

L 10 KR 64/07

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 17 KR 202/05
Datum
01.08.2007
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 10 KR 64/07
Datum
29.01.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Fahrtkosten; ambulante Kontrolluntersuchung

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 1. August 2007 – [S 17 KR 202/05](#) – wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Fahrtkosten zu einer ambulanten Kontrolluntersuchung nach Nierentransplantation.

Die 1946 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Im Jahre 1994 wurde bei ihr eine Nierentransplantation in der Universitätsklinik der M.-Universität in H. durchgeführt. Seitdem unterzieht sie sich dauerhaft zur Minimierung von Abstoßreaktionen einer Immunsuppressions-Therapie. Zur Therapiesteuerung und Früherkennung von Veränderungen im transplantierten Organ finden etwa vierteljährlich Kontrolluntersuchungen in der Transplantationsambulanz der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie der M. -Universität in H. statt.

Die Klägerin, die über Pkw und Führerschein verfügt, benutzt für die Fahrten zu den Kontrolluntersuchungen ein Taxi. Die einfache Strecke zwischen ihrem Wohnort in Z. (Sachsen-Anhalt) und H. beträgt ca. 60 km. Bis zu Beginn des Jahres 2005 erstattete die Beklagte ihr die Kosten. Mit Schreiben vom 22. März 2005 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Genehmigung von Taxikosten zur Kontrolluntersuchung am 14. April 2005 unter Beifügung der ärztlichen Verordnung des Nephrologen an der M. -Universität Dr. R. (Bl. 13-14 der Verwaltungsakte = VA). Darin ist vermerkt, dass auf Grund der Nierentransplantation mit anschließender immunsuppressiver Therapie ein vergleichbarer Ausnahmefall zur hochfrequenten Behandlung vorliege. Die aus der Immunsuppressions-Therapie folgende erhöhte Infektionsgefahr bedinge die Meidung öffentlicher Verkehrsmittel und die Beförderung mit einem Taxi. Die Kontrolluntersuchungen seien unbefristet quartalsweise notwendig. Schließlich erfolge die ambulante Behandlung auch zur Vermeidung eines stationären Aufenthalts (Bl. 15, 16 VA).

Mit Bescheid vom 29. März 2005 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die seit dem 1. Januar 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz geänderte Rechtslage eine Genehmigung der Kostenübernahme ab (Bl. 8-9 VA). Die Klägerin führte die Fahrt am 14. April 2005 mit einem Taxi durch. Die von ihr getragenen Kosten beliefen sich auf 129,50 EUR für Hin- und Rückfahrt.

Am 17. Mai 2005 ging bei der Beklagten ein Schreiben des Ärzteteams des Transplantationszentrums der Universitätsklinik H. vom 12. Mai 2005 ein, in dem dazu aufgefordert wurde, nierentransplantierten Patienten im Stadium der Kontrolluntersuchungen Fahrtkostenunterstützung nach Einzelfallprüfung zu gewähren (Bl. 6-7 VA). Die Kontrolluntersuchungen durch erfahrene Fachmediziner in Transplantationszentren seien geboten. Die betroffenen Patienten aus den neuen Bundesländern müssten vielfach von niedrigen Renten oder Sozialhilfe leben und könnten die zum Teil erheblichen Fahrtkosten nicht aufbringen. Aus medizinischer Sicht komme den nierentransplantierten Patienten der Status eines "chronisch Kranken" zu.

Mit Schreiben vom 18. Mai 2005, bei der Beklagten am 23. Mai 2005 eingegangen, beantragte die Klägerin eine "Überprüfung" der Ablehnung ihres Fahrtkostenübernahmeantrages (Bl. 3 VA). Die Beklagte behandelte dieses Schreiben als Widerspruch gegen ihren Bescheid vom 29. März 2005 und wies diesen nach Einholung einer - ablehnenden - Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen unter Hinweis auf die seit dem 1. Januar 2004 geltende Rechtslage mit Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 2005 als unbegründet zurück (Bl. 22-25 VA). Gemäß [§ 60 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. § 8 der Krankentransportrichtlinien

(KrTRL) komme die Übernahme von Fahrtkosten und Krankentransportkosten nur noch in besonderen Ausnahmefällen in Betracht. Ein solcher liege nicht vor. Weder könne bei den quartalsweise anfallenden Untersuchungen eine "hohe Behandlungsfrequenz" i.S.v. § 8 Abs. 2 KrTRL angenommen werden noch lägen bei der Klägerin Mobilitätseinschränkungen vor, die mit den in § 8 Abs. 3 KrTRL genannten Einschränkungen vergleichbar seien (Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H"; Pflegestufe 2 oder 3 gem. [§ 15 SGB XI](#)).

Mit ihrer am 1. August 2005 beim Sozialgericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie hat geltend gemacht, dass sie altersbedingt nur noch kurze Strecken mit ihrem Pkw fahre. Sie leide unter Wetterfühligkeit und Bluthochdruck. Eine Fahrt mit dem eigenen Pkw sei ihr auch deshalb nicht zumutbar, weil sie zur Kontrolluntersuchung morgens um 7.00 Uhr nüchtern in H. erscheinen müsse. Öffentliche Verkehrsmittel müsse sie nach ärztlichem Rat wegen der erhöhten Infektionsgefahr meiden. Im Übrigen erfordere eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Z. nach H. für eine Strecke ca. drei Stunden Zeitaufwand. Weiter hat die Klägerin auf ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, wie sie in ihrem Prozesskostenhilfeantrag wiedergegeben werden, verwiesen und geltend gemacht, dass sie finanziell nicht in der Lage sei, die Taxikosten zu tragen. Ein Erstattungsanspruch folge sowohl aus dem Gesichtspunkt der hohen Behandlungsfrequenz i.S.v. § 8 Abs. 2 KrTRL (quartalsweise bei unbefristeter Dauer) als auch aus ihrer eingeschränkten Mobilität gem. § 8 Abs. 3 KrTRL (Meidung öffentlicher Verkehrsmittel). Darüber hinaus sei ein Anspruch aus dem Gesichtspunkt der nachstationären Behandlung gem. [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4](#) i.V.m. [§ 115a SGB V](#) gegeben.

Dem gegenüber hat die Beklagte ihre im Widerspruchsbescheid dargelegte Rechtsauffassung im Rechtsstreit aufrechterhalten und zusätzlich ausgeführt, dass die Kontrolluntersuchungen bei der Klägerin keine nachstationäre Behandlung i. S. v. [§§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, 115a SGB V](#) darstellten.

Das Sozialgericht hat nach Einholung der Befundberichte von Dr. R. (Bl. 30-80 der Gerichtsakten = GA) und Prof. Dr. W. (Bl. 89-98 GA, zu einer stationären Behandlung der Klägerin vom 28. Februar bis 7. März 2005 wegen des Verdachts der Transplantatabstoßung) die Klage mit Urteil vom 1. August 2007 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass der Anspruch weder aus [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 8 KrTRL noch aus [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4](#) i.V.m. [§ 115a SGB V](#) folge. Die quartalsmäßigen Kontrolluntersuchungen erfüllten nicht das Tatbestandsmerkmal der "hohen Behandlungsfrequenz" nach § 8 Abs. 2 KrTRL, wie ein Vergleich mit den in der Anlage 2 zur KrTRL angeführten Beispielen für solche Ausnahmefälle ergebe. Auch eine Mobilitätseinschränkung von solchem Ausmaß, wie sie § 8 Abs. 3 KrTRL fordere, liege bei der Klägerin nicht vor. Die fehlende Möglichkeit zur Nutzung des eigenen Kraftfahrzeuges und öffentlicher Verkehrsmittel sei mit den dort aufgeführten Mobilitätsbeschränkungen nicht vergleichbar. Die Kontrolluntersuchungen nach Organtransplantation i.S.v. [§ 115a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) erfüllten schließlich nicht die Anforderungen des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#), da durch sie eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung weder vermieden noch verkürzt werde, noch eine solche Krankenhausbehandlung nicht ausführbar sei. Vielmehr sei eine Krankenhausbehandlung überhaupt nicht indiziert.

Gegen das am 12. Oktober 2007 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer vom Sozialgericht zugelassenen und am 1. November 2007 beim Landessozialgericht eingegangenen Berufung. Sie beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Halle vom 1. August 2007 – [S 17 KR 202/05](#) – sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 29. März 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2005 zu verpflichten, die Kosten für die Fahrt zur quartalsweisen ambulanten Kontrolluntersuchung am "14. Mai 2005" von Z. nach H. in die M-Universitätsklinik in Höhe von 129,50 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beide Beteiligten wiederholen und vertiefen ihr erstinstanzliches Vorbringen im Berufungsrechtszug nach Maßgabe ihrer Schriftsätze vom 11. Januar 2007 (Klägerin) und vom 29. November 2007 (Beklagte).

Die Verwaltungsakte der Beklagten hat dem Senat vorgelegen und ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte sowie infolge Zulassung statthafte Berufung ([§ 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist unbegründet. Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der ablehnende Bescheid der Beklagten vom 29. März 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2005 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht i.S.v. [§§ 153 Abs. 1, 54 Abs. 2 SGG](#). Die Klägerin kann von der beklagten Krankenkasse die Erstattung der von ihr für die Fahrt zur ambulanten Behandlung am 14. April 2005 aufgewendeten Fahrtkosten nicht verlangen.

I.

Die Klage ist nicht bereits deshalb unbegründet, weil die Klägerin es versäumt hat, gegen den Bescheid der Beklagten vom 29. März 2005 fristgerecht Widerspruch einzulegen. Die Beklagte hat nämlich den verfristeten Antrag der Klägerin auf "Überprüfung" vom 18. Mai 2005 als Widerspruch behandelt und sachlich beschieden. Hierdurch wurde die Fristversäumung geheilt (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 9. Aufl. § 84 Rz. 7 m.w.N.).

II.

Der Anspruch folgt nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) i.V.m. [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und den hierzu ergangenen Krankentransportrichtlinien. Gemäß [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger

Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen. Diese hat der Gemeinsame Bundesausschuss gem. [§§ 60 Abs. 1 Satz 3, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) in § 8 Abs. 2 und 3 KrTRL festgelegt. Die Krankentransportrichtlinien enthalten grundsätzlich eine gesetzeskonforme Konkretisierung der Ausnahmen i.S.d. [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); die Beschränkung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf einen abgeschlossenen Katalog ist auch grundsätzlich verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BSG v. 26. September 2006 – [B 1 KR 20/05 R, SozR 4-2500 § 60 Nr. 1](#)).

Die Voraussetzungen des § 8 KrTRL liegen nicht vor.

1. Gemäß § 8 Abs. 2 KrTRL setzen Verordnung und Genehmigung einer ambulanten Krankenfahrt voraus, dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und dass außerdem 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. Anlage 2 KrTR enthält eine - nicht abschließende - Liste von Ausnahmefällen, die diese Anforderungen in der Regel erfüllen (Dialysebehandlung, onkologische Strahlen- oder Chemotherapie).

Im Falle der Klägerin sind die Anforderungen nicht erfüllt. Dabei kann dahinstehen, ob die bei der Klägerin durchgeführten Kontrolluntersuchungen nach einer Organübertragung überhaupt unter den Begriff "Behandlung" i.S.d. [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) fallen, wie das Sozialgericht in Zweifel zieht. Es spricht allerdings viel dafür, den Begriff der "Behandlung" im Hinblick auf [§ 28 Abs. 1 SGB V](#) auch auf derartige Kontrolluntersuchungen zu erstrecken, zumal sie zumindest auch der Früherkennung von Krankheiten, nämlich etwaigen Abstoßreaktionen in Bezug auf das transplantierte Organ, dienen. Die Kontrolluntersuchungen bei der Klägerin erfüllen aber weder das Erfordernis einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum noch beeinträchtigen sie oder der zu ihnen führende Krankheitsverlauf die Klägerin in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Seele unerlässlich wäre.

a) § 8 Abs. 2 KrTRL stellt zunächst in zeitlicher Hinsicht sowohl auf die Häufigkeit als auch auf die Gesamtdauer der Behandlung ab. Das erscheint angemessen, da es einen Unterschied macht, ob in absoluten Zahlen gleich hohe Gesamtfahrtkosten etwa innerhalb eines halben Jahres oder innerhalb mehrerer Jahre aufzubringen sind. Der Unterschied in der finanziellen Belastung ist dabei durch Häufigkeit und Dauer der Behandlung und damit allein medizinisch begründet.

Ob eine hohe Behandlungsfrequenz für einen längeren Zeitraum i.S.v. § 8 Abs. 2 KrTRL anzunehmen ist, bestimmt sich in Ermangelung anderer Anhaltspunkte danach, ob die Behandlung, deretwegen die Fahrten durchgeführt werden sollen, mit den in Anlage 2 der Richtlinien aufgelisteten Ausnahmefällen in ihrem zeitlichen Ausmaß vergleichbar ist. Die in Anlage 2 der Krankentransportrichtlinie aufgelisteten Ausnahmefälle (onkologische Strahlen- oder Chemotherapie, Dialyse) erfordern in der Regel eine wöchentlich mehrfache Behandlung über einen Zeitraum von mehreren Monaten. Ist eine ambulante Behandlung dagegen dauerhaft regelmäßig notwendig, führt auch eine Therapie, die nur einmal pro Woche stattfindet, zu einer den Beispielfällen entsprechenden Belastung (BSG v. 28. Juli 2008 – [B 1 KR 27/07 R, Juris](#)).

Damit ist das zeitliche Ausmaß der Behandlung der Klägerin nicht vergleichbar. Die Kontrolluntersuchungen nach Nierentransplantation im Jahre 1994 sind zwar auch im Jahre 2005 noch auf unabsehbare Zeit und damit "dauerhaft" erforderlich. Doch fehlt es an der gebotenen Häufigkeit. Nach ärztlicher Auskunft ist eine Kontrolluntersuchung bei der Klägerin etwa drei- bis viermal im Jahr erforderlich (vgl. einerseits Stel-lungnahme Dr. R. vom 18.02.2005 Bl. 11 - 12 d. VA: dreimal jährlich, andererseits Verordnung der Krankenbeförderung durch Dr. R. i vom 14.04.2005 Bl. 13 und 16 d. VA: quartalsweise). Dabei ist nicht berücksichtigt, dass sich der Bedarf an Kontrolluntersuchungen nach der im Jahre 2005 immerhin elf Jahre zurück liegenden Nierentransplantation in den kommenden Jahren weiter verringern könnte. Diese Behandlungsfrequenz liegt deutlich außerhalb des zeitlichen Ausmaßes, das die in der Anlage 2 zur Krankentransportrichtlinie aufgeführten Ausnahmefälle umreißen. Dies gilt auch angesichts ihrer Dauerhaftigkeit, zumal statistisch in Deutschland durchschnittlich ca. 18 Arztkontakte pro Kopf und Jahr gezählt werden (Bericht der Gmünder Ersatzkasse vom 15. Januar 2009, aufrufbar im Internet unter <http://www.gek.de/presse/meldungen/pm/archiv-2009/2009-01-15.html>). Auch wenn diese Zahl nicht für ein einzelnes Behandlungsschema gilt, wie es § 8 Abs. 2 KrTRL vorgibt, relativiert sie doch die hier gegebene Anzahl von maximal vier Untersuchungen pro Jahr.

Eine Übersicht über die bisher ergangene Rechtsprechung bestätigt das: So wurde eine einmal wöchentlich stattfindende dauerhafte Behandlung (LDL-Apherese) als vergleichbare zeitliche Belastung angesehen (BSG v. 28. Juli 2008 – [B 1 KR 27/07 R, Juris](#); a.A. die Vorinstanz LSG Rheinland-Pfalz v. 6. September 2007 – [L 5 KR 43/07, Juris](#)). Als unzureichend beurteilt wurden langwierige psychiatrische Behandlungen im Abstand von drei bis vier Wochen (LSG Hamburg v. 30. Juli 2008 – [L 1 KR 17/08, Juris](#)), eine monatliche Nachkontrolle (Hessisches LSG v. 26. Juni 2008 – [L 7 SO 43/08 B ER, SAR 2008, 99](#)), Kontrolluntersuchungen nach Herztransplantation alle acht Wochen (LSG Rheinland-Pfalz v. 17. August 2006 – [L 5 KR 65/06, Juris](#)) sowie Kontrolluntersuchungen nach Nierentransplantation alle zwei Monate (LSG Berlin-Brandenburg v. 13. Oktober 2006 – [L 1 KR 1010/05, Juris](#)). Lediglich in einem Fall wurden quartalsmäßige Kontrolluntersuchungen nach Lungentransplantation im Hinblick auf die Gesamtdauer dieser Untersuchungen und die entfernungsbedingten hohen Kosten im Einzelfall bei summarischer Prüfung im einstweiligen Rechtsschutz als ausreichend angesehen (SG Koblenz v. 29. März 2006 – [S 5 ER 63/06 KR, ASR 2006, 133](#)). Auf die effektiven Kosten kommt es jedoch nicht an (vgl. dazu sogleich).

Es ist nicht zu beanstanden, dass § 8 Abs. 2 KrTRL nur auf Häufigkeit und Dauer der Behandlung abstellt und sowohl die im konkreten Fall zurückzulegende Fahrtstrecke als auch die jeweilige wirtschaftliche Lage des Versicherten außer Betracht lässt. Zwar verfolgt die Norm den Zweck, Versicherte in bestimmten Ausnahmefällen von krankheitsbedingten Fahrtkosten und somit finanziell zu entlasten. Auch kann die tatsächliche Belastung des Versicherten durch die Fahrtkosten nur unter Berücksichtigung der jeweiligen Entfernung zwischen seinem Wohnort und dem nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsort (vgl. § 3 Abs. 2 KrTRL) sowie seiner wirtschaftlichen Lage bestimmt werden. Dass die Krankentransportrichtlinie diese Aspekte außer Betracht lässt und nur an Behandlungsdauer und Behandlungshäufigkeit des jeweiligen Behandlungsschemas anknüpft, ist aber mit der gesetzlichen Grundlage in [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) vereinbar. Denn abweichend von der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Regelung, wonach undifferenziert Fahrtkosten in "Härtefällen" zu zahlen waren, hat der Gesetzgeber in [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (GMG, BGBl. I 2190) stärker auf die medizinische Notwendigkeit der im Zusammenhang mit der Krankenkassenleistung erforderlichen Fahrt abgestellt und die Möglichkeit der Krankenkassen, Fahrtkosten generell in Härtefällen zu übernehmen, verfassungskonform beseitigt (BSG vom 26. September 2006 – [B 1 KR 20/05 R, SozR 4-2500 § 60 Nr. 1](#)). Eine Berücksichtigung der konkreten Entfernung zum jeweiligen Wohnort des Versicherten und seiner finanziellen Verhältnisse stünde hierzu in Widerspruch. Die

daraus resultierenden Belastungen sind nicht allein durch die ambulante Behandlung veranlasst, wie es bei den Kriterien der Häufigkeit und der Dauer der Behandlung der Fall ist.

Die Differenzierung des Gesetz- und des Richtliniengebers ist auch mit Blick auf das Gebot des allgemeinen Gleichheitssatzes aus [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#), Gleiches gleich und Ungleiches entsprechend seiner Eigenart verschieden zu behandeln, sachgerecht. Auch wenn berücksichtigt wird, dass der Zweck des § 8 Abs. 2 KrTRL auf Entlastung von hohen Fahrtkosten zielt, die durch bestimmte Behandlungsschemata ausgelöst werden, war der Richtliniengeber nicht gehalten, auf die absolute Höhe der aufgewendeten Fahrtkosten und ihre wirtschaftliche Tragbarkeit im Einzelfall abzustellen. Zum einen ist die Wahl des Wohnortes von vielen Gesichtspunkten aus dem Privatkreis des Versicherten abhängig und wird häufig von unterschiedlich hohen Lebenshaltungskosten begleitet (etwa im ländlichen Bereich). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei großer Entfernung und einem Behandlungsschema, das die zeitlichen Maßgaben der in der Anlage 2 zu den Krankentransportrichtlinien angeführten Beispielfälle erfüllt (etwa einer Dialyse), für Versicherte mit weitem Anfahrtsweg auch entsprechend höhere Fahrtkosten von der Versichertengemeinschaft aufzubringen sind als für Versicherte, die in näherer Umgebung des Behandlungsortes wohnen. Zum anderen stehen für die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage des Versicherten im Einzelfall andere soziale Sicherungssysteme zur Verfügung (SGB II, SGB XII). Wenn die Regelung somit allein danach differenziert, welche Kosten aus rein medizinischen Gründen erhöht und unterstützungswürdig sind, erscheint dies auch angesichts der Bedeutung einer Kostendämpfung in der GKV für das Allgemeinwohl angemessen. Gerade im Gesundheitswesen hat der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht (vgl. BVerfG v. 20.3.2001 – [1 BvR 491/96](#), [BVerfGE 103, 172](#) (184)). Schließlich ist auch die Praktikabilität der Regelung zu bedenken: Die Feststellung von Behandlungsfrequenz und Dauer eines medizinischen Behandlungsschemas durch die Krankenkassen erscheint problemlos. Die weiteren Feststellungen der konkreten Höhe von Fahrtkosten und ihrer wirtschaftlichen Tragbarkeit für den Versicherten bedeuten hingegen einen erheblichen und sachfremden Zusatzaufwand.

b) Eine Beförderung der Klägerin war überdies nicht zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich, wie es § 8 Abs. 2 KrTRL weiter verlangt. Dafür genügt zunächst nicht, dass die Behandlung selbst unerlässlich ist, zu der befördert werden soll. Dies wird bei ärztlicher Behandlung regelmäßig der Fall sein. Daher muss gerade die Beförderung (nicht: Fahrt) zur (ambulanten) Behandlung aus medizinischen Gründen unerlässlich sein (BSG vom 26. September 2006 – [B 1 KR 20/05 R](#), [SozR 4-2500 § 60 Nr. 1](#) unter Rdz. 13). Dies ist in § 8 Abs. 2 Satz 1 zweiter Spiegelstrich KrTRL zutreffend deutlich zum Ausdruck gekommen. Im Streitfall ist der Transport der Klägerin zu den Kontrolluntersuchungen nicht in diesem Sinne aus medizinischen Gründen unerlässlich. Insbesondere folgt das nicht daraus, dass die Klägerin infolge fortdauernder Immunsuppressions-Therapie auch elf Jahre nach der Nierentransplantation nach ärztlichem Rat wegen deutlich erhöhter Infektionsgefahr öffentliche Verkehrsmittel meiden soll (so die Begründung von Dr. R. für die verordnete Taxifahrt). Dieser Umstand macht eine Beförderung noch nicht unerlässlich i.S.v. § 8 Abs. 2 KrTRL. Weder die Behandlung (Kontrolluntersuchung) noch der zur Behandlung führende Krankheitsverlauf (Zustand nach Nierentransplantation) bedingen eine Beförderung der Klägerin in diesem Sinne. So könnte die Klägerin beispielsweise Auto fahren. Dass sie dies wegen der Entfernung von ca. 60 km, wegen ihres Alters von 59 Jahren (in 2005), wegen Wetterfühligkeit und wegen Bluthochdrucks ablehnt, liegt weder an der Behandlung noch am Krankheitsverlauf. Der einzige behandlungsbedingte Umstand, nämlich dass die Klägerin um 7.00 Uhr morgens bereits nüchtern zur Kontrolluntersuchung erscheinen muss, lässt nach Auffassung des Senats ihre Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben nicht unerlässlich erscheinen.

2. Ein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme bzw. Erstattung folgt auch nicht aus § 8 Abs. 3 KrTRL. Da die Klägerin weder über einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" verfügt noch einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 nach dem SGB XI vorweisen kann, kommt allenfalls § 8 Abs. 3 Satz 2 KrTRL als Rechtsgrundlage in Betracht. Danach muss die Klägerin von einer den vorgenannten Kriterien vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sein und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Letzteres ist ohne Zweifel der Fall, doch fehlt es an einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität. Die Klägerin ist uneingeschränkt geh- und orientierungsfähig. Eine den Pflegestufen 2 und 3 des [§ 15 Abs. 1 Nr. 2](#) und 3 SGB XI (Schwer- und Schwerstpflegebedürftige) entsprechende persönliche Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit besteht bei ihr weder dauernd noch vorübergehend.

Die Begrenzung des Anspruchs auf den so in seiner Mobilität beschränkten Personenkreis erscheint sachgerecht und hält einer Überprüfung anhand des allgemeinen Gleichheitssatzes aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) stand. Privilegiert wird ein in seiner persönlichen Mobilität aus gesundheitlichen Gründen besonders stark eingeschränkter Personenkreis. Zu dessen Abgrenzung kann zudem auf gesetzlich festgelegte Kriterien zurückgegriffen werden (Merkzeichen, Pflegestufen). Die ärztlich gebotene Meidung öffentlicher Verkehrsmittel stellt zwar ohne Zweifel auch eine erhebliche gesundheitsbedingte Einschränkung der Klägerin in ihrer Mobilität dar. Sie erreicht in der Masse der Fortbewegungsfälle aber nicht den Einschränkungsgrad der in § 8 Abs. 3 KrTRL angeführten Ausnahmen. Auch lässt sie sich nicht in gleicher Weise leicht anhand gesetzlich festgelegter Kriterien feststellen. Der Richtliniengeber konnte sie daher in seiner typisierenden Regelung außer Betracht lassen.

III.

Ferner folgt ein Anspruch auf Übernahme bzw. Erstattung der Fahrtkosten auch nicht aus [§§ 13 Abs. 3 Satz 1, 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) i.V.m. § 7 Abs. 2 lit. b KrTRL. Gemäß [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse die Fahrtkosten bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach §§ 115a oder 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist.

Auch hier kann dahinstehen, ob die Kontrolluntersuchungen nach der Organtransplantation bei der Klägerin unter den Begriff der "Krankenbehandlung" oder "Behandlung" fallen (vgl. dazu bereits oben unter I.1.a) vor aa). Der Anspruch scheitert nämlich jedenfalls daran, dass durch die Kontrolluntersuchungen nicht "eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist", wie es [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) verlangt. Allein die theoretische Möglichkeit, dass ohne die Kontrolluntersuchung eine Gesundheitsschädigung verspätet erkannt werden und daher einen (längeren) Krankenhausaufenthalt nach sich ziehen könnte, der bei Durchführung der Kontrolluntersuchung nicht erforderlich geworden wäre, genügt nicht. Vielmehr muss für die vermiedene, verkürzte oder nicht ausführbare Krankenhausbehandlung eine konkrete Indikation bestanden haben, denn sonst bestünde kein Grund für die Privilegierung bei den Fahrtkosten an dieser Stelle, wie das Sozialgericht zutreffend erkannt

hat. Durch die Einführung der vor- und nachstationären Behandlung als Krankenhausleistung in [§ 115a SGB V](#) sollten stationäre Krankenhausbehandlungen insgesamt verringert werden, um einen Bettenabbau im Krankenhaus zu ermöglichen (Fraktionsentwurf FraktE-GSG 1993 [BT-Drucks. 12/3608 S. 102](#)). Aus der Kostenersparnis auf Seiten der Krankenkassen sollte jedoch den Versicherten kein finanzieller Nachteil erwachsen. Zur Vermeidung des finanziellen Nachteils war den Krankenkassen die Übernahme der Fahrtkosten in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) auferlegt worden. Damit sachlich übereinstimmend gestattet § 7 Abs. 2 Satz 1 lit. b KrTRL die Verordnung von Taxi- und Mietwagenfahrten wohl zu vor- und nachstationären Behandlungen, nicht aber zu Kontrolluntersuchungen nach [§ 115a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#).

Der Anspruch auf Fahrtkostenübernahme setzt daher die Feststellung voraus, dass ohne die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung eine (längere) stationäre Behandlung erforderlich geworden wäre oder dass eine stationäre Krankenhausbehandlung (aus besonderen Gründen) nicht ausführbar ist. Daran fehlt es bei den Kontrolluntersuchungen der Klägerin. Der Vermerk von Dr. R. in der Verordnung der Taxifahrt, dass die ambulante Behandlung der Klägerin auch zur Vermeidung eines stationären Aufenthalts erfolge, lässt sich nicht im Sinne einer solchen, konkret drohenden Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verstehen. Dafür fehlt jeder Anhaltspunkt.

IV.

Schließlich folgt auch kein Anspruch daraus, dass einem nierentransplantierten Patienten aus medizinischer Sicht der Status eines "chronisch Kranken" zukomme, wie im Schreiben des Ärzteteams des Transplantationszentrums vom 12. Mai 2005 angenommen wird. Das Gesetz lässt den chronisch Kranken an verschiedenen Stellen besonderen Schutz angedeihen (zB [§ 62 Abs. 1 Satz 2](#), 2. Halbs. SGB V). Ein allgemeiner Grundsatz, sie von sämtlichen krankheitsbedingten Kosten freizustellen, besteht indessen nicht. Der typischen Belastung eines chronisch Kranken wird andererseits gerade in § 8 KrTRL ausreichend Rechnung getragen. Die dort geforderte Belastungsschwelle überschreiten die quartalsmäßigen Kontrolluntersuchungen der Klägerin aber - wie dargelegt - nicht.

V.

Von der Beiladung des für Sozialleistungen gem. [§§ 28 Abs. 1, 73 SGB XII](#) bzw. § 23 SGB II zuständigen Trägers der Hilfe zum Lebensunterhalt hat der Senat abgesehen. Die Klägerin hat nach Hinweis des Berichterstatters (Schreiben vom 9. Januar 2009) mitgeteilt, dass aus ihrer Sicht die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme anderer Leistungsträger als der Beklagten nicht gegeben seien.

VI.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gem. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) hat der Senat nicht gesehen. Insbesondere hat er der Sache keine grundsätzliche Bedeutung beigemessen.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02