

L 10 KR 1/09

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 4 KR 256/06
Datum
09.06.2007
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 10 KR 1/09
Datum
17.06.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 9. Juni 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Freistellung von Fahrkosten.

Der 1977 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Kläger zog sich nach einem Sturz aus großer Höhe am 19. Januar 2006 einen Beckenringbruch zu. Vom 19. Januar bis 10. Februar 2006 wurde er deswegen im Krankenhaus A. R. in S. stationär behandelt und im Rollstuhl entlassen. Im Arztbrief des Krankenhauses vom 9. Februar 2006 an den Chirurgen B. wird zum weiteren Vorgehen vorgeschlagen: "Fortsetzen der Mobilisierung im Rollstuhl für insgesamt drei Wochen ab dem 08.02.2006." (Bl. 18 R d.A.).

Am 16. Februar 2006 fuhr der Kläger – im Rollstuhl sitzend – mit dem Taxi von seinem damaligen Wohnort in W. zu dem Chirurgen B. nach H. zur weiteren Versorgung seiner Beckenringfraktur. Am 23. März 2006 reichte er bei der Beklagten eine undatierte "Verordnung einer Krankentransportbeförderung" der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. B. ein. In dem Verordnungsformular wird als Begründung für die Verordnung eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung auf Grund einer "vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität" im Sinne des § 8 Abs 3 der Krankentransportrichtlinien (KrTRL) wegen einer Beckenfraktur (ICD-10: S 32.83 Z) angegeben. Über die Art des Beförderungsmittels enthält die Verordnung keine Angaben. In der unteren Hälfte des Formulars befindet sich unter der Überschrift "Genehmigung der Krankenkasse" u.a. eine Rubrik zur Bestätigung der Fahrdurchführung, die der Kläger sowie – unter dem Datum des 21. März 2006 – der Taxiunternehmer unter Angabe der Fahrkosten iHv 50, 60 EUR unterzeichnet hatten.

Mit Bescheid vom 24. April 2006 lehnte die Beklagte eine Übernahme der Fahrkosten ab. Den Widerspruch des Klägers wies sie nach Einholung einer Stellungnahme von Dr. B. sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt (MDK) mit Bescheid vom 17. August 2006 zurück, da die Bewegungseinschränkung des Klägers nicht das nach der Krankentransportrichtlinie erforderliche Ausmaß erreicht habe.

Hiergegen wendet sich der Kläger mit seiner am 14. September 2006 beim Sozialgericht Halle eingegangenen Klage. Das Sozialgericht hat Befundberichte von Dr. B. (29. Januar 2007) und des Chirurgen B. (16. Februar 2007) eingeholt. Dr. B. hat angegeben, dass eine medizinische Notwendigkeit zur Rollstuhlbenutzung auf Grund des Beckenbruchs bis Ende April 2006 bestanden habe. Der Chirurg B. hat mitgeteilt, dass absolute Gehunfähigkeit bis zum 22. März 2006 und anschließend eingeschränkte Gehfähigkeit bestanden habe. Zuletzt habe er den Kläger am 18. September 2006 behandelt. Auf Nachfrage des Sozialgerichts hat der Kläger erklärt, er habe die Fahrkosten bisher nicht bezahlt.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 9. Juni 2007 antragsgemäß die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 24. April 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides von den Kosten der Taxifahrt am 16. Februar 2006 unter Berücksichtigung der Zuzahlung freizustellen.

Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Mobilitätseinschränkung des Klägers zum Zeitpunkt des Transportes derjenigen einer

Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen "aG" entsprochen habe. Auch habe sich der Kläger in der Zeit vom 19. Januar 2006 bis zum 18. September 2006, mithin über einen längeren Zeitraum, in ambulanter Behandlung befunden. Damit seien die Voraussetzungen des § 8 Abs 3 KrTRL erfüllt.

Auf die Beschwerde der Beklagten hat das Landessozialgericht mit Beschluss vom 4. Dezember 2008 – [4 KR 38/08](#) NZB – die Berufung zugelassen.

Die Beklagte macht geltend, dass das Sozialgericht zu Unrecht eine den Anforderungen an das Merkzeichen "aG" vergleichbare Mobilitätseinschränkung iSd § 8 Abs 3 KrTRL angenommen habe. Insbesondere fehle es an der für das Merkzeichen erforderlichen dauernden, zeitlich unbegrenzten Bewegungseinschränkung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 9. Juni 2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor, im Zusammenhang mit seinem Beckenbruch habe er nur für die fragliche Krankenfahrt am 16. Februar 2006 ein Taxi benutzt. "So ungefähr am 2. und 22. März" desselben Jahres, den beiden nächstfolgenden Behandlungsterminen bei dem Chirurgen B., sei er schon an Krücken gegangen. Genauere Angaben könne er jedoch wegen der verstrichenen Zeit nicht machen.

Der Senat hat weitere Befundberichte bzw. Stellungnahmen eingeholt. Der Chirurg B. hat unter dem 8. April 2009 die einzelnen Behandlungstermine des Klägers mitgeteilt (insgesamt in unregelmäßigen Abständen sieben Termine in sieben Monaten, vgl Bl 101 dA). Unter dem 11. Juni 2009 hat er mitgeteilt, dass eine unfallchirurgische Kontrolluntersuchung des Klägers seinerzeit unabdingbar gewesen sei. Auf Grund der Gehunfähigkeit des Klägers hätten nur die Alternativen einer stationären Behandlung einerseits oder einer ambulanten Kontrolluntersuchung mit entsprechendem Krankentransport andererseits bestanden, da eine Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel für den Kläger unzumutbar gewesen sei. Daher sei eine stationäre Behandlung abgekürzt worden. Das Krankenhaus A. R. (jetzt: H. -K. S.) hat unter dem 16. Juni 2009 ausgeführt, dass die ambulante Krankenbehandlung bei dem niedergelassenen Chirurgen die folgerichtige Fortsetzung der stationären Krankenhausbehandlung dargestellt habe; die Benutzung eines Taxis erscheine wegen der Rollstuhlbindung des Klägers gerechtfertigt. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. B. hat schließlich unter dem 30. Juni 2009 (Bl. 120) angegeben, der Kläger sei "bis ca. 24.03.06" rollstuhlgebunden und gehunfähig gewesen. Er sei von ihr mit Hausbesuchen betreut worden; die ambulante chirurgische Mitbetreuung sei notwendig gewesen, um eine stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden.

Auf Anfrage des Senats hat Dr. B. in eine Kopie ihrer undatierten Verordnung einer Krankbeförderung (ohne weitere Erläuterung) das Datum "13.02.06" eingefügt und als Beförderungsmittel "Taxi, Mietwagen" angekreuzt (Bl 127 f dA). In einer vom Senat erbetenen Stellungnahme hat Dr. H. vom MDK unter dem 10. März 2010 eingeschätzt, dass durch die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung des Klägers keine Verkürzung der stationären Krankenhausbehandlung eingetreten sei. Weder das Erfordernis einer weiteren Entlastung des rechten Beins noch die gebotene röntgenologische Verlaufskontrolle zur Prüfung der Belastbarkeit hätten die Mittel einer stationären Behandlung erfordert.

Der Kläger befindet sich seit dem 6. November 2009 in "Privatinsolvenz". Der gerichtlich bestellte Treuhänder hat auf Anfrage des Senats erklärt, dass er die Aufnahme des Rechtsstreits ablehne und den Streitgegenstand freigebe.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Insolvenzakte 59 IK 1011/09 Amtsgericht H. waren Gegenstand der Beratung und Entscheidung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf ihren Inhalt ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

A. Gemäß [§ 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) konnte der Senat ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden. Die Beteiligten haben hierzu ihr Einverständnis erklärt. Dieses gilt fort, da eine wesentlich Änderung der Prozesslage iSv [§ 202 SGG](#) iVm [§ 128 Abs 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO) danach auch in Ansehung der eingeholten Befundberichte und der Stellungnahme des MDK nicht mehr eingetreten ist (vgl OVG Niedersachsen 16. Dezember 2003 – [13 LA 355/03](#) und LSG Rheinland-Pfalz 14. Juni 1995 – [L 3 U 11/93](#), beide Juris).

B. Der Rechtsstreit ist nicht gemäß [§ 202 SGG](#) iVm [§ 240 ZPO](#) aufgrund der Insolvenz des Klägers unterbrochen. Gemäß [§ 240 ZPO](#) wird ein Verfahren unterbrochen, wenn es die Insolvenzmasse betrifft. Nach [§ 36 Abs 1 Satz 1](#) Insolvenzordnung (InsO) gehören solche Gegenstände nicht zur Insolvenzmasse, die nicht der Zwangsvollstreckung unterliegen, dh unpfändbar oder nur eingeschränkt pfändbar (vgl Eickmann in Kreft, InsO 5. Aufl § 36 Rn 5 ff) sind. Der streitgegenständliche Anspruch auf Freistellung von den Taxikosten aus Anlass der Krankenbehandlung am 16. Februar 2006 unterliegt gemäß [§ 54 Abs 2](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) nicht der Zwangsvollstreckung und fällt daher nicht in die Insolvenzmasse. Ansprüche auf einmalige Geldleistungen können danach nur gepfändet werden, soweit nach den Umständen des Falles, insbesondere nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Leistungsberechtigten, der Art des beizutreibenden Anspruchs sowie der Höhe und der Zweckbestimmung der Geldleistung, die Pfändung der Billigkeit entspricht. Das ist bei dem Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten zur Krankenbehandlung nicht der Fall. Als Annex einer höchstpersönlichen Leistung, zu dessen Durchsetzung sensible persönliche Daten in Bezug auf die Krankenbehandlung zu offenbaren sind, entspricht die Pfändbarkeit des Anspruchs insbesondere in Anbetracht seines nur geringen wirtschaftlichen Werts nicht der Billigkeit (vgl zum Ausschluss der Übertragbarkeit der Prozessführungsbefugnis eines Erstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) iSv [§ 53 Abs 2 SGB I](#) BSG 18. Juli 2006 – [B 1 KR 24/05 R](#), [BSGE 97, 6](#)). Im Übrigen hat der Treuhänder gemäß [§ 85 Abs 2 InsO](#) erklärt, dass er die Aufnahme des Rechtsstreits ablehne und den Streitgegenstand freigebe.

C. Die nach Zulassung durch das Landessozialgericht gem. [§ 145 Abs 5 SGG](#) ohne weiteres zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts ist die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gem. [§ 54 Abs 1](#) und 4, [§ 56 SGG](#) zulässige Klage nicht begründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, den Kläger von den Kosten für seine Taxifahrt am 16. Februar 2006 freizustellen. Der Bescheid der Beklagten vom 24. April 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. August 2006 ist daher rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

I. Ein Anspruch auf Freistellung von den Taxikosten folgt nicht aus dem SGB V.

1. Der Anspruch scheidet allerdings nicht bereits daran, dass die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) (insbesondere Unaufschiebbarkeit oder rechtswidrige Ablehnung der Leistung) - unstreitig - nicht vorliegen. [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ist nicht die einschlägige Rechtsgrundlage für den vom Kläger erhobenen Anspruch auf Kostenübernahme (Befreiung von Taxikosten). Die Vorschrift ist nur anwendbar, wenn sich ein Versicherter eine Sachleistung der GKV selbst, dh außerhalb des dafür vorgesehenen Weges, beschafft hat. Das ist hier nicht der Fall.

Das Kriterium des "Selbstbeschaffens" in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) dient der Abgrenzung vom gesetzlich vorgesehenen Weg der Beschaffung einer Sachleistung (vgl KassKomm/Brandts, [§ 13 SGB V](#) Rn 62). Dieser Weg führt grundsätzlich entweder über einen (vertragsgebundenen) Leistungserbringer oder einen Antrag bei der Krankenkasse (vgl KassKomm/Höfler [§ 15 SGB V](#) Rn 13). Für die Inanspruchnahme von Taxen und Mietwagen durch Versicherte gilt zwar wie im gesamten Recht der GKV grundsätzlich das Sachleistungsprinzip, soweit das SGB V nichts Gegenteiliges vorsieht (BSG 30. Januar 2001 - [B 3 KR 2/00 R, NZS 2002, 31](#)). Doch ist bei dem Beschaffungsweg für diese Leistungen nach Auffassung des Senats zu unterscheiden.

Bei Krankentransporten handelt es sich in der Regel zwar um Naturalleistungen der GKV (BSG 28.07.2008 - [B 1 KR 27/07 R, SozR 4-2500 § 60 Nr 5](#)). Die Transportleistungen sind aber ganz unterschiedlicher Art. Zum Teil handelt es sich um solche, die eine Krankenkasse als grundsätzlich dem Naturalleistungsprinzip unterliegender Leistungsträger (vgl [§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) typischerweise überhaupt als Sach- oder Dienstleistung erbringen (lassen) kann (z.B. Rettungsfahrten, Rettungsflüge, Fahrten mit speziellen Krankenkraftwagen). Zum Teil handelt es sich demgegenüber um Transporte, die einer Krankenkasse bei wirklichkeitsnaher Betrachtung von vornherein nicht als "eigene" bzw eigenorganisierte Naturalleistung zugerechnet werden können (z.B. Fahrten des Versicherten im privaten PKW oder Benutzung öffentlicher Nahverkehrsmittel). Dem trägt [§ 60 Abs 1 SGB V](#) Rechnung, indem die Vorschrift insoweit den Anspruch des Versicherten auf die "Kosten" als Ausgleich der entstandenen notwendigen finanziellen Aufwendungen selbst richtet (BSG 28.07.2008 - [B 1 KR 27/07 R, SozR 4-2500 § 60 Nr 5](#)).

In der vorgenannten Entscheidung hat das Bundessozialgericht die Transporte durch Taxis und Mietwagen nicht erwähnt. Nach Auffassung des Senats kann hierfür nichts anderes gelten als bei der Inanspruchnahme öffentlicher Verkehrsmittel. In beiden Fällen handelt es sich - insoweit entscheidend - um Leistungen allgemeiner Beförderungsanbieter ohne besonderen Bezug zum Leistungsspektrum der GKV. Nimmt ein Versicherter auf der Grundlage einer (zu Recht erteilten) ärztlichen Verordnung für eine Krankenfahrt daher ein Taxi in Anspruch, ohne dass ihm erkennbar ist, dass und ggfs welche Taxiunternehmen einen besonderen Leistungserbringervertrag mit seiner Krankenkasse haben, darf er sich an jedes Taxiunternehmen wenden. Diese Sicht wird in der Literatur geteilt. Danach erstattet die Krankenkasse die Fahrkosten, soweit sie vom Versicherten getragen wurden, oder übernimmt sie im Übrigen, indem sie die Vergütung nach [§ 133 SGB V](#) unmittelbar an das Beförderungsunternehmen entrichtet (KassKomm/Höfler, [§ 60 SGB V](#) Rn 25). Lediglich dann, wenn dem Versicherten - auch etwa aus einem zurückliegenden Fall - bekannt ist, dass er sich nur an bestimmte Leistungserbringer wenden kann, muss er diesen Weg einhalten. Dies entspricht - gerichtsbekannt - der Praxis der Beklagten; sie hat sich demgemäß im Rechtsstreit weder darauf berufen, dass der Kläger sich nicht an ein vertraglich gebundenes Unternehmen gewendet hätte, noch dass er dies hätte erkennen können.

Der Kläger hat im vorliegenden Fall den vorgesehenen Beschaffungsweg grundsätzlich eingehalten, indem er auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung ein Taxi in Anspruch nahm. Ob es sich bei dem Taxiunternehmen um ein Vertragsunternehmen der Beklagten handelte, kann dahinstehen. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass dem Kläger erkennbar war, dass er sich nur an bestimmte Leistungserbringer wenden konnte und der von ihm gewählte nicht dazu gehörte. Auch aus dem von Dr. B. verwendeten Formular zur "Verordnung einer Krankbeförderung" geht nicht hervor dass der Kläger nur bestimmte Leistungserbringer in Anspruch nehmen dürfte. Das Formular weist im Übrigen auch nicht auf die Notwendigkeit einer "vorherigen" Genehmigung hin, die gem. [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) für Fahrten zu ambulanter Krankenbehandlung erforderlich ist. Das ist der beklagten Krankenkasse im Verhältnis zu ihrem Versicherten, dem Kläger, zuzurechnen (vgl dazu auch näher unten unter 3 a).

2. Der Anspruch lässt sich zunächst nicht aus [§ 60 Abs 1](#) iVm Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V (die übrigen sog. Katalogfälle des Abs 2 Satz 1 Nr 1 bis 3 kommen nicht in Betracht) herleiten. Dort heißt es:

§ 60 Fahrkosten

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Die Krankenkasse übernimmt 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 in den Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 12 festgelegt hat.

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

4. 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) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

a) Nach diesen Bestimmungen übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine Taxifahrt zu einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn

- die Fahrt in Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist ([§ 60 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)), - durch die ambulante Krankenbehandlung eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist ([§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#)) und - ein öffentliches Verkehrsmittel - nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ([§ 60 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)) - nicht benutzt werden kann (vgl [§ 60 Abs 3 Nr 2 SGB V](#)).

Einer vorherigen Genehmigung der Fahrt durch die Krankenkasse bedarf es in diesem Fall nicht. Nach allgemeiner Meinung bezieht sich [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#), der für die Fahrkostenerstattung bei ambulanter Behandlung eine vorherige Genehmigung der Fahrt durch die Krankenkasse verlangt, ausschließlich auf solche Fahrten, die nicht bereits von den privilegierten Katalogtatbeständen des [§ 60 Abs 2 Satz 1](#) erfasst werden (vgl. hierzu eingehend SG Neubrandenburg 30. November 2006 - [S 4 KR 25/06](#), Juris mwN unter Rz 46 f.). [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) regelt dagegen nur solche Fahrkosten zur ambulanten Behandlung, die über die Katalogfälle des Abs 2 hinaus ausnahmsweise nach näherer Maßgabe der Krankentransportrichtlinie erstattungsfähig sind.

b) Die danach verbleibenden Voraussetzungen liegen jedoch nicht vor.

aa) Allerdings ist die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse, nämlich der unfallchirurgischen Nachsorge des Beckenringbruchs, aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig gewesen. Dies haben sämtliche ärztliche Stellungnahmen bestätigt; auch die Beklagte zieht es nicht in Zweifel. Der Kläger konnte aus medizinischen Gründen seinen Rollstuhl nicht verlassen und somit auch die in der ländlichen Umgebung verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittel oder ein privates Kfz nicht benutzen. Die erforderlichen ärztlichen Leistungen (ua Röntgen) waren nicht im Wege eines Hausbesuchs zu erbringen. Auch lag die von [§ 2 KrTRL](#) grundsätzlich geforderte vorherige ärztliche Verordnung der Krankenfahrt vor. Der Senat geht mit den Beteiligten davon aus, dass Dr. B. die zunächst undatierte Verordnung tatsächlich am 13. Februar 2006 ausgestellt und als Transportmittel das (der Sache nach einzig in Betracht kommende) Taxi bestimmt hat. Dies ergibt sich aus der nachträglich von ihr mitgeteilten Ergänzung der Verordnung.

bb) Doch hat die ambulante Krankenbehandlung durch den Chirurgen B. eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) nicht vermieden oder verkürzt, noch war diese unausführbar, wie es [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) verlangt.

(1) Es ist nichts dafür ersichtlich, dass eine über den Tag der Entlassung (10. Februar 2006) hinaus oder danach erforderliche Krankenhausbehandlung unausführbar war. Insbesondere hat das Krankenhaus A. R. die Entlassung des Klägers nicht etwa mit Bettenmangel oä begründet.

(2) Eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) wurde auch nicht vermieden oder verkürzt.

(a) In der Rechtsprechung nicht vollständig geklärt ist, wann eine Krankenhausbehandlung trotz einer an ihrer Stelle tatsächlich durchgeführten ambulanten Behandlung noch als "an sich geboten" iSv [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) angesehen werden kann. Das Merkmal entspricht dem des [§ 37 Abs 1 Satz 1 - 2. Alternative - SGB V](#) für die Gewährung häuslicher Krankenpflege. Dort ist anerkannt, dass bei Leistungen, die grundsätzlich ambulant erbracht werden (zB Dialysebehandlungen), stationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist und daher idR nicht vermieden werden kann (BSG 18. Februar 1997 - [1 RK 23/96](#), [SozR 3-2500 § 60 Nr 1](#) unter Hinweis auf AusBer-GSG 1993 [BT-Drucks 12/3937 S 12](#), Begr zu [§ 60](#)). Hiervon abgesehen stellt sich die Frage, wann eine Krankenhausbehandlung "an sich geboten" ist, wenn das Behandlungsziel im Einzelfall tatsächlich auch durch ambulante Behandlung erreicht werden kann. Hier scheint ein Anwendungsbereich für [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) (und [§ 37 Abs 1 Satz 1 - 2. Alternative](#)) verschlossen (vgl BSG 18. Februar 1997, aaO, und Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 68. EL 2010 [§ 60 SGB V](#) Rn 4). Doch ist bei der Auslegung eines Gesetzes einem hinreichend klar erkennbaren gesetzgeberischen Willen Geltung zu verschaffen und eine Auslegung dahin, dass es ohne jede Wirkung und damit ohne Sinn bleibt, nach Möglichkeit zu vermeiden (vgl etwa BVerfG 15. Januar 2009 - [2 BvR 2044/07](#), [BVerfGE 122, 248](#)).

Durch die mWv 1. Januar 1993 eingefügte Regelung wollte der Gesetzgeber Anreize für die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung schaffen (vgl Frakte-GSG [BT-Drucks 12/3608 S 82](#), Begr zu [§ 60](#)). Soll dieses Ziel nicht auf Kosten der Gesundheit der Versicherten erreicht werden, muss es um den Grenzbereich gehen, in dem eine Krankenhausbehandlung zwar "an sich", dh grundsätzlich erforderlich ist, aber im konkreten Fall aufgrund der besonderen Umstände nicht unbedingt notwendig erscheint. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt der 3. Senat des BSG im Bereich der häuslichen Krankenpflege ([§ 37 Abs 1 Satz 1, 2. Alt. SGB V](#)). Diese könne in Anspruch genommen werden, wenn (weitere) Krankenhausbehandlung medizinisch "nicht zweifelsfrei geboten" ist und eine ambulante Behandlung "auch vertretbar" erscheint; in jedem Fall kämen nur akute Behandlungsfälle in Betracht (BSG 28.01.1999 - [B 3 KR 4/98 R](#), [BSGE 83, 254](#)). Ob dies auch gilt, wenn eine Behandlung sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden kann (zB ambulante Operationen), hat das BSG im Hinblick auf [§ 115b SGB V](#) offen gelassen (BSG 18. Februar 1997 - [1 RK 23/96](#), aaO; dagegen für den Regelfall Baier in Krauskopf, aaO).

Die Beurteilung, ob ein so bestimmter Grenzbereich vorliegt, hängt damit von den zur Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) entwickelten Kriterien ab. Danach ist entscheidend, ob die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Hierzu zählen die spezielle apparative Ausstattung, das geschulte Pflegepersonal sowie die Rufbereitschaft und jederzeitige Eingriffsmöglichkeit eines Arztes (BSG 12.12.1979 - [3 RK 13/79 BSGE 49, 216, 217](#); BSG 12.11.1985 - [3 RK 45/83 BSGE 59, 116, 117](#)).

Danach könnte der Kläger die Freistellung von den Taxikosten verlangen, wenn bei seinem Krankheitsbild die aus medizinischer Sicht erfolgversprechende Behandlung über den 10. Februar 2006 und damit über drei Wochen hinaus bzw danach (Wiedereinweisung) grundsätzlich voll- oder teilstationär in einem Krankenhaus mit seiner speziellen medizinisch-organisatorischen Infrastruktur erfolgen sollte, das Behandlungsziel aber in seinem konkreten Fall ausnahmsweise (zumindest annähernd) auch ambulant erreicht werden konnte. Dabei liegt eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn eine physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses gegeben ist, die sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Für die teilstationäre Krankenhausbehandlung ist eine zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber (Tageskliniken) oder auf die Behandlung abends und nachts (Nachtkliniken) kennzeichnend, die sich auf Grund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder

regelmäßig über einen längeren Zeitraum erstreckt und der medizinisch-organisatorischen Infrastruktur eines Krankenhauses bedarf, ohne dass ein ununterbrochener Verbleib im Krankenhaus notwendig ist (BSG 4. März 2004 - [B 3 KR 4/03 R](#), [BSGE 92, 233](#); BSG 8. September 2004 - [B 6 KA 14/03 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr 3](#)).

(2) Bei Anwendung dieser Grundsätze sind die Voraussetzungen des [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) nicht erfüllt. Aufgrund eines Beckenringbruchs bedurfte der Kläger aus medizinischen Gründen grundsätzlich weder über den 10. Februar 2006 und damit über drei Wochen hinaus noch danach einer voll- oder teilstationären Behandlung im Krankenhaus mit seiner speziellen medizinisch-organisatorischen Infrastruktur.

Das bestätigt zunächst indiziell der tatsächliche Ablauf der Ereignisse. Der Kläger ist ohne weitere Krankenhausbehandlung nach dem 8. Februar 2006 genesen. Sodann fehlen Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger wegen seines Beckenringbruchs über den Zeitraum von drei Wochen hinaus grundsätzlich der speziellen apparativen Ausstattung, des geschulten Pflegepersonals sowie der Rufbereitschaft und jederzeitigen Eingriffsmöglichkeit eines Arztes bedurft hätte, wie sie die Krankenhausbehandlung kennzeichnen. Keines dieser Merkmale einer Krankenhausbehandlung war für die weitere medizinische Versorgung des Klägers notwendig. Das gilt in Bezug auf voll- wie auch teilstationäre Behandlung. Für die in gewissen zeitlichen Abständen erforderlichen Röntgenverlaufskontrollen reichte die bei einem niedergelassenen Vertragsarzt - hier Chirurgen - für eine ambulante Behandlung vorhandene Infrastruktur aus, wozu auch ein Röntgengerät und entsprechend geschultes Hilfspersonal gehören. Auch für die fortgesetzte Thromboseprophylaxe und Blutbildkontrollen bedurfte es nicht grundsätzlich einer weiteren stationären Behandlung.

Aus den ärztlichen Stellungnahmen ergibt sich nichts anderes. Die Äußerung des Chirurgen B. , dass die Alternative zwischen Krankenhausbehandlung und Taxifahrt zur ambulanten Behandlung bestanden habe (Schreiben vom 11. Juli 2009), besagt gerade nicht, dass eine Krankenhausbehandlung im o. g. Sinne grundsätzlich erforderlich gewesen wäre; sie begründet im Wesentlichen nur, dass die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht in Betracht kam. Das allein rechtfertigt aber entgegen seiner - insoweit widersprüchlichen - Einschätzung keine Krankenhausbehandlung und den Einsatz der damit verbundenen speziellen medizinisch-organisatorischen Infrastruktur. Die Stellungnahme des Krankenhauses A. R. (inzwischen umbenannt in H. Klinik S.) vom 16. Juni 2009, wonach die ambulante Behandlung bei dem niedergelassenen Chirurgen "die folgerichtige Fortsetzung der stationären Krankenhausbehandlung" dargestellt habe und die Benutzung eines Taxis wegen der Rollstuhlbindung gerechtfertigt erscheine, enthält ebenfalls keine Aussage dazu, dass wegen des Beckenringbruchs eine (weitere oder erneute) Krankenhausbehandlung grundsätzlich erforderlich gewesen wäre und nur auf Grund besonderer Umstände verzichtbar erschien. Schließlich ist auch die Einschätzung der Hausärztin Dr. B. ohne Substanz, wonach die ambulante chirurgische Mitbetreuung notwendig war, um eine stationäre Wiedereinweisung zu vermeiden. Insbesondere wird darin nicht begründet, warum die im konkreten Fall ambulant durchgeführte Behandlung bei einem niedergelassenen Chirurgen grundsätzlich einer Krankenhausbehandlung mit den dort vorhandenen besonderen Bedingungen bedurft hätte. Dem entspricht es, dass Dr. Beyse die Krankenfahrt in ihrer undatierten Verordnung allein mit Mobilitätseinschränkungen iSv § 8 Abs 3 Satz 2 KrTRL begründet hat.

Diese Einschätzung wird durch die Stellungnahme von Dr. H. (MDK) vom 10. März 2010 bestätigt. Danach konnten die dargestellten Behandlungen gerade ambulant erbracht werden und bedurften unter keinem Gesichtspunkt einer Fortsetzung der Krankenhausbehandlung.

3. Ein Freistellungsanspruch folgt auch nicht aus einem besonderen Ausnahmefall, in welchem nach [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm der Krankentransportrichtlinie Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nach vorheriger Genehmigung von den Krankenkassen zu tragen sind. § 8 KrTRL lautet:

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Abs 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind, - dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum 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. Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

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

Anlage 2: Ausnahmefälle nach § 8 der Richtlinien

Ausnahmefälle gemäß § 8 sind in der Regel: - Dialysebehandlung - onkologische Strahlentherapie - onkologische Chemotherapie

a. Ein Anspruch aus § 8 Abs 2 KrTRL (Therapieschema mit hoher Behandlungsfrequenz) scheidet aus.

Danach übernimmt die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung bei zwingender medizinischer Notwendigkeit (§ 8 Abs 1 KrTRL), wenn - neben weiteren Voraussetzungen - der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist (§ 8 Abs 2 KrTRL).

Der Anspruch scheidet allerdings nicht am Fehlen einer vorherigen Genehmigung. Der Kläger hat diese vor Antritt der Fahrt zwar nicht einmal beantragt. Dies ist jedoch unschädlich, weil die Beklagte dieses Versäumnis selbst zu verantworten hat. Das von Dr. B. verwendete Formular zur "Verordnung einer Krankenbeförderung" ist irreführend, was der beklagten Krankenkasse im Verhältnis zu ihrem Versicherten, dem Kläger, zuzurechnen ist. Es weist sowohl im oberen Teil als auch – fettgedruckt – in der Mitte als Einleitung zum unteren Teil nur darauf hin, dass die Krankenkasse die Fahrt zu genehmigen habe. An keiner Stelle wird deutlich, dass Gesetz und Krankentransportrichtlinie tatsächlich eine "vorherige Genehmigung" verlangen. Aus dem Wort "Genehmigung" lässt sich nicht schließen, dass eine vorherige Zustimmung gemeint ist. Im Rechtsleben wird unter einer Genehmigung gerade die nachträgliche Zustimmung verstanden, wie es durch die gesetzliche Definition in [§ 184 Abs 1 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) vorgegeben ist. Allein wenn ein generelles Verbot mit Erlaubnisvorbehalt besteht, wird mitunter im Gesetz das Wort Genehmigung auch für eine vorherige Erlaubniserteilung verwendet (etwa bei einer "Baugenehmigung"). Bei der Benutzung eines Taxis geht es aber nicht um ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, sondern allein um die Zustimmung eines Dritten (der Krankenkasse) zur Kostenübernahme. Das verwendete Formular ist zudem auch deshalb irreführend, weil es im unteren "Genehmigungsteil" bereits eine Rubrik enthält, in welcher die Durchführung der zu genehmigenden Fahrt zu bestätigen ist, ohne dass dort eine Reihenfolge hinreichend deutlich wird. Dies kann zu der Annahme verleiten, dass eine Genehmigung nach bestätigter Durchführung der Fahrt ausreicht.

Doch sind die weiteren Voraussetzungen des § 8 Abs 2 KrTRL nicht erfüllt. Die sieben Behandlungstermine beim Unfallchirurgen in unregelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von sieben Monaten beruhen weder auf einem Therapieschema noch ergeben sie – bei im Durchschnitt monatlichen Abständen – eine hohe Behandlungsfrequenz. Ein Therapieschema erfordert ein Muster, das die Behandlung von vornherein in festgelegte Phasen oder Schritte einteilt. Ein solches vorgegebenes Muster lässt sich den unregelmäßigen Kontrollen (vgl. Stellungnahme des Chirurgen B. vom 8. April 2001, BI 101 dA) nicht entnehmen. Zweifelhaft erscheint zudem, ob die Nachkontrolle als "Therapie" iSv § 8 Abs 2 Satz 1, 1. Alt. KrTRL anzusehen ist. Eine hohe Behandlungsfrequenz ist schließlich nach der Rechtsprechung zwar noch bei wöchentlicher Behandlung anzunehmen (so BSG vom 28.07.2008 – [B 1 KR 27/07 R](#), Juris), nicht aber bei nur monatlicher Behandlung (LSG Hamburg vom 30. Juli 2008 – [L 1 KR 17/08](#), Juris; Hessisches LSG vom 26. Juni 2008 – [L 7 SO 43/08 B ER](#), SAR 2008, 99). Das gilt erst recht, wenn wie hier zwischen einzelnen Behandlungen drei Monate liegen (vgl. auch Urt des Senats vom 29. Januar 2009 – [L 10 KR 64/07](#), Juris).

b. Die Beklagte hat die Fahrkosten entgegen der Auffassung des Sozialgerichts auch nicht gem. [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm § 8 Abs 3 Satz 2 KrTRL (vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität) zu tragen.

Nach diesen Vorschriften übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung auf ärztliche Verordnung nach vorheriger Genehmigung und bei zwingender medizinischer Notwendigkeit (§ 8 Abs 1 KrTRL), wenn ein Versicherter von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen ist wie ein Versicherter mit Schwerbehindertenausweis und dem Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" oder mit einem Einstufungsbescheid nach dem SGB XI in die Pflegestufe II oder III und der Versicherte außerdem einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf.

Auch diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Zwar kann sich die Beklagte aus den oben genannten Gründen (B I 3 a) auch hier nicht auf das Fehlen einer vorherigen Genehmigung berufen. Doch fehlt es daran, dass der Kläger während des längeren Zeitraums, in dem er einer ambulanten Behandlung bedurfte, auch ausreichend lang in seiner Mobilität vergleichbar beeinträchtigt war. In Betracht kommt hier allein die Mobilitätseinschränkung gemäß dem Merkzeichen für "außergewöhnliche Gehbehinderung" ("aG"). Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts war der Kläger in seiner Gehfähigkeit nicht in ausreichend langer Dauer beeinträchtigt.

aa. Für die Zuerkennung der in § 8 Abs 3 Satz 1 KrTRL genannten Merkzeichen oder Pflegestufen muss der eingeschränkte Gesundheitszustand grundsätzlich auf unabsehbare Dauer bestehen. Maßgeblich dafür ist nach der Rechtsprechung, ob seine Dauer prognostisch sechs Monate überschreitet (BSG vom 12.04.2000 – [B 9 SB 3/99 R](#), [SozR 3-3870 § 3 Nr 9](#)). Ob dieses zeitliche Element auf die "vergleichbare" Mobilitätseinschränkung nach § 8 Abs 3 Satz 2 KrTRL übertragen werden kann, erscheint fraglich (so aber offenbar Heberlein in Beck'scher Online-Kommentar, Hrsg. Rolfs/ Giesen/ Kreikebohm/ Udsching, § 60 Rz 20). Dann unterschiede sich die Gruppe der Betroffenen nach Satz 2 von derjenigen nach Satz 1 allein durch die fehlende amtliche Anerkennung. Dieser Gesichtspunkt allein könnte es kaum rechtfertigen, dass die Krankenkasse der Gruppe nach Satz 1 (mit amtlicher Anerkennung) sämtliche Fahrkosten zu erstatten hat, während sie der Gruppe nach Satz 2 (ohne amtliche Anerkennung) nur dann Fahrkosten zu erstatten hat, wenn der Versicherte einer Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf.

Die Frage kann aber offen bleiben. Verlangt Satz 2 eine zeitliche Kongruenz mit der für die Zuerkennung des Merkmals "aG" erforderlichen Dauer der Mobilitätseinschränkung, scheidet der Anspruch daran, dass beim Kläger diese prognostische Dauer der außergewöhnlichen Gehbehinderung von über sechs Monaten ohne Zweifel nicht erreicht ist. Verlangt Satz 2 dagegen keinen zeitlichen Gleichlauf, scheidet der Anspruch ebenfalls: Denn § 8 Abs 3 Satz 2 KrTRL verlangt zusätzlich, dass der Versicherte einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf. Das macht nach Auffassung des Senats nur Sinn, wenn in dieser Zeit auch die Mobilitätseinschränkung besteht. Anderenfalls bestünde kein Grund für die Fahrkostenprivilegierung. Dabei müssen Behandlung und Mobilitätseinschränkung von vornherein, also prognostisch für einen "längeren Zeitraum" zu erwarten sein. Denn nur dann besteht der Fahrkostenanspruch von Anfang an.

bb. Diese Voraussetzungen sind nicht gegeben.

Zwar spricht viel dafür, dass die beim Kläger bestehende Mobilitätseinschränkung (absolute Gehunfähigkeit und Rollstuhlbindung) in ihrer Intensität mit der für das Merkzeichen "aG" geforderten vergleichbar ist. Indessen ist das zeitliche Element nicht erfüllt. Allerdings bedurfte der Kläger durchaus einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum, nämlich nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus am 10. Februar 2006 bis zur letzten Untersuchung durch den Unfallchirurgen B. am 18. September 2006 (über sieben Monate). Dies mag auch von vornherein absehbar gewesen sein. Doch fehlt es daran, dass auch die vergleichbare Mobilitätseinschränkung des Klägers über einen längeren Zeitraum bestand oder – entscheidend – prognostisch zu erwarten war.

Die mit dem Merkzeichen "aG" vergleichbare Mobilitätseinschränkung des Klägers war spätestens Ende März 2006 beendet. Dieser gibt selbst an, die Termine beim Unfallchirurgen "etwa am 2. und 22. März" bereits auf Krücken wahrgenommen zu haben, soweit er sich erinnere. Dem entspricht die Einschätzung des Krankenhauses A. R. vom 9. Februar 2006 ("für drei Wochen ab dem 8. Februar 2006"). Dr.

B. hat zuletzt eine Rollstuhlbindung des Klägers bis "ca. 24.03.06" angegeben, während der Chirurg B. absolute Gehunfähigkeit bis zum 22. März 2006 mitgeteilt hat. Außergewöhnliche Gehbehinderung mag beim Kläger während der absoluten Rollstuhlbindung bestanden haben. Sobald er sich auf Krücken fortbewegen konnte, war er in seiner Mobilität nicht mehr in einer mit dem Merkzeichen "aG" vergleichbaren Weise beschränkt. Für die Bejahung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung reicht es nicht aus, dass ein behinderter Mensch auf Fußwegstrecken von etwa 100m - unter Umständen sogar mehrfach - pausieren muss. Vielmehr kommt es insbesondere darauf an, ob er sich nur unter großen körperlichen Anstrengungen zu Fuß fortbewegen kann. Dabei kann ua Art und Umfang schmerz- oder erschöpfungsbedingter Pausen von Bedeutung sein (BSG vom 29. März 2007 - [B 9a SB 5/05 R](#), Behindertenrecht 2008, 138). Für eine solche Mobilitätseinschränkung besteht beim Kläger nach Verlassen des Rollstuhls kein Anhaltspunkt.

Der Zeitraum, für den der Kläger einer ambulanten Behandlung bedurfte und gleichzeitig absolut gehunfähig war, erstreckt sich daher wahrscheinlich nur vom 10. Februar 2006 bis zum 1. März 2006, längstens aber bis etwa zum 24. März 2006, und beträgt somit wahrscheinlich nur drei, maximal aber sechs Wochen. Ein Zeitraum von sechs Wochen dürfte kein längerer Erkrankungszeitraum iSv § 8 Abs 3 KrTRL sein. Dies würde dem Ausnahmecharakter der Fahrkostenerstattung nach [§ 8 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) und [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) kaum gerecht und stünde insbesondere nicht damit in Einklang, dass die zu § 8 Abs 2 KrTRL ("hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum") in der Anlage 2 KrTRL aufgelisteten Beispielfälle wie Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie regelmäßig eine Behandlungsdauer von deutlich mehr als sechs Wochen erfordern. Dass derselbe Begriff in derselben Norm mit unterschiedlichem Inhalt verwendet wird, ist nicht anzunehmen.

Entscheidend ist aber, dass es im Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus am 10. Februar 2006 bzw - wohl richtiger - bei Antritt der Taxifahrt am 16. Februar 2006 an einer Prognose für eine Mobilitätseinschränkung über einen längeren Zeitraum fehlte. Nach Einschätzung des Krankenhauses A. R. vom 9. Februar 2006 bedurfte der Kläger lediglich für drei Wochen ab dem 8. Februar 2006 der Mobilisierung im Rollstuhl. Anhaltspunkte für eine Fehlprognose bestehen nicht. Bei einem Zeitraum von drei Wochen handelt es sich nicht um einen "längeren Zeitraum" iSv § 8 Abs 3 Satz 2 KrTRL.

c. Eine Erweiterung der Ausnahmeregelungen der Kostenerstattung für Fahrten zu ambulanter Krankenbehandlung über die in der KrTRL geregelten Fälle hinaus scheidet aus. Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die GKV den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Nur das, was in diesen Leistungskatalog fällt, hat die GKV ihren Versicherten zu leisten. Dazu gehört die Übernahme von Fahrkosten aus finanziellen Gründen gerade nicht (BSG vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/04 R](#), [SozR 4-2500 § 60 Nr 1](#)).

4. Schließlich besteht auch kein Anspruch auf Freistellung von den Fahrkosten aus [§ 60 Abs 5 SGB V](#) iVm [§ 53](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - SGB IX.

§ 60 Abs 5 KrTRL bestimmt:

(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Fahr- und andere Reisekosten nach § 53 Abs 1 bis 3 des Neunten Buches übernommen.

In [§ 53 Abs 1 Satz 1 SGB IX](#) heißt es:

(1) Als Reisekosten werden die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen;

Es handelt sich bei den Taxikosten für die Fahrt am 16. Februar 2006 nicht um Fahrkosten im "Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation". Die nachgehende Versorgung des Beckenringbruchs des Klägers war keine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, sondern akute Krankenbehandlung.

Durch das GKV-GesundheitsreformG 2000 v 22. 12. 1999 sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß [§ 11 Abs 2 SGB V](#) mWv 1. Januar 2000 an nicht mehr als Unterfall der in § 11 Abs 1 genannten Leistungsarten anzusehen, die auf Vorsorge vor und Bekämpfung von Krankheiten ausgerichtet sind, sondern als eigenständige Leistungen. Sie dienen dazu, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder wesentliche Verschlimmerungen abzuwenden (FraktEntw [BT-Drucks 14/1245 S 61](#); AusBer [BT-Drucks 14/1977 S 160](#)). Zu systematischer Unklarheit (KassKomm/Höfler, [§ 11 SGB V](#) Rn 13) führt aber, dass die Reha-Leistungen weiterhin der Krankenbehandlung in [§ 27 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V](#) zugeordnet sowie die Reha-Ansprüche der §§ 33, 40 bis 43 im Fünften Abschnitt Erster Titel "Krankenbehandlung" des SGB V aufgeführt sind. [§ 60 SGB V](#) unterscheidet - wie [§ 11 SGB V](#) - die medizinische Rehabilitation, bei der es um die Folgen von Krankheiten geht, von der Vorsorge vor und der Bekämpfung von Krankheiten selbst. Fahrkosten in Zusammenhang mit Krankenbehandlung werden in Abs 1 und 2 geregelt, solche in Zusammenhang mit medizinischer Rehabilitation in Abs 5 (vgl BSG vom 24. Februar 2008 - [B 1 KR 22/07](#), [NZS 2009, 217](#) Rn 25). Die Behandlung bei dem Chirurgen B. am 16. Februar 2006 betraf die Heilung der Krankheit selbst (Beckenringbruch) und diente nicht dazu, deren Folgen in Form von etwaigen Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder wesentliche Verschlimmerungen abzuwenden.

II.

Die Beklagte hat den Kläger von dem Anspruch des Taxiunternehmers auch nicht aus dem Gesichtspunkt der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Zweites Buch Sozialgesetzbuch - SGB II) bzw der Sozialhilfe (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XII) zu befreien.

Gemäß [§ 14 SGB IX](#) muss der für Leistungen zur Teilhabe erstangegangene Rehabilitationsträger allerdings grundsätzlich auch prüfen, ob der geltend gemachte sozialrechtliche Leistungsantrag von einem anderen Träger nach dessen Leistungsrecht zu erfüllen ist. Leitet er den Antrag nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Fristen an den zuständigen Träger weiter, bleibt er zur Bescheidung des Antrags unter Anwendung des maßgeblichen Leistungsrechts zuständig. Ob die Beklagte im vorliegenden Fall den Antrag des Klägers auf Befreiung von

den Fahrkosten unter den gegebenen Umständen als einen auf Leistung nach dem SGB II bzw. SGB XII gerichteten Antrag auslegen musste, kann aber dahinstehen. Denn bei den zur Erstattung beantragten Fahrkosten handelte es sich nicht um eine Rehabilitationsleistung zur Teilhabe. [§ 14 SGB IX](#) findet daher keine Anwendung.

Teilhabeleistungen nach dem SGB IX stehen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu. Zum einen hat der Kläger nicht zu diesem Personenkreis gezählt. Gemäß [§ 2 SGB IX](#) sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist; sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Die körperliche Funktionsabweichung aufgrund des Beckenringbruchs erfüllte im Hinblick auf die zu erwartende Genesung diese Anforderungen in Bezug auf ihre Dauer nicht, wie oben dargelegt wurde (I 2 b bb). Zum anderen sind die nachgehende Versorgung des Beckenringbruchs und die dafür erforderlichen Fahrkosten sind keine Leistungen zur Teilhabe iSv [§ 14 SGB IX](#). Zur Teilhabe werden zwar gemäß [§ 5 Nr 1 SGB IX](#) ua auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Dazu zählt nach dem Leistungskatalog des [§ 26 Abs 2 SGB IX](#) auch die ärztliche Behandlung (Nr 1). Dies gilt aber nur, soweit sie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht wird, also darauf zielt, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder wesentliche Verschlimmerungen abzuwenden (vgl Brodkorb in Hauck/Noftz, SGB IX [§ 26](#) Rn 15 f mwN). Wie oben (I 3) bereits festgestellt, gehört die mit der nachgehenden Versorgung der Beckenringbruchs verbundene ärztliche Behandlung nicht zur medizinischen Rehabilitation, sondern zur akuten Krankenbehandlung. [§ 14 SGB IX](#) ist daher nicht einschlägig mit der Folge, dass Leistungen nach dem SGB II oder XII von der Beklagten nicht zu erbringen sind. Sie wurden auch sonst vom Kläger nicht beantragt.

Eine Beiladung des Sozialhilfe- bzw Grundsicherungsträgers gemäß [§ 75 Abs 1, 2 SGG](#) war nicht veranlasst. Dem Kläger stünde der Sache nach weder aus dem SGB II noch aus dem SGB XII ein entsprechender Befreiungsanspruch zu. Ein solcher Antrag hätte nur noch die nachträgliche Befreiung von den Verbindlichkeiten für in der Vergangenheit getätigte Aufwendungen zum Gegenstand. Eine Verpflichtung der in Frage kommenden Leistungsträger zu einer solchen Leistung besteht aber grundsätzlich nicht. Die einmaligen Kosten einer Taxifahrt in Höhe von ca. 50,00 EUR würden darüber hinaus – auch in Ansehung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Februar 2010 ([1 BvL 1/09](#), [NJW 2010, 505](#)) – keine Kostenbelastung darstellen, die eine Durchbrechung der in den genannten Gesetzen vorgesehenen Pauschalierung der Bedarfe bzw die Anerkennung eines Sonderbedarfs rechtfertigen könnte. Solche Kosten sind vielmehr aus den laufenden Pauschalleistungen aufzubringen.

D.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Zulassung der Revision beruht auf [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#). Die aufgeworfenen Rechtsfragen sind durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts noch nicht vollständig geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2010-10-07