

L 5 KR 4697/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 3590/09
Datum
29.06.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 4697/10
Datum
18.06.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 29.06.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch des Klägers auf Erstattung und künftige Übernahme der Kosten für Fahrten zu ambulanten immunsuppressiven (Azathioprin-) und Infliximab-Behandlungen einer Colitis ulcerosa.

Der 1959 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er leidet u.a. an einer im Jahr 2008 erstmals diagnostizierten Colitis ulcerosa. Nach einer stationären Behandlung in der Universitätsklinik U. vom 31.03.2009 bis zum 09.04.2009 ist er dort seit 22.04.2009 in ambulanter Behandlung, und führt seitdem eine Infusions-Therapie mit Infliximab, in den Monaten Juli bis Oktober 2009 abgelöst durch eine immunsuppressive Therapie mit Azathioprin, durch. Der Kläger war im Jahr 2009 in den Monaten April, Juni, Juli, September und Oktober jeweils einmal zur Therapie in U., in den Monaten Mai, August und Dezember jeweils zweimal. In der Zeit von Januar 2010 bis Juni 2011 nahm er Behandlungstermine in monatlicher Frequenz wahr, wobei in den Monaten Februar und November 2010 sowie Januar 2011 keine Behandlungen erfolgten. Der Kläger hat zuletzt angegeben, die Behandlungstermine hätten sich auf sechswöchig eingependelt.

Am 16.10.2009 ging bei der Beklagten die "Bescheinigung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit einer Krankentransportfahrt" mit Datum vom 09.10.2009 ein, ausgestellt von den Hausärzten des Klägers. Darin wird eine Beförderung des Klägers vom Wohnort I. zur Universitätsklinik U. (und zurück) mit dem Privat-PKW aus Anlass der dort ambulant erfolgenden Behandlung wegen erworbener einseitiger Blindheit als Komplikation einer Grunderkrankung als erforderlich bezeichnet. Einer Begleitperson bedürfe es nicht. Die Beförderung sei zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich. Das Therapieschema weise eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum auf; der Kläger sei in seiner Mobilität beeinträchtigt und bedürfe über einen längeren Zeitraum der ambulanten Behandlung. Beigefügt waren Bescheinigungen der Universitätsklinik U. über erfolgte ambulante Behandlungen am 22.04., 26.05., 27.05., 10.06., 15.07., 19.08., 26.08. und 09.09.2009.

Auf telefonische Nachfrage beim behandelnden Arzt der Universitätsklinik U. (Dr. N.) erhielt die Beklagte die Auskunft, dass es sich um keine Chemotherapie handele. Die Behandlung erfolge monatlich, dauere über ein Jahr und könne nicht vom Hausarzt durchgeführt werden.

Mit Bescheid vom 26.10.2009 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab.

Dagegen erhob der Kläger am 05.11.2009 Widerspruch. Es gebe in seiner näheren Umgebung keine Möglichkeit, diese Therapie durchzuführen. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.12.2009 wurde der Widerspruch von der Beklagten zurückgewiesen. Die Krankenkasse übernehme Fahrtkosten nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen. Ein solcher Ausnahmefall im Sinne der Krankentransport-Richtlinien liege vor, wenn eine Behandlung mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema erfolge, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweise (1x wöchentlich über mindestens drei Monate oder 2x wöchentlich über mindestens sechs Wochen) und wenn diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtige, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich sei. Fahrten zur Krankenbehandlung könnten ferner genehmigt werden, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG (außergewöhnlich

gehbehindert), BI (blind) oder H (hilflos) vorliege oder eine Einstufung in die Pflegestufen 2 oder 3 erfolgt sei. Diese Voraussetzungen seien beim Kläger nicht gegeben.

Am 23.12.2009 erhob der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Konstanz, mit der er einen Anspruch auf Kostenerstattung auch im Hinblick auf Fahrten bei ambulanter Behandlung am 09.12.2009, 23.12.2009 und 19.01.2010 geltend machte sowie auf künftige Übernahme solcher Fahrkosten für die Dauer der Therapie. Er ließ vortragen, es liege eine zwingende medizinische Notwendigkeit zur Übernahme von Fahrkosten vor. Die Kostenübernahme sei im Vorfeld beantragt worden, ihm sei auf seine Anfrage hin das Formular für die "zwingende medizinische Notwendigkeit der Übernahme von Fahrtkosten" zugeleitet worden. Er habe dies von seinem Hausarzt ausfüllen lassen und der Beklagten übersandt. Es sei keine Institution am B. bekannt, die eine Infliximab-Therapie durchführen könne.

Das Sozialgericht zog Behandlungsberichte der Universitätsklinik U. bei, u.a. einen Bericht vom 09.12.2009, in dem darauf hingewiesen wurde, dass die Fahrtüchtigkeit des Klägers bei entgleistem Diabetes mellitus und Blindheit auf dem linken Auge eingeschränkt sei, weshalb aktives Lenken eines Fahrzeugs aktuell nicht empfohlen werden könne.

Mit Urteil vom 29.06.2010 wies das Sozialgericht die Klage ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung und Übernahme der Kosten für Pkw-Fahrten von seinem Wohnort I. nach U. und zurück zur ambulanten Infliximab- (und Azathioprin-)Behandlung. Nach [§ 60 Abs. 1 S. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) übernehme die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach [§ 61 S. 1 SGB V](#) ergebenden Betrages (Zuzahlung) nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 SGB V](#) festgelegt habe. Soweit es um die Kosten bereits erfolgter Fahrten gehe, ergebe sich ein etwaiger Anspruch auf Kostenerstattung trotz des Wortlauts der Vorschrift ("übernimmt") unmittelbar aus [§ 60 SGB V](#), weshalb ein Rückgriff auf die Regelungen über die Naturalleistungsersetzung der Kostenerstattung ([§ 13 Abs. 3 SGB V](#)) entbehrlich sei (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 28.07.2008 - [B 1 KR 27/07 R](#)). Soweit es um die Kosten künftiger Fahrten gehe, sei das Begehren des Klägers auf Kostenfreistellung gerichtet. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung bzw. Kostenübernahme seien nicht erfüllt. Die "Ausnahmefälle" habe der Gemeinsame Bundesausschuss gem. [§§ 60 Abs. 1 S. 3, 92 Abs. 2 Nr. 12 SGB V](#) in § 8 Abs. 2 und 3 Krankentransport-Richtlinien festgelegt. Diese Richtlinien enthielten grundsätzlich eine gesetzeskonforme Konkretisierung der Ausnahmen im Sinne des [§ 60 Abs. 1 S. 2 SGB V](#); die Beschränkung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen abgeschlossenen Katalog sei grundsätzlich verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BSG, Urteil vom 26.09.2006 - [B 1 KR 20/05 R](#) -). Nach dem im Falle des Klägers allein in Betracht kommenden § 8 Abs. 1 Krankentransport-Richtlinien könnten in besonderen Ausnahmefällen vom Vertragsarzt verordnete Fahrten zur ambulanten Behandlung "bei zwingender medizinischer Notwendigkeit" nach vorheriger Genehmigung von der Krankenkasse übernommen werden. Voraussetzung für die Verordnung und Genehmigung sei nach § 8 Abs. 2 S. 1 Krankentransport-Richtlinien, "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 Schäden an Leib und Leben unerlässlich ist". Diese Voraussetzungen seien in den in Anlage 2 der Richtlinien genannten Ausnahmefällen erfüllt, wobei diese Liste nicht abschließend sei (§ 8 Abs. 2 S. 2 und 3 Krankentransport-Richtlinien). Nach Anlage 2 seien Ausnahmefälle gem. § 8 in der Regel Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie. Nach der Rechtsprechung des BSG sei die - gesetzeskonforme - Konkretisierung der Ausnahmen nach [§ 60 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) durch die Krankentransport-Richtlinien nicht aufgrund ranghöheren Rechts erweiternd auszulegen. Mit der Änderung des [§ 60 SGB V](#) zum 01.01.2004 habe der Gesetzgeber vielmehr stärker als zuvor auf die medizinische Notwendigkeit der im Zusammenhang mit der Kassenleistung erforderlichen Fahrt abgestellt und die Möglichkeit der Krankenkassen, Fahrkosten generell in Härtefällen zu übernehmen, verfassungskonform beseitigt (BSG, Urteil vom 28.07.2008 - [B 1 KR 27/07 R](#) - m.w.N.). Das Vorliegen des Tatbestandsmerkmals "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" im Sinne von § 8 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinien sei danach zu bestimmen, ob die Behandlung, zu deren Ermöglichung die Fahrten durchgeführt werden sollten, mit den in der Anlage 2 der Richtlinien genannten anderen Behandlungsformen von ihrem zeitlichen Ausmaß her wertungsmäßig vergleichbar sei; dabei sei die Häufigkeit einerseits und die Gesamtdauer andererseits gemeinsam zu den Regelbeispielen in Beziehung zu setzen. Somit müsse sich die Auslegung an den in Anlage 2 der Richtlinien genannten Beispielen der Dialysebehandlung, der onkologischen Strahlentherapie sowie der onkologischen Chemotherapie orientieren. Eine Bezifferung des Tatbestandsmerkmals "hohe Behandlungsfrequenz" sei mit der Begründung, dass eine konkrete Zahl nicht sachgerecht gewesen wäre, bewusst unterblieben. Dies liege in erster Linie daran, dass bestimmte Krankheiten über einen kurzen Zeitraum in sehr hoher Frequenz und andere Krankheiten über einen sehr langen Zeitraum in mittlerer Frequenz behandelt werden müssten (vgl. BSG, Urteil vom 28.07.2008 - [B 1 KR 27/07 R](#)). Der in der Universitätsklinik U. ambulant erfolgenden Infliximab-/Azathioprin-Behandlung fehle es an dem Erfordernis einer hohen Behandlungsfrequenz. Denn das zeitliche Ausmaß der Behandlung des Klägers sei mit den in Anlage 2 der Richtlinien genannten Ausnahmefällen in ihrem zeitlichen Ausmaß nicht vergleichbar. Die dort genannten Ausnahmefälle (onkologische Strahlen- oder Chemotherapie, Dialyse) erforderten in der Regel eine wöchentlich mehrfache Behandlung über einen Zeitraum von mehreren Monaten. Eine ambulante Behandlung, die dauerhaft regelmäßig notwendig sei, führe bei wöchentlicher Frequenz zu einer den Beispielfällen entsprechenden Belastung (BSG, Urteil vom 28.07.2008 - [B 1 KR 27/07 R](#)). Im Falle des Klägers erstreckten sich die Behandlungszyklen jeweils über mehrere Monate, wobei innerhalb der Zyklen Behandlungen ein- bis zweimal monatlich erfolgen. Diese Behandlungsfrequenz liege auch unter Berücksichtigung dessen, dass die Behandlung auf unabsehbare Zeit und damit "dauerhaft" erforderlich sein werde, deutlich unterhalb der Behandlungsfrequenz der Regelbeispiele in Anlage 2 der Richtlinien. Im Falle des Klägers dürfe zudem nicht außer Betracht gelassen werden, dass nach den vorliegenden ärztlichen Unterlagen nicht die Behandlung der Colitis ulcerosa selbst oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf dazu führe, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich sei, sondern dass hierfür andere gesundheitliche Einschränkungen verantwortlich seien, nämlich Diabetes mellitus und Blindheit des linken Auges.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 13.09.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 05.10.2010 Berufung eingelegt, die er zunächst nicht begründet hat.

Die Berichterstatterin hat die Beteiligten mit Schreiben vom 13.05.2011 darauf hingewiesen, dass der Senat die Berufung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG- zurückweisen kann, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, und dass diese Vorgehensweise beabsichtigt sei.

Mit Schreiben vom 06.06.2011 hat der Kläger seine Berufung begründen und vortragen lassen, die Wertung des Sozialgerichts, die

Behandlungsfrequenz der bei ihm durchgeführten Therapie sei mit den in den Krankentransport-Richtlinien genannten Ausnahmefällen nicht vergleichbar, begegne Bedenken. Das BSG stelle in seiner Entscheidung vom 28.07.2008 ([B 1 KR 27/07 R](#)) auch auf die gesamte Dauer der Behandlung ab. Da er die Behandlung lebenslang durchführen müsse, sei das Merkmal der hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum erfüllt. Auch sei die Notwendigkeit der Beförderung entgegen der Auffassung des Sozialgerichts nicht durch den Diabetes und die Blindheit des linken Auges begründet. Er benötige für die Therapie regelmäßig einen Zeitraum von drei Stunden. Die Behandlung sei körperlich außerordentlich belastend. Er sei danach jeweils völlig erschöpft. Diese Umstände seien mit einer Dialyse-Behandlung vergleichbar.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 29.06.2010 und den Bescheid der Beklagten vom 26.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die ab April 2009 bis Juli 2011 angefallenen Kosten für Pkw-Fahrten zu ambulant verabreichten Infliximab-Infusionen in Höhe von 1.543,88 EUR zu erstatten und die Fahrkosten künftig für die Dauer der Therapie zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat weitere Ermittlungen angestellt und den behandelnden Arzt der Universitätsklinik U. zu der Infusionstherapie und ihren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Klägers befragt. Dr. K. teilte in seiner Stellungnahme vom 27.06.2011 mit, dass in der Zeit von 02-06/2006 eine Induktionsphase 1 der Infliximab-Therapie stattgefunden habe, dass in der Zeit von 10/2009 bis 07/2010 eine Reinduktion und Erhaltungstherapie durchgeführt worden sei sowie seit 04/2011 eine erneute Reinduktion. Die Induktionstherapie erfolge initial 0/2/6 Wochen, Reinduktionen jeweils 0/4/8 Wochen, die Erhaltungstherapie alle 8 Wochen. Derzeit sei nach erfolgreicher Reinduktion eine Erhaltungstherapie alle 8 Wochen vorgesehen. Die Therapie könne prinzipiell auch wohnortnah durchgeführt werden, eine Klinik oder Praxis im B.raum, die diese Therapie durchführe, sei aber nicht bekannt. Eine zwingende Beförderung des Klägers zu den Behandlungsterminen sei nicht erforderlich. Allerdings könne die zugrunde liegende Erkrankung (Colitis ulcerosa) zu einem stark wechselnden Beschwerdebild führen. Phasen subjektiven Wohlbefindens könnten sich mit Phasen hoher Krankheitsaktivität (Bauchschmerzen, Diarrhöe, Leistungs- und Konzentrationsschwäche) abwechseln, die von Termin zu Termin gegebenenfalls eine Begleitung oder Beförderung durch Angehörige notwendig machen könnten. Aufgrund der Beschwerden sei in diesem Fall eine Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar.

Die Berichterstatterin hat die Beteiligten mit Schreiben vom 07.07.2011 und vom 15.03.2013 darauf hingewiesen, dass der Senat die Berufung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#) zurückweisen kann, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, und dass diese Vorgehensweise beabsichtigt sei.

Der Kläger hat hierzu mit Schreiben seines Prozessbevollmächtigten vom 22.04.2013 erneut darauf hinweisen lassen, dass für die Beurteilung der Behandlungsfrequenz berücksichtigt werden müsse, dass die Therapie lebenslänglich nunmehr mit einer Frequenz von sechs Wochen durchzuführen sei. Dies belaste ihn mehr als jede kurzfristige oder zumindest zeitlich befristete Behandlung mit höherer Frequenz.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

II.

Der Senat weist die Berufung des Klägers durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zurück, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme hierzu. Das Schreiben des Kläger-Vertreters vom 22.04.2013 hat dem Senat keine Veranlassung gegeben, von dieser Verfahrensweise abzuweichen.

Die Berufung des Klägers ist nach [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht mit Urteil vom 29.06.2010 abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten zu den Behandlungsterminen für die Infliximab-Infusionsbehandlungen an der Universitätsklinik U ... Die Beklagte hat die Kostenübernahme zu Recht mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 26.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2009 abgelehnt.

Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1](#) des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (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. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ([§ 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages 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 ([§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)).

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1](#) der Krankentransport-Richtlinien (KT-RL) können in besonderen Ausnahmefällen auch Fahrten zur ambulanten Behandlung bei zwingender Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden; sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 KT-RL](#)).

Für die vor dem 16.10.2009 erfolgten Behandlungen fehlt es schon an der vorherigen Genehmigung durch die Beklagte. Der Kläger hat unter Vorlage der Bestätigungen über ambulante Behandlungen vom 22.04.2009 bis zum 09.09.2009 die Übernahme der Fahrtkosten für

diese Behandlungen erst am 16.10.2009 bei der Beklagten geltend gemacht. Es ist nicht ersichtlich, warum ihm dies nicht zu einem früheren Zeitpunkt möglich gewesen sein sollte, zumal er vorgetragen hat, das entsprechende Formular schon früher von der Beklagten angefordert zu haben. Es wäre an ihm gewesen, dieses auch rechtzeitig vor Durchführung der Behandlungen bei der Beklagten einzureichen.

Aber auch für die nach dem 16.10.2009 durchgeführten Infusionsbehandlungen sind die Voraussetzungen des § 8 KT-RL nicht erfüllt.

Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung der Krankenfahrten sind nach Abs. 2

– 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 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt (Abs. 2 Satz 2). Diese Liste ist nicht abschließend (Abs. 2 Satz 3). In der Anlage 2 heißt es, Ausnahmefälle gemäß § 8 seien in der Regel die Dialysebehandlung, die onkologische Strahlentherapie und die onkologische Chemotherapie.

Der Senat teilt die Auffassung des Sozialgerichts, dass es für die Behandlung des Klägers an dem Erfordernis einer "hohen Behandlungsfrequenz" i.S.d. § 8 Abs. 2 KT-RL fehlt. Die Voraussetzung einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bezieht sich nach § 8 Abs. 2 KT-RL auf das durch die Grunderkrankung vorgegebene Therapieschema. Ein Therapieschema erfordert ein Muster, das die Behandlung von vorneherein in festgelegte Phasen und Schritte einteilt (vgl. hierzu LSG Sachsen-Anhalt, Urte. v. 17.06.2010 – [L 10 KR 1/09](#) – in juris sowie Waßer in juris-pk, § 60 Rn. 78). Die Infliximab-Behandlung unterliegt nach den Feststellungen des Senats zwar einem Therapieschema, aber nicht von hoher Frequenz. Nach der Stellungnahme von Dr. K. sind beim Kläger nach dem 16.10.2009 Infusionen im Rahmen der sogenannten Reinduktionstherapie und Erhaltungstherapie in der Zeit von 10/2009 bis 07/2010 durchgeführt worden und ab 04/2011 eine erneute Reinduktionstherapie mit anschließender Erhaltungstherapie. Die Behandlungsfrequenz hat Dr. K. mit 0/4/8 in der Phase der Reinduktionstherapie angegeben, in der Erhaltungsphase mit achtwöchigem Rhythmus. Nach dem Behandlungsbericht vom 16.06.2011 wurde die Erhaltungstherapie in der Zeit von 10/2009 bis 07/2010 zuletzt alle vier Wochen wegen beginnenden Wirkverlusts durchgeführt. Nach diesen Angaben sind kürzere Behandlungsintervalle als vierwöchige Abstände nicht gegeben. Zum Teil erfolgten auch Behandlungsunterbrechungen, so etwa im Februar 2010 (kein Nachweis über ambulante Behandlung) oder in der Zeit zwischen August 2010 bis März 2011, in der nach den Angaben von Dr. K. in seiner Stellungnahme und nach dem Behandlungsbericht vom 16.06.2011 keine Infusionstherapie erfolgt ist. Die für diesen Zeitraum vorgelegten Nachweise über ambulante Behandlungen betrafen Vorstellungen in der CED Sprechstunde, ohne dass aber Infusionsbehandlungen durchgeführt worden sind. Zuletzt hat der Kläger angegeben, die Behandlungsfrequenz habe sich auf sechswöchige Abstände eingependelt. Die Behandlungsfrequenz ist damit nicht hoch i.S.v. § 8 Abs. 2 KT-RL. Das BSG hat in seinem Urteil vom 28.07.2008 ([B 1 KR 27/07 R](#) – in juris), auf das sich auch der Kläger beruft, bei einer wöchentlichen Behandlungsfrequenz auf unbestimmte Zeit eine hohe Behandlungsfrequenz im Hinblick auf den langen Behandlungszeitraum bejaht. Dies kann bei einer maximal vierwöchigen bis achtwöchigen Frequenz, bei der es auch zu – zum Teil mehrmonatigen – Behandlungsunterbrechungen gekommen ist, nicht mehr angenommen werden (so auch für monatliche Kontrolluntersuchungen bei unabsehbarem Zeitraum: LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 23.01.2013 – [L 4 KR 17/10](#) – in juris; Thüringer LSG, Urteil vom 26.06.2012 – [L 6 KR 401/09](#) – in juris, für monatliche Kontrolluntersuchungen in einer proktologischen Sprechstunde nach einer Operation; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 17.08.2006 – [L 5 KR 65/06](#) – in juris für Kontrolluntersuchungen nach Herztransplantation in achtwöchigen Abständen).

Auch der Umstand, dass die Therapie mit Infliximab nicht wohnortnah durchgeführt werden kann, führt nicht zu einem Kostenerstattungsanspruch des Klägers. Die Kostenbelastung des Klägers durch die Absolvierung der Wegstrecke nach U. resultiert nicht aus den Belastungen durch die ambulante Behandlung als solche, sondern aus der Fahrstrecke und seinen wirtschaftlichen Verhältnissen. Gerade diese Gesichtspunkte sind aber für die Kostenübernahme, die sich nicht – mehr – an Härtefallkriterien zu orientieren hat, nicht maßgeblich (vgl. Waßer, jurisPK-SGB V 2. Auflage 2012 Stand: 28.12.2012 RdNr. 77). Das BSG hat bereits im Urteil vom 26.09.2006 (– [B 1 KR 20/05 R](#) – in juris) darauf abgestellt, dass nach dem Willen des Gesetzgebers mit der Änderung des [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) im GKV-Modernisierungsgesetz die Möglichkeit für Krankenkassen ausgeschlossen werden sollte, Fahrkosten zur ambulanten Behandlung bereits generell in Härtefällen zu übernehmen. Mit der Änderung des Satzes 1 in Abs. 1 werde stärker als bisher auf die medizinische Notwendigkeit der im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Krankenkassenleistung erforderlichen Fahrt abgestellt. Situationen, in denen letztlich nicht medizinische, sondern lediglich finanzielle Gründe der Patienten ausschlaggebend seien, sollten danach gerade nicht mehr zu einer Übernahme der Fahrkosten führen. Auch liegt beim Kläger keine ganz besonders seltene Erkrankung vor, die etwa bundesweit nur an einem Behandlungsort therapiert werden könnte, so dass unter diesem Gesichtspunkt die Anforderungen an die Behandlungsfrequenz nicht herabzusetzen sind.

Zudem fehlt es auch an der weiteren Voraussetzung der medizinischen Erforderlichkeit der Krankenfahrt. Eine derartige medizinische Notwendigkeit der Krankenfahrten vermag der Senat nach der Stellungnahme von Dr. K. nicht festzustellen. Zwar hat der Kläger im Berufungsverfahren geltend gemacht, er sei nach der Infusionsbehandlung körperlich äußerst erschöpft, ähnlich wie Patienten nach einer Dialysebehandlung. Dies hat sich durch die Anfrage bei Dr. K. aber nicht bestätigt. Dieser hat eine zwingende Beförderung des Klägers zu den Behandlungsterminen nicht für erforderlich gehalten. Körperliche Beeinträchtigungen, die eine Begleitung durch Angehörige im Einzelfall erforderlich machen könnten, hat er nur aufgrund der Ausprägung der Grunderkrankung in Phasen hoher Krankheitsaktivität beschrieben, nicht aber als Folge der Infusionsbehandlung. Schon der Hausarzt hatte in seiner Erklärung vom 09.10.2009 angegeben, dass eine Begleitperson nicht erforderlich sei. Der Kläger muss sich deshalb darauf verweisen lassen, gegebenenfalls im Einzelfall, wenn akute Beeinträchtigungen durch die Grunderkrankung seine Beförderung und die Begleitung durch einen Angehörigen erforderlich machen – sofern eine Wahrnehmung der Infusionstermine nicht ohnehin bereits an dieser akuten Erkrankung scheitert – , für derartige Einzelfälle die Kostenübernahme der Krankenfahrten bei der Beklagten geltend zu machen. Eine generelle Verpflichtung der Beklagten zur Kostenübernahme der Fahrtkosten zu allen Behandlungsterminen folgt daraus aber gerade nicht.

Die Berufung des Klägers konnte deshalb keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-07-03