassung vom 22.01.2004, in Kraft getreten am 01.01.2004 (BAnz. Nr. 18, S. 1342, geändert BAnz. 2004 Nr. 183, S. 21157), sehen vor, dass Krankentransportleistungen mit Taxen grundsätzlich durchgeführt werden können (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Krankentransport-Richtlinie). Die Verordnung durch den Vertragsarzt (§ 1 Abs. 1 Satz 2 der Richtlinie) ist nach § 7 Abs. 2 der Krankentransport-Richtlinie nur für Fahrten zu stationären Leistungen, vor- oder nachstationären Behandlungen oder einer ambulanten Operation sowie deren Vor- und Nachbehandlung zulässig. Fahrten zu sonstigen ambulanten Behandlungen, wie sie der Kläger verlangt, sind damit grundsätzlich nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst.

In besonderen Ausnahmefällen können nach § 8 Abs. 1 der Krankentransport-Richtlinien auch Fahrten zur ambulanten Behandlung bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Voraussetzung für eine Verordnung und eine Genehmigung sind nach Absatz 2 dieser Vorschrift, 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 Krankentransport-Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Anlage 2 listet die Dialysebehandlung, eine onkologische Strahlentherapie und die onkologische Chemotherapie auf. Keine dieser drei Behandlungen wird am Kläger durchgeführt. Er ist auch nicht mit Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" schwerbehindert oder in Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft, so dass eine Ausnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 1 Krankentransport-Richtlinien ausscheidet. Allein die Anerkennung als Schwerbehinderter mit Merkzeichen "G" genügt nicht.

Eine Verordnung und Genehmigung von Krankentransporten mit dem Taxi zu ambulanten Behandlungen wäre danach nur rechtlich zulässig, wenn der Kläger mit einem durch eine der Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder Chemotherapie vergleichbar schwerwiegenden Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt würde, das eine ähnlich hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufwies und diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Kläger in einer Weise beeinträchtigte, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich wäre. Bei dem Kläger liegt ein solcher Ausnahmefall entgegen der ursprünglichen Annahme von Dr. T. nicht vor, denn er hat keine vergleichbar schwere Grunderkrankung. Es mag zutreffen, dass der Kläger sich, wie vorgetragen, aufgrund seiner orthopädischen Beschwerden in regelmäßige Schmerzbehandlung bei Dr. T. begeben hat. Eine tatsächlich vorgenommene regelmäßige ärztliche Versorgung von Erkrankungen allein berechtigt aber noch nicht zum Krankentransport zu ambulanten Behandlungen. Die Unerlässlichkeit der Krankentransporte ist erst bei schweren Krankheiten mit notwendig hoher Behandlungsfrequenz gegeben. Daran fehlt es nach der Überzeugung des Senats.

Zwar leidet der Kläger an einer Spondylarthrose mit Bewegungseinschränkung bei neurotisch fixierter kyphoseähnlicher Fehlhaltung, die gelegentliche Konsultationen bei Ärzten erforderlich macht. Die notwendige Therapiehäufigkeit wird vom Kläger aber nach Aussage des regelmäßig behandelnden Hausarztes Dr. R. aufgrund seiner psychischen Verfassung massiv überschätzt. Dieser Einschätzung hat sich der vertretungsweise tätig gewordene Allgemeinmediziner Dr. B. unter Hinweis auf den Entlassbericht aus den W.-Kliniken angeschlossen. Hier war ein schweres neurotisches Fehlverhaltensmuster diagnostiziert worden. Die Indikation zu schmerzstillenden Spritzen wurde als "kritisch zu überprüfen" angegeben. Die Behandlungshäufigkeit ist nach Ansicht der Dres. R. und B. sehr viel geringer als bei Krebsnachsorgebehandlungen oder Dialysen (als Vergleichsmaßstab) und beträgt nur zwei bis fünf Behandlungen pro Quartal statt der vom Kläger in Anspruch genommenen mehrmaligen Arztbesuche pro Woche. Der Senat schließt sich den Einschätzungen der Dres. R. und B. an, denn sie stimmen mit dem Entlassbericht aus den W.-Kliniken überein, wo der Kläger für längere Zeit beobachtet und behandelt worden ist und wo eine kritische Überprüfung der angegebenen Beschwerden stattfand, die Dr. T. vermissen lässt. Dr. T. attestierte dem Kläger zwar im Verwaltungsverfahren die Notwendigkeit von Beförderungsfahrten mit dem Taxi, bei der Befragung durch das Gericht war er aber erheblich zurückhaltender und hat - statt auf die konkreten Fragen des Senats nach der Notwendigkeit der Behandlungsfrequenz und ihrer Vergleichbarkeit mit den Erkrankungen nach Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien zu antworten - nur betont, die Unerträglichkeit des Leidens des Klägers sei glaubhaft und die Arztbesuche dienten der Linderung seiner augenscheinlichen Beschwerden. Es mag zutreffen, dass der Kläger subjektiv mehrmalige Behandlungen und schmerzstillende Injektionen in der Woche für notwendig hält; ihre objektive Indikation lässt sich für den Senat jedoch nach dem Beweisergebnis nicht feststellen. Fehlt es damit aber an einer nachgewiesenen schweren Grunderkrankung mit hoher (notwendiger) Behandlungsfrequenz, können Taxifahrten zur ambulanten ärztlichen Betreuung nicht ausnahmsweise von der Krankenkasse übernommen werden.

Sollte der Kläger tatsächlich im Einzelfall eine akute und massive Verschlimmerung seines Zustandes oder den von ihm befürchteten Unfall erleiden, so können hinsichtlich der Kostenübernahme die Regelungen in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2](#) und 3 SGB V von Bedeutung sein, wonach für Rettungsfahrten mit dem Rettungswagen oder dem Notarztwagen bzw. für Krankentransporte die Fahrtkosten getragen werden.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Sie berücksichtigt, dass der Kläger mit seinem Begehren für einen kleinen Teil (10.07.2004 bis 31.10.2004) des ursprünglich streitbefangenen Zeitraums erfolgreich war und die Beklagte insoweit ein Teilanerkennnis abgegeben hat.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-09-14