

S 18 KR 49/14

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KR 49/14

Datum

15.08.2014

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Bemerkung

Ein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten bei ambulanter Behandlung besteht nur, wenn der Versicherte auf eine Beförderung angewiesen ist, wie sie § 8 Abs. 2 Krankentransport-RL voraussetzt. Befördert werden schon begrifflich - passiv - nur Patienten, die I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für Fahrten zur ambulanten Psychotherapie. Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klägerin unterzog sich ab dem 11.12.2012 in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und psychosomatische Medizin des U.-Klinikums D. einer ambulanten Psychotherapie als Kurzzeit-Verhaltenstherapie. Am 09.04.2013 reichte sie ärztliche bestätigte Anträge auf Erstattung der Kosten für Hin- und Rückfahrten mit dem Privat-PKW ohne Begleitperson an folgenden 16 Behandlungstagen ein: 11.12.2012 (Vermerk: "stationär"), 28.12.2012, 15.01.2013, 22.01.2013, 29.01.2013, 12.02.2013, 19.02.2013, 26.02.2013, 27.02.2013, 05.03.2013, 06.03.2013, 13.03.2013, 19.03.2013, 20.03.2013, 26.03.2013, 27.03.2013. Mit Bescheid vom 26.04.2013 bewilligte die Beklagte 24,40 EUR für die Fahrten zur teilstationären Behandlung am 11.12.2013 und zurück. Im Übrigen lehnte sie den Antrag ab. Die Voraussetzungen für eine Fahrkostenerstattung nach § 8 Krankentransport-RL seien nicht erfüllt. Hiergegen erhob die Klägerin mit anwaltlichem Schreiben vom 16.05.2013 Widerspruch. Die Vorstellungen mindestens einmal wöchentlich über mehr als sieben Monate stellten eine hochfrequente Behandlung dar (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 28.07.2008, Az. [B 1 KR 27/07 R](#)). Am 10.07.2013 beantragte die Klägerin mit ärztlich bestätigtem Antragsformular die Erstattung der Kosten für Hin- und Rückfahrten mit dem Privat-PKW ohne Begleitperson an folgenden 21 weiteren Behandlungstagen: 02.04.2013, 03.04.2013, 09.04.2013, 10.04.2013, 16.04.2013, 17.04.2013, 23.04.2013, 24.04.2013, 07.05.2013, 14.05.2013, 15.05.2013, 22.05.2013, 28.05.2013, 29.05.2013, 04.06.2013, 11.06.2013, 12.06.2013, 18.06.2013, 19.06.2013, 25.06.2013 und 26.06.2013. Darüber hinaus beantragte die Klägerin am 04.09.2013 die Fahrkostenerstattung für weitere 15 Behandlungstermine am 02.07.2013, 09.07.2013, 10.07.2013, 16.07.2013, 17.07.2013, 23.07.2013, 24.07.2013, 30.07.2013, 31.07.2013, 07.08.2013, 14.08.2013, 27.08.2013, 28.08.2013, 03.09.2013 und 04.09.2013 sowie am 05.02.2014 die Erstattung für nochmals 16 Termine am 12.11.2013, 13.11.2013, 26.11.2013, 04.12.2013, 10.12.2013, 11.12.2013, 17.12.2013, 18.12.2013, 07.01.2014, 08.01.2014, 14.01.2014, 15.01.2014, 21.01.2014, 22.01.2014, 28.01.2014 und 29.01.2014. Der von der Beklagten hinzugezogene Medizinische Dienst der Krankenversicherung sprach sich in einer Stellungnahme vom 11.10.2013 unter Auswertung des Berichts über den stationären Aufenthalt vom 27.10.2011 bis 17.01.2012 und des Feststellungsbescheides vom 14.03.2012 zum Grad der Schwerbehinderung gegen die beantragte Fahrkostenerstattung aus. Die psychotherapeutische Behandlung weise keinen vergleichbaren Schweregrad auf wie eine Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie. Die während des vorangegangenen stationären Aufenthalts anamnestisch beschriebenen agoraphoben Ängste hätten der Epikrise zufolge im klinischen Alltag nicht validiert werden können. Suizidalen Krisen, wie früher beschrieben, sei ohnehin wenn eine ambulante Krisenintervention mit 2 bis 4 Kontakten nicht ausreiche durch stationäre Aufnahme zu begegnen. Eine besondere Gefahr für Leib und Leben habe nicht bestanden. Zudem hätte die Behandlung nicht zwingend in D. erfolgen müssen, sondern auch bei einem anderen Psychotherapeuten mit Erfahrung in Traumatherapie durchgeführt werden können. Mit Widerspruchsbescheid vom 18.12.2013 wies die Beklagte, Bezug nehmend auf die Anträge auf Fahrkostenerstattung für die Zeit vom 11.12.2012 bis zum 26.06.2013 und gestützt auf die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, den Widerspruch der Klägerin zurück. Eine intensive Behandlung in den von § 8 Krankentransport-RL genannten Intervallen sei zwar ersichtlich, aber nicht medizinisch erforderlich; es fehle daher an einer hohen Behandlungsfrequenz. Hiergegen richtet sich die am 20.01.2014 eingegangene Klage. Eine hochfrequente ambulante Behandlung liege vor. Diese sei auch medizinisch notwendig gewesen. Eine Behandlung in vergleichbarer Qualität stehe am Wohnort nicht zur

Verfügung. Die Klägerin beantragt (sinngemäß zusammengefasst), den Bescheid vom 26.04.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.12.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der Fahrten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung im Zeitraum vom 11.12.2012 bis zum 26.06.2013 zu erstatten. Die Beklagte bestätigt, dass Gegenstand der Sachprüfung im Vorverfahren auch die Kosten der Fahrten vom 02.04. bis 26.06.2013 gewesen seien. Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht entscheidet über den Rechtsstreit gemäß [§ 105 Abs. 1 SGG](#) durch Gerichtsbescheid, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten auf Anfrage keine Gründe vorgetragen haben, die einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid entgegen stehen würden. Zulässiger Gegenstand des Verfahrens ist neben der Aufhebung des Bescheides vom 26.04.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.12.2013 der Anspruch auf die am 09.04.2013 beantragte Erstattung der Kosten für die 15 Fahrten vom 28.12.2012 bis zum 27.03.2013 (gemäß [§ 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 5 Abs. 1 Satz 1 BRKG](#) jeweils hin und zurück, d.h. 30 Fahrten $\times$ 61 km $\times$ 0,20 EUR = 366,00 EUR) sowie der am 10.07.2013 beantragten 21 Fahrten vom 02.04.2013 bis zum 26.06.2013 (jeweils hin und zurück, d.h. 42 Fahrten $\times$ 61 km $\times$ 0,20 EUR = 512,40 EUR). Die Fahrtkostenerstattung für den 11.12.2012 hat die Beklagte im Ausgangsbescheid bereits anerkannt. Die Fahrten vom 02.04.2013 bis 26.06.2013 waren zwar nicht Gegenstand des Ausgangsbescheides. Die Beklagte hat den am 10.07.2013 hierfür eingereichten Erstattungsantrag jedoch im Rahmen des Widerspruchs in die Sachprüfung einbezogen und mit verbeschieden, so dass die Klägerin auch insoweit gegen die Ablehnung vorgehen darf. Nicht verfahrensgegenständlich sind dagegen die am 04.09.2013 geltend gemachten Kosten der Fahrten vom 02.07.2013 bis zum 04.09.2013 sowie die am 05.02.2014 geltend gemachten Kosten der Fahrten vom 12.11.2013 bis zum 29.01.2014. Diese Fahrten haben nur insoweit Bedeutung für das Verfahren, als sie Hinweise auf die Gesamtdauer des Behandlungszyklus geben, die ihrerseits im Rahmen der Frage relevant ist, ob eine hochfrequente Behandlung im Sinne von [§ 8 Krankentransport-RL](#) vorliegt. Die Klage ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sind im Ergebnis, wenn auch nicht in der Begründung zutreffend. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Fahrtkostenerstattung. Die Voraussetzungen nach [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 8 Krankentransport-RL](#) sind nicht erfüllt. Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Die Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten 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 Krankentransport-Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) festgelegt hat. Gemäß [§ 8 Abs. 1 Krankentransport-RL](#) können in besonderen Ausnahmefällen auch Fahrten zur ambulanten Behandlung bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen werden. Dabei bedarf es einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Voraussetzung für eine Verordnung und Genehmigung ist gemäß [§ 8 Abs. 2 Krankentransport-RL](#), dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz 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. In Anlage 2 zu [§ 8 Krankentransport-RL](#) sind Ausnahmen aufgeführt, die diese Voraussetzungen in der Regel erfüllen. Konkret sind Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie genannt. Diese Liste ist nicht abschließend. Darüber hinaus kann gemäß [§ 8 Abs. 3 Krankentransport-RL](#) die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "B1" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen oder wenn Versicherte keinen solchen Nachweis besitzen wenn sie von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen. Für die hochfrequenten Serienbehandlungen im Sinne von [§ 8 Abs. 2 Satz 1 1. Spstr. Krankentransport-RL](#) muss eine über die Behandlungsnotwendigkeit der Erkrankung hinausgehende Beeinträchtigung prägend sein, welche zum Einen ihrerseits aus der Krankheit oder der Behandlung resultiert und zum Anderen einem selbständigen Aufsuchen und Verlassen des Ortes der Behandlung entgegen steht. Es kommt dagegen nicht auf die hypothetischen Beeinträchtigungen an, die zu erwarten wären, wenn die Behandlung unterbliebe. Es genügt deshalb gerade nicht, dass der Versicherte auf die Behandlung, zu der die Fahrten erfolgen, aus medizinischen Gründen zwingend angewiesen ist. Hinzutreten muss eine spezifische krankheits- oder behandlungsbedingte Mobilitätseinschränkung, die ihrerseits Ausdruck des in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Risikos ist. Die Begründung, mit der die Beklagte eine hohe Behandlungsfrequenz hier verneint hat, ist allerdings nicht nachvollziehbar. Die Behandlung fand in einer Frequenz von ein, meist aber zwei Sitzungen pro Woche über mehr als ein Jahr statt. Eine hochfrequente Behandlung hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 28.07.2008, Az. [B 1 KR 27/07 R](#), für Dauerbehandlungen selbst bei einer Vorstellung nur einmal wöchentlich angenommen. Nach den vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. entwickelten Maßstäben, die sich die Beklagte zu eigen gemacht hat, soll eine Behandlung zweimal wöchentlich über mindestens sechs Wochen oder einmal wöchentlich über mindestens drei Monate ausreichen. Diese Auslegung hält sich in dem von [§ 8 Krankentransport-RL](#) vorgegebenen Rahmen und kann ohne Weiteres als Richtschnur übernommen werden. Danach aber war die Behandlung hier eindeutig hochfrequent im Sinne der oben genannten Regelungen über die Fahrtkostenerstattung. Entgegen der Begründung der Beklagten war die Behandlung in der mitgeteilten Frequenz auch durchaus erforderlich. Die Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie und die fachliche Angemessenheit der von den Behandelern angesetzten Intervalle zwischen den Sitzungen stehen außer Zweifel. Was der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit seinem Hinweis, bei Suizidalität sei eine stationäre Aufnahme erforderlich, sofern keine zwei- bis viertägige Krisenintervention ausreicht, in Abrede stellt, ist nicht die Notwendigkeit der Behandlung oder der Behandlungsfrequenz, sondern vielmehr die Schwere der aus der Erkrankung resultierenden Beeinträchtigung der Mobilität der Klägerin, die eine Beförderung unerlässlich macht. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung schließt hier in zulässiger Weise aus dem ambulanten Behandlungssetting, dass die anamnestisch angegebene Suizidalität keine Relevanz mehr für die Mobilität im Alltag haben kann, weil anderenfalls die durchgeführte Behandlung der Schwere nicht angemessen wäre, während eine tatsächliche Vermutung dafür spricht, dass die Behandlung notwendig, ausreichend und zweckmäßig ausgestaltet war. Dieses von der Beklagten missverstandene Argument ist allerdings nachvollziehbar und greift hier auch durch. Der geltend gemachte Anspruch der Klägerin scheitert schon daran, dass sie überhaupt nicht auf eine Beförderung angewiesen war, wie sie [§ 8 Abs. 2 Krankentransport-RL](#) voraussetzt. Befördert werden schon begrifflich passiv nur Patienten, die sich nicht selbstständig zum Ort der Behandlung oder zurück begeben können. Die Klägerin ist selbst gefahren. Allein der Umstand, sich ohne Begleitung aktiv im eigenen PKW fortbewegen zu können, widerlegt die Schwere der krankheits- bzw. behandlungsbedingten Mobilitätseinschränkung, die den notwendigen Bezug zu dem in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Risiko herstellt. Wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zutreffend festgestellt hat, fehlt es an einer aus der Behandlung selbst resultierenden Beeinträchtigung, welche die Klägerin außer Stande gesetzt hätte, sich selbstständig zum Ort der Behandlung zu begeben. Eine psychotherapeutische Sitzung bewirkt keine mobilitätsbezogenen Funktionsdefizite. Das gilt entsprechend für die Grunderkrankung.

Insoweit schließt sich das Gericht der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung an, welcher der ihm vorliegenden Krankenhausepikrise die Einschätzung der behandelnden Ärzte entnommen hat, dass sich eine anamnestisch angegebene Agoraphobie klinisch nicht habe validieren lassen. Eine relevante Funktionseinschränkung ist mithin nicht belegt. Zudem würde selbst aus einer solchen Störung allenfalls folgen, dass die Klägerin keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen kann oder will. Hieraus folgt aber nicht, dass sie sich nicht aktiv im Privat-PKW fortbewegen kann und deshalb auf eine Beförderung angewiesen wäre. Zudem ist nicht belegt, dass eine krankheitsbedingte Phobie unüberwindbar wäre, mithin die Schwelle von Unbehagen zu Zwang und damit zum möglichen Schaden für Leib und Leben im Sinne von § 8 Abs. 2 Krankentransport-RL überschritten hätte. Allein die krankhafte Genese einer Beeinträchtigung sagt nichts über deren alltagsrelevantes Ausmaß. Auch die Voraussetzungen des § 8 Abs. 3 Krankentransport-RL für eine Fahrtkostenübernahme sind nicht erfüllt. Die Anerkennung der Klägerin als Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von 60 bescheinigt noch keine der in § 8 Abs. 3 Krankentransport-RL genannten Einschränkungen. Eine soziale Notlage allein rechtfertigt nicht die Übernahme der Fahrtkosten durch die Krankenkasse. Denn hierbei handelt es sich mangels krankheits- bzw. behandlungsspezifischen Bezugs nicht um ein Risiko, für das die Gesetzliche Krankenversicherung aufzukommen hat. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber die Abgrenzung zwischen den Kosten der Mobilität als Ausdruck der allgemeinen Lebensführung einerseits und den besonderen Aufwendungen durch die Krankenbehandlung als Teil des in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Risikos andererseits neu geregelt. Die Übernahme von Fahrtkosten allein auf Grund sozialer Bedürftigkeit ist dabei aus dem Kreis der Versicherungsleistungen ausgeschlossen worden. Dabei hat der Gesetzgeber den Zusammenhang mit dem versicherten Risiko stärker als früher betont, indem es nun nicht mehr ausreicht, dass ein unvermeidlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen einer konkreten Behandlung und der Fahrt dorthin bzw. zurück besteht. Vielmehr muss das Angewiesensein auf ein Transportmittel selbst Ausdruck einer Krankheit bzw. Behandlungsbedürftigkeit sein, indem es eine Spezifik aufweist, die über das Erfordernis, eine bestimmte Entfernung bis zum Ort einer Behandlung zurückzulegen, hinausgeht. Hierzu hat der Gesetzgeber in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) besondere Fälle geregelt, in denen dieser spezifische Zusammenhang sich aus dem besonderen Zweck der Fahrt oder der Spezifik des Transportmittels ergibt (Bedürftigkeit stationärer Behandlung oder diese vermeidender Behandlung, Rettungsfahrten, Krankentransporte). Darüber hinaus hat er dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, unter Beachtung des in [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) formulierten Grundsatzes für Fahrten zu ambulanten Behandlungen Ausnahmefälle zu benennen, die in medizinischer Hinsicht einen ausreichend engen Zusammenhang zu dem in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Risiko der Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit aufweisen. In Umsetzung dieses Normsetzungsauftrages hat der Gemeinsame Bundesausschuss in § 8 Abs. 2 und 3 Krankentransport-RL Fallgruppen benannt, in denen Versicherte entweder durch die Schwere ihres Leidens und das quantitative Ausmaß der damit einhergehende ambulante Behandlungsbedürftigkeit oder durch die Schwere ihrer funktionellen Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungsleistungen von den krankheitsbedingten Auswirkungen im Bereich der Mobilität besonders schwer betroffen sind. Den Vorgaben des Gesetzes ist damit entsprochen. Soweit dies zur Folge hat, dass bedürftige Versicherte trotz krankheitsbedingter Notwendigkeit einer Fahrt von der Übernahme der damit verbundenen Kosten ausgeschlossen sind, verletzt dies weder den allgemeinen Gleichheitssatz und das Verbot der Diskriminierung Behinderter ([Artikel 3 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 2 GG](#)) noch das in [Artikel 20 Abs. 1 GG](#) verankerte Sozialstaatsprinzip. Der Gesetzgeber hat einen weiten Gestaltungsspielraum bei der Entscheidung, wie er unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfssituation dem verfassungsrechtlich gebotenen Mindestmaß an sozialer Absicherung gerecht wird, sofern er sich dabei nicht offensichtlich ungeeigneter oder willkürlicher Mittel bedient. Diesen Anforderungen wird die Abgrenzung zwischen den der Eigenverantwortung des Versicherten zugewiesenen und den in den Bereich der Versicherungsleistungen fallenden Fahrtkosten gerecht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 183 Satz 1](#) und [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-11-03