

## L 1 KR 17/08

Land  
Hamburg  
Sozialgericht  
LSG Hamburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 23 KR 35/07  
Datum  
27.03.2008  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 17/08  
Datum  
30.07.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 27. März 2008 wird zurückgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Übernahme von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen im Streit.

Der am XX.XXXXXX 1947 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Bei ihm sind aufgrund des Ausführungsbescheides vom 27. Mai 2005 des Versorgungsamtes Hamburg (Anerkenntnis vom 20. April 2005 in der Sache S 30 VS 1/04) ein Grad der Behinderung von 90 sowie die gesundheitlichen Merkmale "erhebliche Gehbehinderung (G)" und "Notwendigkeit ständiger Begleitung (B)" mit Wirkung vom 24. März 2005 anerkannt und es wird ihm aufgrund Ausführungsbescheides des Versorgungsamtes Hamburg (Opferentschädigung) vom 4. April 1997 unter Anerkennung der Schädigungsfolgen Lockerung des Kniebandapparates, unvollständig kompensierbar mit Gangunsicherheit und Ausbildung einer Arthrose des rechten Kniegelenkes sowie Narbe nach Messerstichverletzung im unteren Rückenbereich wegen eines tätlichen Übergriffs in der Hamburger S-Bahn am 30. März 1985 Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 v.H. gewährt.

Auf der Grundlage eines Bewilligungsbescheides vom 22. März 2005 für "Krankenfahrten mit dem Taxi oder Mietwagen" erhielt er von der Beklagten für die Zeit vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2005 die Kosten für "alle medizinisch notwendigen Krankenfahrten" nach ärztlicher Verordnung ohne Zuzahlung. Mit Schreiben vom 21. Juni 2005 wies ihn die Beklagte darauf hin, dass eine Fahrtkostenerstattung aufgrund einer Einzelfallentscheidung der Krankenkasse über den 31. Dezember 2005 hinaus nicht mehr möglich sei und er sich für den Zeitraum ab 1. Januar 2006 an das Versorgungsamt wenden solle. Für eine Fahrtkostenerstattung durch die Krankenkasse seien grundsätzlich eine anerkannte Schwerbehinderung von 80 % und das Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" erforderlich. Nach Vorlage eines Attestes des behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie Dr. S. vom 5. Januar 2006, in welchem dieser bescheinigte, dass der Kläger wegen einer "langjährigen Angststörung und einer anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung auf die Nutzung eines Taxis angewiesen" sei, teilte die Beklagte noch am gleichen Tag telefonisch mit, dass keine weiteren Fahrtkosten, auch nicht auf der Basis des eingereichten Attestes, übernommen würden. Mit anwaltlichem Schreiben vom 13. Februar 2006 ließ der Kläger gegen einen "Bescheid vom 21. Juni 2005" Widerspruch einlegen und beantragen, ihm über den 31. Dezember 2005 hinaus die bisherige Fahrtkostenerstattung zu gewähren. Mit Schreiben vom 24. Februar 2006 erläuterte die Beklagte, dass nach § 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransport-Richtlinien (KrankentransportRL)) Voraussetzung für eine Verordnung und eine Genehmigung entsprechender Fahrten der durch den behandelnden Arzt zu erbringende Nachweis sei, dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werde, welches eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweise, und ferner, dass diese Behandlungen 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. Ausreichend sei auch die Vorlage eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder eines Einstufungsbescheides in die Pflegestufe 2 oder 3; besitze ein Versicherter keinen solchen Nachweis, werde eine Genehmigung vorgenommen, wenn dieser von einer der aufgeführten Kriterien vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sei und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfe. Verordnungen mit derartigen Angaben seien nicht vorgelegt worden. Es werde in eine erneute Sachprüfung eingetreten, sobald dies geschehe.

Der Kläger ließ ein weiteres Attest des Dr. S. vom 29. Juni 2006 einreichen. Dort heißt es:

"Wegen einer Panikstörung und posttraumatischen Belastungsstörung (nach Überfall 1985) befindet sich Herr P. hier in kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung; Termine hier ca. 4-wöchentlich, voraussichtlich auf Dauer erforderlich. Wegen der o.g. Störung ist Herr P. nicht in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen."

Der Kläger gab des Weiteren an, dass er mindestens einmal im Quartal und bei Bedarf Fachärzte für Orthopädie und Lungenheilkunde sowie einmal jährlich einen Facharzt für Augenheilkunde konsultiere.

Daraufhin bat die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) um eine Stellungnahme. Dieser äußerte sich unter dem 7. August 2006 dahingehend, dass regelmäßige zuzahlungsfreie Fahrten mit dem Taxi zu verschiedenen Ärzten aus sozialmedizinischer Sicht auf der Grundlage des vorgelegten Attestes nicht nachvollziehbar seien. Bei einer Panikstörung und posttraumatischen Belastungsstörung – offenbar ausgelöst durch einen Überfall vor 20 Jahren – gebe es verschiedene professionelle Einrichtungen zur Therapie, die im Laufe der Jahre hätten in Anspruch genommen werden können, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausgereicht hätten. In Anbetracht der Ärztedichte in Hamburg könne ein Arzt in der näheren Umgebung ausgewählt werden.

Mit Bescheid vom 14. August 2006 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers auf Übernahme der Taxikosten zur ambulanten Behandlung unter Hinweis auf die Stellungnahme des MDK ab. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und wies darauf hin, dass seine Erkrankung derzeit ambulant behandelt werde und er der Taxifahrten bedürfe, um seinen Behandler erreichen zu können. Solange die Behandlung ambulant und nicht stationär erfolge, seien ihm die entsprechenden Fahrtkosten zu erstatten.

Die Beklagte holte im Widerspruchsverfahren Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte ein. Der Augenarzt Dr. G. teilte unter dem 4. Oktober 2006 mit, dass aus seiner Sicht für die bei ihm erforderlichen Behandlungen die Erfordernisse der KrankentransportRL nicht vorlägen. In gleicher Weise äußerte sich der Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Allergologie C. S1 unter dem 28. September 2006. Dr. S. übersandte ein Attest vom 2. Oktober 2006, in dem es heißt:

"Wie bekannt leidet Herr P. unter einer langjährigen Angststörung, welche es ihm unmöglich macht, selbständig öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Die ambulanten Gespräche hier sind stützenden Charakters; Gesprächsintervalle von 3 bis 4 Wochen sind erforderlich. Medikamente verordne ich nicht."

Der Facharzt für Orthopädie Dr. R. nahm unter dem 11. Oktober 2006 Stellung und erklärte:

"Bei Herrn P. besteht als Verletzungsfolge nach einem Überfall eine erhebliche Schädigung des rechten Kniegelenks mit Instabilität und inzwischen schwerer Arthrose. Wegen einer Schädigung der Halswirbelsäule mit Schwindel und Gleichgewichtsstörungen kommt es in Verbindung mit der Schädigung des Kniegelenks zu einer Verstärkung der Gangunsicherheit. Weiterhin besteht durch den Überfall eine posttraumatische Angststörung. Aus diesen Gründen ist der Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich."

Der erneut von der Beklagten eingeschaltete MDK führte unter dem 28. November 2006 aus, dass sich auch aufgrund der nunmehr vorgelegten Bescheinigungen kein Ausnahmefall erkennen lasse, der im Vergleich zur Anerkennung einer Pflegestufe oder einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" die Verordnung von Krankentransporten rechtfertige.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie bezog sich auf die Stellungnahmen des MDK. Zu beachten sei außerdem, dass gemäß [§ 60 Abs. 1 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) nur nach vorheriger Genehmigung die Kostenübernahme in besonderen Ausnahmefällen erfolge. Weiter könnten die Fahrtkosten nur bis zur nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit übernommen werden. Werde nicht der nächstgelegene Behandler aufgesucht, könnten die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft der DAK gehen.

Der Kläger hat am 9. Januar 2007 Klage erhoben, mit der er sein bisheriges Begehren weiterverfolgt. Entgegen der im angefochtenen Bescheid zutage tretenden Auffassung der Beklagten lägen die Voraussetzungen, unter denen die KrankentransportRL die Genehmigung des Krankentransports vorsähen, vor. Die Beklagte lege diese nämlich zu eng aus. Er leide zum einen auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet unter einer chronischen posttraumatischen Angsterkrankung, die das Ausmaß einer Zwangserkrankung erreiche. Dies ergebe sich nicht nur aus den Attesten des Dr. S., sondern auch aus dem Sitzungsprotokoll des Sozialgerichts Hamburg vom 20. April 2005 in der Sache S 30 VS 1/04. Aufgrund des entsprechenden gerichtlichen Hinweises habe das Versorgungsamt ein Anerkenntnis abgegeben. Zum anderen leide er auf orthopädischem Fachgebiet unter einer erheblichen Schädigung des rechten Kniegelenks mit Instabilität und schwerer Arthrose. Es bestehe ferner eine Schädigung der Halswirbelsäule mit Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Alle Leiden führten insgesamt zu einer Verstärkung der Gangunsicherheit. Im Vordergrund stünden allerdings die regelmäßigen Behandlungen durch Dr. S. ... Damit seien aber die Voraussetzungen der KrankentransportRL erfüllt. Denn die dort aufgeführte Liste der Erkrankungen sei nicht abschließend.

Durch Gerichtsbescheid vom 27. März 2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Übernahme von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung müsse einer der in den Krankentransportrichtlinien festgelegten Ausnahmefälle vollständig gegeben sein. Hieran fehle es aber schon deshalb, weil der Kläger seinen Nervenarzt regelmäßig nicht häufiger als alle 3 bis 4 Wochen aufsuche. Im Übrigen führe der Kläger nicht diejenigen Merkzeichen, bei denen die KrankentransportRL die Übernahme der Krankentransportkosten vorsähen. Er sei schließlich nicht in einer den Merkzeichen entsprechenden Weise in seiner Mobilität betroffen. Aus Verfassungsrecht ergebe sich zugunsten des Klägers nichts. Vielmehr erlaube es das Grundgesetz, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen abgeschlossenen Katalog zu begrenzen und Fahrtkosten aus finanziellen Gründen aus diesem Katalog herauszunehmen.

Der Kläger hat gegen die seinem damaligen Prozessbevollmächtigten am 2. April 2008 zugestellte Entscheidung am 28. April 2008 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, dass Sozialgericht habe den Streitgegenstand nicht zutreffend erfasst. Mit keinem Satz sei auf seine besondere Situation als Opfer einer Straftat und eines Verkehrsunfalls eingegangen worden. Es sei ebenso nicht berücksichtigt worden, dass ihm ausschließlich aus diesen Gründen die Taxikosten zu den behandelnden Ärzten bis zum 31. Dezember 2005 nachträglich ungekürzt erstattet worden seien. Das Sozialgericht habe bei seiner schematischen Anwendung der KrankentransportRL außerdem unberücksichtigt

gelassen, aus welchen Gründen er gehindert sei, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Entscheidend sei der Gesichtspunkt der zwingenden medizinischen Notwendigkeit. Diese Frage sei nicht abschließend geregelt. Das Abstellen auf die Behandlungsfrequenz werde in seinem Fall dem Problem nicht gerecht, weil er schon aus psychischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel überhaupt nicht, d.h. auch nicht alle 3 Wochen benutzen könne. Dieser wohl recht seltene Fall werde vom Raster der Krankentransportrichtlinien nicht erfasst. Er dürfe deshalb aber nicht vom Tisch gewischt werden. Ihm seien seit der Ablehnung der Beklagten mehr als 1000 EUR Kosten für Taxifahrten zu diversen Ärzten entstanden. Die ihm ausgehändigten ärztlichen Verordnungen einer Krankenförderung habe er nicht einzeln der Beklagten vorgelegt, sondern gesammelt. Er sei nämlich aufgrund eines Erläuterungsschreibens des Versorgungsamts vom 9. März 2004 der Auffassung gewesen, dass er – wie schon seit 1985 – weiter Anspruch auf zuzahlungsfreie Taxifahrten gehabt habe.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 27. März 2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 14. August 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2006 zu verurteilen, Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen auch über den 31. Dezember 2005 hinaus zuzahlungsfrei zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie tritt dem Vorbringen des Klägers entgegen und verteidigt ihre und die Entscheidung der ersten Instanz. Wie von ihr im Vorverfahren ermittelt und durch die in der Akte vorhandenen ärztlichen Aussagen bestätigt worden sei, könnten die den Kläger behandelnden Ärzte das Vorliegen der in den KrankentransportRL benannten Voraussetzungen nicht bescheinigen. Vielmehr führe der Kläger lediglich das Merkzeichen "B", könne also öffentliche Verkehrsmittel mit Hilfe einer Begleitperson benutzen. Zur Durchführung notwendiger Fahrten werde ihm daher nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe – (SGB XII) eine Taxipauschale gewährt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der ausweislich der Sitzungsniederschrift zum Gegenstand der Beratung und Entscheidung des Senats gemachten Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts ist nach [§ 105 Abs. 2 Satz 1, §§ 143, 144 SGG](#) statthaft und im Übrigen zulässig, namentlich fristgerecht eingelegt worden. Sie ist aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat zu Recht die auf Erstattung verauslagter (a) bzw. Übernahme künftig entstehender (b) Fahrtkosten gerichtete Klage als unbegründet abgewiesen.

a) Grundsätzlich werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich als Sach- oder Dienstleistung gewährt. Kosten werden nur erstattet, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist. So hat nach dem vorliegend allein in Betracht zu ziehenden [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2.](#) Alternative SGB V die Krankenkasse dem Versicherten die für eine selbstbeschaffte Leistung entstandenen Kosten zu erstatten, wenn sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und soweit diese Leistung notwendig war. Voraussetzung für den Kostenerstattungsanspruch ist danach neben Entstehung und Nachweis der Kosten für die selbstbeschaffte Leistung, dass diese zu den von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen gehört, dass sie als Sachleistung zu gewähren ist und ferner, dass ein Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung als haftungsbegründendem Umstand und dem Entstehen der Kosten besteht, so genanntes Systemversagen (vgl. BSG v. 04.04.2006 – [B 1 KR 5/05 R](#) – [BSGE 96, 161](#), 166 f.). An diesen Bedingungen fehlt es hinsichtlich der Kosten, deren Erstattung mit der Klage begehrt wird. Sie müssen uneingeschränkt auch in dem Fall vorliegen, dass die Erstattung von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung begehrt wird.

Die Beklagte hat nämlich Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen als Sachleistung zu gewähren. Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse diese Kosten bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen in Ausnahmefällen. Obschon der Gesetzgeber sich ausweislich der Formulierung "übernimmt die Kosten" hinsichtlich der Frage, welche Rechtsnatur dieser Anspruch hat, nicht festgelegt hat, geht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dahin, dass für Krankentransporte (vgl. BSG v. 29.11.1995 – [3 RK 32/94](#) – SozR 3-2500, § 133 Nr. 1, Seite 11), ebenfalls für solche, die lediglich mit Taxen oder Mietwagen durchgeführt werden (BSG v. 30.01.2001 – [B 3 KR 2/00 R](#) – [SozR 3-2500 § 60 Nr. 5](#), Seite 30), das Sachleistungsprinzip gilt. Dieser Rechtsprechung folgt der erkennende Senat.

Der Kostenerstattungsanspruch des Klägers scheidet aber daran, dass das Handeln der Beklagten nicht kausal für das Entstehen der konkreten Kosten war. Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) besteht Anspruch auf die Sachleistung Krankentransport zur ambulanten Behandlung, wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist. Die Krankenkasse hat nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) die Kosten aber nur nach vorheriger Genehmigung in den Fällen zu übernehmen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) (KrankentransportRL) festgelegt hat. Für Fahrten zu ambulanten Behandlungen sind die Ausnahmefälle in § 8 KrankentransportRL geregelt. Zu den dort erfassten Fällen gehören die vorliegend in Rede stehenden Fahrten. Die Sonderfälle des § 7 Abs. 2 lit. b und c i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 1 KrankentransportRL (Fahrten zu vor- und nachstationärer Behandlung und Fahrten zu ambulanten Operationen) liegen ausweislich der vorgelegten bzw. beigezogenen Arztberichte nicht vor. Nach § 1 Abs. 1 Satz 2 und § 2 Abs. 1 Satz 2 KrankentransportRL ist die Beförderung durch den Vertragsarzt unter Verwendung des vorgeschriebenen Vordrucks zu verordnen. Die für Fahrten zu ambulanten Behandlungen erforderliche Genehmigung ist nach § 9 KrankentransportRL vor der Beförderung einzuholen.

Dieses Verfahren haben der Kläger und die ihn behandelnden Ärzte nicht eingehalten und so der Beklagten die Möglichkeit genommen, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Fahrt zur ambulanten Behandlung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich war. Zwar haben die Behandler dem Kläger eine Vielzahl von Verordnungen für Krankenfahrten ausgestellt. Sie haben dazu auch den nach der Anlage 1 zur KrankentransportRL vorgeschriebenen Vordruck benutzt. Keine dieser Verordnungen ist jedoch – dies hat der Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat eingeräumt – der Beklagten – sei es durch den Kläger selbst oder durch die Vertragsärzte – auch nur zur Kenntnis gegeben worden. Sie sind erstmalig überhaupt in der mündlichen Verhandlung des Senats zum Gegenstand des Verfahrens gemacht worden. Insoweit fehlt es für jede der vorgelegten Verordnungen schon an der als Voraussetzung eines Kostenerstattungsanspruches nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) erforderlichen vorherigen Befassung der Krankenkasse (vgl. BSG v. 14.12.2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) – [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) Rn. 10).

Der erforderliche Zusammenhang zwischen der erfolgten Selbstbeschaffung der Leistung und dem Handeln der Krankenkasse lässt sich

nicht aufgrund der vorliegend angefochtenen Bescheide und des hiermit in Zusammenhang stehenden sonstigen Verwaltungshandelns der Krankenkasse herstellen. Sofern der Kläger der Meinung gewesen sein sollte, er habe aufgrund des Handelns der Beklagten und vor allem im Hinblick auf die erfolgte Ablehnung seines Begehrens davon ausgehen dürfen, diese werde ärztlich verordnete Krankenfahrten nicht genehmigen und er dürfe sich diese deshalb selbst beschaffen, könnte dem nicht zugestimmt werden. Zum einen beinhaltet die telefonische Erklärung der Beklagten vom 5. Januar 2006 lediglich den nochmaligen Hinweis, dass die bisherige Bewilligungspraxis bei Fahrtkosten nicht fortgeführt werde und das Attest des Dr. S. keine Grundlage für eine Bewilligung abgebe. Zum anderen bedarf es sogar dann einer Einschaltung der Krankenkasse, wenn von vornherein feststeht, dass ein Leistungsbegehren abgelehnt wird (vgl. BSG v. 17.06.2008 – [B 1 KR 31/07 R](#) – juris Rn. 16). Was die Einhaltung des Ordnungsverfahrens für Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen angeht, hat die Beklagte sodann mit Schreiben vom 24. Februar 2006 dem seinerzeit noch anwaltlich vertretenen Kläger im Einzelnen die Voraussetzungen erläutert, unter denen eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten erfolgen könne. Sie hat dabei ausdrücklich erklärt, eine neue Prüfung vornehmen zu wollen, sobald ihr die notwendigen ärztlichen Angaben vorlägen. Aus dem Umstand, dass selbst dieses Schreiben den Kläger nicht veranlasst hat, die ihm ausgehändigten Verordnungen der Beklagten zur Genehmigung vorzulegen, ergibt sich, dass zwischen dem Verhalten der Beklagten und seiner Kostenlast kein Ursachenzusammenhang besteht.

Soweit sich der Kläger auf das Schreiben des Versorgungsamts vom 9. März 2004 beruft, so betrifft dieses die Kostenfreiheit der Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung nach den Gesetzen des Sozialen Entschädigungsrechts und sagt lediglich aus, dass diesbezüglich weder eine Praxisgebühr zu entrichten noch sonstige Eigenbeteiligungen zu zahlen sind. Es enthält keinerlei Hinweis darauf, dass die Grundbedingungen für die Übernahme von Fahrtkosten andere sein sollten als für Krankenkassenmitglieder (vgl. § 11 Abs. 1 Satz 2 Bundesversorgungsgesetz). Wenn der Kläger aus dem Schreiben den Schluss gezogen hat, bei ihm würden trotz der Änderungen im Krankenversicherungsrecht Fahrtkosten wie bisher erstattet, hat er die Tragweite des Hinweisschreibens verkannt.

Die Beklagte hat die Übernahme der Taxikosten außerdem nicht zu Unrecht abgelehnt. Denn – ungeachtet des Erfordernisses der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse – ist die zwingende medizinische Notwendigkeit im Zusammenhang mit der von der Krankenkasse gewährten Leistung der ambulanten Behandlung Voraussetzung für den Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung. An einer zwingenden medizinischen Notwendigkeit für Taxen- oder Mietwagenfahrten aber fehlte es bei Zugrundelegung der von der Beklagten eingeholten Befundberichte.

So haben die Ärzte Dr. G. und S1 jeweils mitgeteilt, dass aus ihrer Sicht für die bei ihnen erforderlichen Behandlungen die Voraussetzungen der KrankentransportRL nicht vorlägen. Lediglich die Ärzte Dres. R. und S. haben sich dahingehend geäußert, dass der "Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich" sei (Dr. R.) bzw. der Kläger öffentliche Verkehrsmittel "nicht selbständig nutzen" könne (Dr. S.). Zu Recht hat die Beklagte auf der Grundlage dieser Äußerungen entschieden, dass die bei dem Kläger auf dem orthopädischen oder dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet bescheinigten Erkrankungen die Übernahme der Fahrtkosten durch die Krankenkasse nicht zwingend erforderlich machen. Die Voraussetzungen für einen der Listenfälle nach Anlage 2 KrankentransportRL liegen ersichtlich nicht vor. Der Kläger wird ferner nicht mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist. Dies ergibt sich sowohl aus dem Attest des Dr. S. als auch aus demjenigen des Dr. R. ... Aus letztgenanntem Attest ist überhaupt nicht abzuleiten, dass und bejahendenfalls wann und in welchen Intervallen der Kläger diesen Arzt zur Behandlung aufsuchen muss. Nach den Angaben des Klägers geschieht dies mindestens einmal im Quartal und bei Bedarf. Das Attest des Dr. S. weist auf ein Behandlungsintervall von etwa 3 bis 4 Wochen hin. In beiden Fällen fehlt es an hoher Behandlungsfrequenz im Sinne der KrankentransportRL. Insoweit wird in der Rechtsprechung (vgl. LSG Rheinland-Pfalz vom 06.09.2007 – [L 5 KR 43/07](#) – juris Rn. 14) von einer mindestens zweimal wöchentlich stattfindenden Behandlung ausgegangen. Es kann dahinstehen, ob dem zu folgen wäre, wofür einiges spricht. Denn die hier gegebene Behandlungsfrequenz kann nicht annähernd als eine "hohe" qualifiziert werden. Es ist auch nicht erkennbar, dass die weitere Voraussetzung vorliegt, dass nämlich die Behandlung beim Nervenarzt oder beim Orthopäden oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Kläger in einer Weise beeinträchtigen könnte, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Dies ergibt sich aus keinem der beiden vorgelegten Atteste.

Der Kläger ist schließlich nicht in einer den Voraussetzungen des § 8 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. Satz 2 KrankentransportRL vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen. Auf diesen Umstand hat das Sozialgericht bereits zu Recht hingewiesen. Nach § 8 Abs. 3 Satz 1 KrankentransportRL können Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und genehmigt werden, wenn ein Versicherter das Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" führt oder ihm die Pflegestufe 2 oder 3 nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch zuerkannt wurde. Dies ist bei dem Kläger nicht der Fall. Er leidet auch nicht an einer hiermit im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 2 KrankentransportRL vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität. Wie aus der Zuerkennung des Merkzeichens "B" abzuleiten ist, ist er noch in einer Weise mobil, dass er sich mit Begleitung fortbewegen und – ebenfalls mit Begleitung – öffentliche Verkehrsmittel benutzen kann. Dementsprechend kann er gegen Vorlage seines Schwerbehindertenausweises zusammen mit seiner Begleitperson öffentliche Verkehrsmittel weitgehend kostenfrei benutzen. Danach reduziert sich der Bedarf des Klägers auf die Möglichkeit zum Einsatz einer Begleitperson für diese Fahrten. Hiermit deckt sich die Stellungnahme des Dr. S., der unter dem 4. Juli 2008 auf Anfrage des Senats bestätigt hat, dass es dem Kläger an der Fähigkeit fehlt, öffentliche Verkehrsmittel "selbständig" zu benutzen.

Das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Begleitperson stellt indes keinen zwingenden medizinischen Grund für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse dar. Wie aus den Gesetzesmaterialien für das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ([BTDrs. 15/1525, S. 76 f.](#) und S. 94 f. zu Nr. 37) erkennbar wird, sollte die zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene Änderung des [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) bewirken, dass Fahrtkosten in der ambulanten Versorgung grundsätzlich nicht mehr erstattet werden und Ausnahmen nur nach Genehmigung durch die Krankenkassen gelten. Diese Regelung sollte die Möglichkeit für die Krankenkassen ausschließen, Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung bereits generell in Härtefällen zu übernehmen. Nur noch medizinische, nicht aber finanzielle Gründe sollten hierfür künftig mehr ausreichen. Das bedeutet im Einzelfall, dass bei Fehlen zwingender medizinischer Gründe der Versicherte die notwendigen Fahrten selbst zu finanzieren hat, soweit nicht ein anderer Leistungsträger eintreten muss. Die Fahrt zur ambulanten Behandlung gehört in diesen Fällen nicht zum Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. So liegt es hier.

Verfassungsrecht steht dem Ausschluss des Klägers vom kostenlosen Krankentransport nicht entgegen. Zu Recht hat bereits das Sozialgericht darauf hingewiesen, dass das Grundgesetz es erlaubt, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen abgeschlossenen Katalog zu begrenzen und Fahrtkosten aus diesem Katalog herauszunehmen (vgl. BSG v. 26.09.2006 – [B 1 KR 20/05 R](#) – [SozR 4-2500 § 60 Nr. 1](#) Rn. 14). Der Kläger ist hierdurch aber auch für den Fall nicht gehindert, seinen Arzt aufzusuchen, dass ihm eine

Begleitperson innerhalb seines häuslichen Umfeldes nicht zur Verfügung steht. Denn die Begleitung behinderter Menschen ist Teil der Eingliederungshilfe nach § 22 der aufgrund des § 60 Sozialgesetzbuch SGB XII ergangenen Eingliederungshilfe-Verordnung. Danach gehören zum Bedarf behinderter Menschen sowohl Fahrtkosten als auch Auslagen der Begleitperson und weitere Kosten der Begleitperson, soweit sie nach den Besonderheiten des Einzelfalls notwendig sind. Hieraus wird deutlich, dass in den Fällen nicht zwingend medizinisch erforderlicher Krankentransporte die Krankenkasse nicht der zuständige Leistungsträger ist. Schließlich erhält der Kläger im Rahmen der Eingliederungshilfe die sogenannte Beförderungspauschale, aus welcher die Kosten nicht zwingend medizinisch erforderlicher Fahrten gedeckt werden können.

b) Ausgehend von dem Vorstehenden kann die Beklagte auch nicht zu der begehrten Kostenübernahme für die Zukunft verpflichtet werden. Insoweit bedarf es ebenfalls der Einhaltung des in den KrankentransportRL geregelten Verfahrens, d.h. im Einzelnen der Vorlage der entsprechenden Verordnung, der Entscheidung der Beklagten hierüber und gegebenenfalls des Widerspruchs- und Klageverfahrens. Eine Umdeutung des Leistungsantrages in einen Feststellungsantrag nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) des Inhalts, dass die Beklagte künftig verpflichtet ist, die Kosten für die Fahrten zu ambulanten Behandlungen zu übernehmen, kommt nicht in Betracht. Für einen solchen Antrag fehlt das Rechtsschutzinteresse, denn die Beklagte leugnet eine mögliche Verpflichtung zur Leistungsgewährung nicht, soweit die entsprechenden Verordnungen vorgelegt werden. Überdies wäre eine derartige Feststellungsklage der Leistungs- oder Verpflichtungsklage subsidiär, so dass jedenfalls ein berechtigtes Interesse des Klägers an der baldigen Feststellung nicht ersichtlich ist. Vielmehr ist es im Sinne effektiver Rechtsschutzgewährung ausreichend, wenn nach Vorlage der entsprechenden Verordnung und Entscheidung der Kasse gegen die Ablehnung der Leistung vorgegangen und gegebenenfalls gerichtlicher Eilrechtsschutz in Anspruch genommen würde.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache.

Der Senat hat die Revision gegen diese Entscheidung nicht zugelassen, weil die gesetzlichen Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
HAM  
Saved  
2008-10-17