

L 4 KR 196/08

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 KR 67/08
Datum
01.07.2008
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 196/08
Datum
06.05.2009
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Zu den Erstattungsmöglichkeiten bei Krankenfahrten ([§ 60 SGB V](#) i.V.m. den Krankenhaustransportrichtlinien).
Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 1. Juli 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.
Streitig ist, ob der Kläger Anspruch auf Erstattung von Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen hat.
Der 1964 geborene, in A-Stadt wohnende Kläger ist als Rentner bei der Beklagten versichert. Er leidet an einer HIV-Infektion mit den Begleitkrankheiten arterielle Hypertonie, Asthma bronchiale, reaktive Depression, Schlafapnoe-Syndrom, degeneratives Wirbelsäulensyndrom und Fettverteilungsstörung durch antivirale Therapien. Er hat mit Schreiben vom 25.11.2007 bei der Beklagten die Übernahme der Fahrkosten zum Facharzt nach N. in Höhe von 42,00 Euro monatlich beantragt. Es gebe in A-Stadt keine geeigneten niedergelassenen Fachärzte, so dass er gezwungen sei, auf N. auszuweichen. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 29.11.2007 den Antrag auf Erstattung von Fahrkosten mit der Begründung abgelehnt, Fahrten zur ambulanten Behandlung könnten laut Gesetz nicht übernommen werden. Den hiergegen eingelegten Widerspruch begründete der Kläger damit, es gebe dort keine gleichwertige Facharztpraxis, wie sie in N. von Dr. A. betrieben werde. Mit weiterem Bescheid vom 19.03.2008 lehnte die Beklagte die beantragte Erstattung der Fahrkosten erneut ab und wies darauf hin, dass beim Kläger die Ausnahmeregelungen zur Kostenerstattung nicht vorliegen. Die Beklagte holte vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) ein Gutachten zur medizinischen Notwendigkeit der Behandlung des Klägers in N. ein. Dr. H. kam dabei zu dem Ergebnis, sämtliche Krankheiten des Klägers könnten medizinisch adäquat in A-Stadt behandelt werden. Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28.04.2008 zurück.
Bereits am 13.03.2008 ging Klage beim Sozialgericht Würzburg ein. Am 31.03.2008 erklärte der Kläger zur Niederschrift beim Sozialgericht Würzburg, die Beklagte habe mitgeteilt, sie sei unzuständig, er solle sich an das Sozialamt wenden. Weiter gibt der Kläger an, durch Behandlungen in der Universitätsklinik A-Stadt sei er medikamentenabhängig gemacht worden. Er lehne die Behandlung dort ab. Die Fahrt koste einfach 18,80 Euro nach N., die U-Bahn-Fahrt 2,20 Euro. Daraus errechne sich der Betrag von 42,00 Euro für Hin- und Rückfahrt. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 01.07.2008 wies das Sozialgericht den Kläger darauf hin, dass hepathologische Schwerpunktpraxen auch in F., S. und Bad K. ausgewiesen seien. Darüber hinaus gebe es Ambulanzen in der Universitätsklinik A-Stadt, in der Missionsärztlichen Klinik A-Stadt und in K ... Der Kläger hat angegeben, der behandelnde Arzt habe ihm gegenüber geäußert, dass vergleichbare Behandlungen nur in Frankfurt, München oder Stuttgart vorgenommen werden könnten.
Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 01.07.2008 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Übernahme der geltend gemachten Fahrkosten durch die Beklagte. Der Kläger habe seine Klage zwar zutreffend auf die Zeit nach der Antragstellung beschränkt, da eine Kostenübernahme ohnehin erst nach vorheriger Genehmigung möglich wäre. Aus den gesetzlichen Bestimmungen ergebe sich jedoch, dass der Gesetzgeber Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen grundsätzlich nicht mehr als Kassenleistung ansehen wolle, außer wenn besonders erhöhte Belastungen durch eine regelmäßige Behandlung in hoher Behandlungsfrequenz erfolgt. Dies ergebe sich aus [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach die Krankenkassen die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach [§ 133 SGB V](#) übernehme, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig seien. Hierzu führe Satz 3 aus,

dass die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen übernehme, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 (Krankenhaustransport-Richtlinien) festgelegt habe. Eine weitere Anspruchsgrundlage könnte bestehen, wenn durch die ambulante Krankenbehandlung eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden werde. Beim Kläger liege keine dieser Voraussetzungen vor. Eine HIV-Kontrollbehandlung falle auch nicht unter den vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufgestellten Ausnahmekatalog. Es handele sich auch nicht um vergleichbare Fälle, es fehle an der notwendigen hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum. Es reiche keinesfalls aus, dass eine Behandlung ca. einmal im Quartal notwendig sei. Die bisher explizit zugelassenen Ausnahmefälle hätten alle eine Behandlungsfrequenz von mehrmals in der Woche gehabt. Damit gebe es keine gesetzliche Grundlage für eine Kostenübernahme durch die Beklagte.

Gegen die Entscheidung richtet sich die Berufung des Klägers, die dieser zur Niederschrift am 01.08.2008 eingelegt hat. Zur Begründung führt der Kläger mit Schreiben vom 02.09.2008 aus, er sei von dem ehemaligen Leiter der Fachabteilung HIV an der Uni A-Stadt an die Arztpraxis Dr. A. nach N. überwiesen worden. Daher verstehe er nicht, weshalb der Medizinische Dienst jetzt vorschreibe, dass er wieder an die Uni A-Stadt solle. Er habe zur Uni A-Stadt kein Vertrauen in Sachen HIV, da dort jedes Mal andere Ärzte anwesend seien sowie auch Pflegepersonal, dies sei nicht gerade vertrauenswürdig. Bei der Arztpraxis Dr. A. habe er ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Er habe ja die ganze Zeit die Fahrkosten selbst aus eigener Tasche bezahlt, dies sei ihm leider nicht mehr möglich. Der Kläger legt zwei Atteste der Gemeinschaftspraxis Dr. A./Dr. H. vom 14. und 15.08.2008 vor. Da sie seit über 15 Jahren HIV-Patienten betreuten, sähen sie es auch in Zukunft als erforderlich an, dass die Betreuung des Klägers weiterhin durch HIV-spezialisierte Hausärzte erfolgen sollte.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 01.07.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm jeweils die Fahrkosten von A-Stadt nach N. und zurück zur erforderlichen Behandlung in der Praxis Dr. A. zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Unabhängig von den bereits vom Sozialgericht Würzburg dargestellten Gründen, wonach eine Übernahme der Fahrkosten für die hier streitgegenständlichen Behandlungen ohne hin nicht möglich sei, verweist sie im Übrigen auf die Bestimmungen des [§ 76 Abs. 2 SGB V](#), wonach, sofern ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächst erreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte oder medizinischen Versorgungszentren in Anspruch genommen werde, der Versicherte die Mehrkosten zu tragen habe. Bereits die erste Instanz habe in der mündlichen Verhandlung vom 01.07.2008 darauf hingewiesen, dass entsprechende Schwerpunktpraxen bzw. Ambulanzen sowie Klinikeinrichtungen wohnortnah für den Kläger zur Verfügung stünden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung, die form- und fristgerecht eingelegt wurde ([§ 151 SGG](#)), ist zulässig. Der Senat konnte gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, weil er eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält und die Beteiligten hierzu angehört worden sind.

Die Berufung ist unbegründet. Die Beklagte und das Sozialgericht haben zutreffend entschieden, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Übernahme der Fahrkosten nicht gegeben sind. Dies ergibt sich aus [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach die Krankenkasse nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach [§ 133 SGB V](#) übernimmt, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Solche Gründe sieht der Senat ebenso wenig wie die Beklagte und das Sozialgericht. Die Voraussetzungen des § 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) (Krankentransport-Richtlinien) i. d. F. vom 22.01.2004, zuletzt geändert am 21.12.2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 41 S. 2937 sind nicht erfüllt. Nach § 8 Abs. 1 der Richtlinien können in besonderen Ausnahmefällen auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Abs. 2 Buchstabe b und c geregelten Fälle bei medizinischer zwingender Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Bei den Fahrten des Klägers von A-Stadt nach N. handelt es sich nicht um Fahrten i. S. d. § 7 Abs. 2 Buchstabe b und c. Buchstabe b betrifft Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß [§ 115 a SGB V](#), wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann. Buchstabe c betrifft Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß [§ 115 b SGB V](#) im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung. Beim Kläger steht weder eine vor- oder nachstationäre Behandlung gemäß [§ 115 a SGB V](#) noch eine ambulante Operation gemäß [§ 115 b SGB V](#) zur Debatte. Es handelt sich lediglich um Fahrten zur ambulanten ärztlichen Behandlung nicht am Wohnort des Klägers.

Auch die in § 8 Abs. 2 und 3 der Richtlinien geregelten Ausnahmemöglichkeiten liegen nicht vor. Hierzu hat bereits das Sozialgericht überzeugend ausgeführt, dass von einer hohen Behandlungsfrequenz nicht gesprochen werden kann, wenn die Behandlung ca. einmal im Quartal vorgenommen wird. Zusätzlich sei darauf hingewiesen, dass der Senat mit Urteil vom 26.03.2009 (L 4 KR 235/07) entschieden hat, dass es sich bei einer durchschnittlich einmal monatlich stattfindenden Nachsorgeuntersuchung um keine hohe Behandlungsfrequenz handelt. Unter Hinweis auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 28.07.2008 ([B 1 KR 27/07 R](#)) hat der Senat weiter ausgeführt, dass von einer hohen Behandlungsfrequenz i. a. R nur auszugehen ist, wenn eine Behandlung mindestens einmal wöchentlich anstehe. Der Senat hält auch im Fall des Klägers an dieser Rechtsprechung fest. Die Berufung ist damit unbegründet. Daher kommt es nicht mehr darauf an, dass der Kläger seinen - neben der gewünschten Verpflichtung zur zukünftigen Zahlung - bisher angefallenen Fahrkosten, die er erstattet haben möchte, nicht beziffert und belegt hat.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Verfahrensausgang.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 1 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Als grundsätzlich sieht der Senat, anders als in der Streitsache L 4 KR 235/07, wo es um wöchentliche Krankenfahrten geht, die hier zu lösenden Streitfragen bei der geringen Frequenz der Fahrten nicht an.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-08-12