

L 1 KR 1010/05

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 3 KR 167/04

Datum

12.05.2005

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 1010/05

Datum

13.10.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 12. Mai 2005 wird aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme der Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen.

Der 1934 geborene Kläger ist Mitglied der beklagten Krankenkasse. Er ist anerkannter Schwer-behinderter mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 80, ohne Merkzeichen. Dem GdB liegen als Beeinträchtigungen in erster Linie eine transplantierte Niere und Verlust der Niere rechts zugrunde. Der Kläger beantragte bei der Beklagten am 13. Januar 2004, "aus zwingenden medizinischen Gründen" auch weiterhin die PKW-Fahrten zu seinem Arzt zu erstatten. Er müsse um 07:00 Uhr zur Blutentnahme im Labor sein, da seine morgendliche Einnahme eines Immunsuppressivums die Werte sonst stark verfälschen würde. Bei eventueller, vom Arzt bescheinigter Unfähigkeit am öffentlichen Verkehr teilzunehmen bitte er ausnahmsweise den Taxidienst in Anspruch nehmen zu können. Dem Antrag war eine Bescheinigung seines behandelnden Nephrologen Dr. vom 7. Januar 2004 beigelegt. Darin heißt es, der Kläger sei wegen seines Zustandes nach Organtransplantation in seiner ständigen Behandlung. Die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln sei für ihn zur Einhaltung der Sprechstundentermine nicht realisierbar. Er - Dr. - bitte daher um die Übernahme der Transportkosten ausschließlich zu den Spezialuntersuchungen in seiner Sprechstunde und zum Transplantationszentrum. Das Untersuchungsintervall schwanke je nach Komplikationslage zwischen zwei und drei Wochen.

Durch Bescheid vom 25. März 2004 lehnte die Beklagte die beantragte Kostenübernahme ab. Der zuvor eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hatte die Voraussetzungen für Fahrten zur ambulanten Behandlung zu Kassenlasten nach den Kranken-transport-Richtlinien nicht als erfüllt angesehen.

Im Widerspruchsverfahren reichte der Kläger eine weitere Bescheinigung von Dr. vom 16. März 2004 ("Ausnahmeantrag") ein, in der dieser betonte, dass die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel für den Kläger aufgrund der erhöhten Infektanfälligkeit (Folge der Mehrfach-Immunsuppression) nicht zumutbar sei. Durch Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 2004 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Nach dem ab Januar 2004 geltenden neuen Recht könnten die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung nur noch in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden, so für Fahrten zur ambulanten Dialyse oder zur onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie. Auch wenn der Kläger regelmäßige Kontrolluntersuchungen wahrzunehmen habe, sei die Behandlungsfrequenz doch nicht derjenigen der vorgenannten Behandlungen vergleichbar. Der Kläger sei auch weder Schwerbehinderter mit den Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (blind) oder "H" (hilflos) noch in die Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft. Auch sei er nicht von einer den genannten Kriterien vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen.

Im Laufe des Verfahrens vor dem Sozialgericht (SG) Potsdam erging noch der Bescheid der Beklagten vom 8. September 2004, mit dem sie den Antrag des Klägers auf weitere Kosten-übernahme der Fahrten zur ambulanten Behandlung ab 24. Juni 2004 ablehnte.

Das SG holte u. a. einen Befundbericht von Dr. (vom 13. Januar 2005) ein. Darin heißt es, der Kläger werde lebenslanglich mit einer hohen Behandlungsfrequenz in spezialistischer Kontrolle verbleiben. Die Behandlungsfrequenz schwanke zwischen 2 x/Woche und 21 Tagen je nach aktuellen Befunden.

Die Beklagte hat sich dazu dahin geäußert, bei der Angabe "2 x/Woche" müsse es sich um ein Versehen handeln. Dies widerspreche den

früheren Angaben des Nephrologen. Nach den vom Kläger eingereichten Fahrkostenrechnungen suche er die Praxis Dr. durchschnittlich 2 x im Monat auf. Der Kläger fahre mit dem eigenen PKW und beziffere seine Fahrkosten-forderungen für Januar bis Juni 2004 mit 177,76 EUR. Diese Summe sei plausibel, bezogen auf durchschnittlich 2 Arztbesuche im Monat. Damit entspreche die Behandlungsfrequenz nicht den Anforderungen nach den Krankentransport-Richtlinien. Die eigenen Angaben des Klägers über seine Gehbeschwerden sowie die ärztlichen Angaben in den eingeholten Befundberichten ließen auch nicht darauf schließen, dass er die alternativen Anforderungen der vorgenannten Richtlinien erfülle, also insbesondere eine dem Merkzeichen "aG" vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität vorliege. Beim Kläger sei nicht einmal das Merkzeichen "G" (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) festgestellt.

Durch Urteil vom 12. Mai 2005 gab das SG der auf Erstattung der – auch künftigen – Fahrkosten zur ambulanten Behandlung bei Dr. gerichteten Klage statt. Es vertrat die Auffassung, dass die Anforderungen der Krankentransport-Richtlinien an einen Ausnahmefall für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung erfüllt seien, weil die Therapie des Klägers neben den in diesem Zusammenhang sonst noch erforderlichen und gegebenen Voraussetzungen auch eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweise. Zwar sei der Beklagten zuzugestehen, dass die Behandlung bei Dr. im Durchschnitt nur 2 x im Monat stattfinde. Doch sei für die Behandlungsfrequenz nicht auf die namentlich als Ausnahmefälle aufgeführten Therapien (Dialysebehandlung, onkologische Therapien) abzustellen. Denn diese bezeichneten nur Regelausnahmen. Die Liste sei aber nicht abschließend. Im Übrigen sei die Behandlungsfrequenz zwar bei der Dialysebehandlung wesentlich häufiger als 2 x monatlich (mindestens 3 x wöchentlich), doch sei auch bei einer Strahlentherapie eine Behandlungsfrequenz von einer Woche, zwei Wochen oder längeren Zeiträumen je nach Grunderkrankung und Stärke des Tumors sowie der entsprechenden Strahlen- oder Chemo-therapie bekannt. Maßgeblich sei letztlich, dass die Liste der ausdrücklich genannten Ausnahmefälle nicht abschließend sei, hier jedoch die Kriterien der Krankentransport-Richtlinien "Behandlung nach vorgegebenem Behandlungsschema über einen längeren Zeitraum mit häufiger Behandlungsfrequenz" erfüllt seien. Zudem liege aufgrund der Schwere der Erkrankung des Klägers ein besonderer Fall vor, der "nicht generell übertragbar" sei.

Mit der Berufung macht die Beklagte geltend, das SG habe zu Unrecht eine "häufige" Behandlungsfrequenz genügen lassen. Indes sei in den Krankentransport-Richtlinien bewusst der Begriff "hohe" Behandlungsfrequenz verwendet worden, um dem Ausnahmecharakter der Vorschrift gerecht zu werden. Es müsse sich um Fälle handeln, die vom Regelfall der Fahrten zu ambulanten Behandlungen signifikant abweichen. Nach dem Patientenratgeber Chemo-therapie des Tumorzentrums Freiburg würden die meisten Chemotherapien in einer Mehrzahl von Zyklen dergestalt durchgeführt, dass der Patient die Medikamente an einem Tag oder an mehreren Tagen hintereinander erhalte, gefolgt von Pausen von zwei bis vier Wochen. Nach dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg sei es bei der häufigsten Form der Bestrahlung üblich, diese mit kleinen Einzeldosen vier- bis fünfmal pro Woche durchzuführen (Fraktionierung). Im Durchschnitt seien insgesamt zwischen 25 und 35 Bestrahlungen nötig. Die ambulante Dialyse werde, wie das SG zutreffend dargelegt habe, im Regelfall 3 x wöchentlich durchgeführt. Die Krankenkassen-Spitzenverbände hätten empfohlen, dann von einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum im Sinne der Krankentransport-Richtlinien auszugehen, wenn eine mindestens 2 x wöchentliche Behandlung über mindestens 6 Monate vorliege.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 12. Mai 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten (einschließlich der Akte des SG – [S 3 KR 167/04](#) –) und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist begründet.

Entgegen der Ansicht des SG hat der Kläger keinen Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten zur Behandlung bei Dr ...

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - Modernisierungsgesetz - GMG) hat die bisherige Regelung, nach der die Krankenkasse die Kosten für Fahrten zu ambulanten Behandlungen zu übernehmen hatte, außer Kraft gesetzt. Nach § 60 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V übernimmt die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 mit Verbindlichkeit auch für die Versicherten ([§ 91 Abs. 9 SGB V](#)) festgelegt hat. Nach § 8 der entsprechenden Krankentransport-Richtlinien können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse (Abs. 1). Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

- dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapie-schema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und

- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheits-verlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist (Abs. 2 Satz 1).

Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen (Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie, onkologische Chemotherapie) in der Regel erfüllt (Satz 2). Diese Liste ist nicht abschließend (Satz 3).

Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufen 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen (Abs. 3 Satz 1). Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer den Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen (Satz 2).

Die alternativen Voraussetzungen dieser Vorschrift (§ 8 Abs. 2 oder 3 der Richtlinien) erfüllt der Kläger nicht.

Dies gilt allerdings nicht schon im Hinblick auf die vorausgesetzte vertragsärztliche Verordnung. Diese ist nach § 2 der Richtlinien auf dem vereinbarten Vordruck auszustellen (Satz 1) und zwar – außer in Notfällen – vor der Beförderung (Abs. 2), wobei die Inhalte der Verordnung in Anlage 1 geregelt sind (Satz 2). An einer solchen Verordnung bzw. an solchen Verordnungen fehlt es hier. Indes sind diese bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug – um die es hier im Grundsatz geht und die der Kläger jedenfalls für die Vergangenheit allein in Rechnung gestellt hat – (ebenso wie bei Fahrten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel) nicht erforderlich (Abs. 3).

Doch fehlt es an einem Ausnahmefall nach § 8 Abs. 2 oder Abs. 3 der Richtlinien.

Das Therapieschema bei Dr. weist keine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum auf, weshalb die alternativen Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 der Richtlinien nicht erfüllt sind. Wenn die Richtlinien davon ausgehen, dass Dialysebehandlungen sowie onkologische Strahlen- und Chemotherapien in der Regel eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweisen, dann liegt es allerdings nahe, diesen unbestimmten Rechtsbegriff an den Regelverhältnissen bei den vorgenannten Therapien zu messen. Diese Verhältnisse bieten zwar insoweit kein einheitliches Bild, als nach den Ermittlungen der Beklagten Chemotherapien auch in der Weise durchgeführt werden können, dass der Patient die Medikamente jeweils nur an einem Tag mit Pausen von 2 – 4 Wochen erhält. Da diese Form der Behandlung von allen anderen aber deutlich abweicht, ist davon auszugehen, dass sie nicht unter die in den Richtlinien (§ 8 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Anlage 2) genannte Regel fällt, diese vielmehr durch jene Behandlungsdichte geprägt ist, die den in Anlage 2 der Richtlinien genannten Therapien – eben mit Ausnahme vorgenannter Form der Chemotherapie – gemein ist. Diese Therapien zeichnen sich aber durch eine Behandlungsdichte von deutlich mehr als durchschnittlich 2 x monatlich aus. Von daher lässt sich im Falle des Klägers die Annahme einer hohen Behandlungsfrequenz nicht begründen.

Selbst wenn man meinen wollte, dass der Begriff der hohen Behandlungsfrequenz nicht allein aus sich selbst heraus sondern unter Berücksichtigung der Länge des Behandlungszeitraumes zu interpretieren sei, ergibt sich nichts anderes. Einerseits handelt es sich auch bei Dialyse-Patienten – ebenso wie beim Kläger – um einen zeitlich unbegrenzten Behandlungszeitraum. Andererseits gilt: Je weniger dicht die Behandlungsfrequenz ist, desto leichter sind die Kosten zu tragen, auch wenn es sich um eine Dauerbelastung handelt. Entscheidend bleibt deshalb ein Mindestmaß an Behandlungsdichte, das das Attribut einer hohen Behandlungsfrequenz noch rechtfertigt, einen noch als "länger" zu bezeichnenden Behandlungszeitraum vorausgesetzt. Denn auch eine hohe Behandlungsfrequenz für einen relativ kurzen Zeitraum stellt sich noch nicht als besonderer Ausnahmefall dar.

Die Empfehlung der Krankenkassen-Spitzenverbände zur Interpretation der Voraussetzung "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" dürfte den Vorstellungen des Richtliniengebers und der gesetzlichen Vorgabe des besonderen Ausnahmefalls im Grundsatz gerecht werden. Sie mag zwar modifizierungsfähig dahin sein, dass bei einer sehr hohen Behandlungsfrequenz – etwa einer erforderlichen Behandlung 4 x in der Woche – auch eine etwas kürzere Zeit als ein 6-Monats-Zeitraum als "längerer" Zeitraum ausreichen könnte. Umgekehrt könnten bei einem sehr langen Behandlungszeitraum an den Begriff "hohe Behandlungsfrequenz" etwas geringere Anforderungen als 2 x wöchentlich zu stellen sein. Das kann jedoch dahinstehen. Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdichte von nur 2 x im Monat über einen längeren Zeitraum – wie sie beim Kläger bisher festzustellen ist – lässt sich jedenfalls – ohne sich vom Maßstab der Regelausnahmen allzu weit zu entfernen – von einer hohen Behandlungsfrequenz noch nicht sprechen. Insoweit ist es nicht zu beanstanden, wenn die Übernahme der Fahrkosten nicht mehr dem – nur noch die "besonderen Ausnahmefälle" einbeziehenden – Pflichtenkreis der Krankenkasse, sondern dem Eigenverantwortungsbereich des Versicherten zugeordnet wird.

Dass die Voraussetzungen des § 8 Abs. 3 der Richtlinien nicht erfüllt sind, hat die Beklagte mit zutreffender Begründung dargelegt. Diese Darlegungen macht sich der Senat zu Eigen und verweist auf sie. Der Kläger hat dagegen auch keine Einwendungen erhoben. Das SG hat den angefochtenen Bescheid in der Fassung des Widerspruchsbescheides insoweit offenbar ebenfalls für bedenkenfrei gehalten.

Die Kostenentscheidung nach [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entspricht dem Ergebnis in der Hauptsache.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-01-11