

L 5 KR 4711/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 2564/07
Datum
28.05.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 4711/09
Datum
23.02.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 28.05.2009 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Übernahme der Kosten für ihren Transport vom Neurologischen Rehabilitationszentrum L. in das Altenpflegeheim St. E. in G. am 04.07.2007 in voller Höhe.

Die 1937 geborene Klägerin wohnte bis zum 04.07.2007 in T. und ist bei der Beklagten krankenversichert.

Am 13.04.2007 erlitt sie mehrere Hirnstamminfarkte. Vom 13.04.2007 bis 21.05.2007 befand sie sich in stationärer Krankenhausbehandlung und im Anschluss daran bis 04.07.2007 zur stationären Rehabilitation im Neurologischen Rehabilitationszentrum L. in B ... Im Zeitpunkt der Entlassung war selbständiges Fortbewegen (im Rollstuhl) nicht möglich. Aus neuro-psychologischer Sicht war die Klägerin nicht in der Lage, den Anforderungen des Alltags zuhause zu entsprechen (ärztlicher Entlassungsbericht vom 04.07.2007).

Am 20.06.2007 ging bei der Beklagten eine von Assistenzarzt Dr. M., Neurologisches Rehabilitationszentrum L. ausgestellte Verordnung einer Krankentransportbeförderung für den liegenden Transport der Klägerin in einem Krankentransportwagen am 04.07.2007 vom Neurologischen Rehabilitationszentrum L. zum Altenpflegeheim St. E. in G. ein. Im Begleitschreiben des Sozialdienstes der Klinik vom 19.06.2007 heißt es, die Pflege der Klägerin könne aufgrund des bestehenden Pflegebedarfs nicht zu Hause gewährleistet werden, woraus sich die Notwendigkeit der stationären Versorgung ergebe. Diese vollstationäre Pflege solle am Wohnort der Bezugspersonen der Klägerin erfolgen, um den sozialen Kontakt zu diesen zu gewährleisten. Es werde um Übernahme der entstehenden Fahrkosten gebeten, da der Wohnsitz der Klägerin dauerhaft von T. nach G. verlegt werde.

Mit Bescheid vom 20.06.2007 übernahm die Beklagte Kosten des Transports in Höhe von 85,40 EUR (Pauschalbetrag für die ersten gefahrenen 150 km) und lehnte die Kostenübernahme im Übrigen ab. Die weiteren Kosten könnten nicht übernommen werden, da es sich um einen Umzug gehandelt habe.

Der Transport wurde am 04.07.2007 durchgeführt. Die Klägerin lebt seitdem im Städtischen Altenpflegeheim St. E. in G. und erhält seit dem 04.07.2007 Leistungen der vollstationären Pflege nach Pflegestufe II. Da ihre Rente und die Leistungen der Pflegeversicherung zur Deckung der Heimkosten nicht ausreichen, trägt der Landkreis T.-Osch. als zuständiger Sozialhilfeträger die nicht gedeckten Kosten. In G. wohnen die beiden Nichten der Klägerin; eine der Nichten ist zur Betreuerin bestellt.

Die Klägerin legte am 02.07.2007, vertreten durch ihre Betreuerin und den von dieser beauftragten Bevollmächtigten gegen den Bescheid vom 20.06.2007 Widerspruch ein und machte geltend, eine Rechtsgrundlage für die vorgenommene Beschränkung sei nicht ersichtlich. Das Landratsamt T.-Osch. habe den Umzug ausdrücklich genehmigt. Die Beklagte möge die Frage der Kostenübernahme oder Kostenteilung mit dem Landratsamt intern regeln. Im Übrigen wohnten in G. die einzigen Angehörigen, die sich um sie kümmern könnten. Deren tägliche Besuche hätten dazu geführt, dass sie aufgeblüht sei. Dadurch habe auch die Einstufung in die Pflegestufe III vermieden werden können.

Mit Bescheid des Rettungszweckverbands der Landkreise D., L.er Land und des Muldentalkreises vom 23.07.2007 wurde der Betreuerin der Klägerin als Selbstzahlerin für den streitigen Transport ein Betrag von insgesamt 1060,60 EUR in Rechnung gestellt.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 12.09.2007 als unbegründet zurückgewiesen. Der Wunsch der Klägerin, die Unterbringung in das Altenpflegeheim St. E. in G. zu realisieren, stehe in keinem angemessenen Verhältnis zu einer Entlassungsfahrt in ein Pflegeheim nach T. und Umgebung. Deshalb sei mit Bezug auf die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 25.06.1975 - [5 RKn 50/74](#)) die Übernahme der Kosten für die Entlassungsfahrt, die über den mit Bescheid vom 20.06.2007 bestätigten Rahmen hinaus gegangen seien, abzulehnen gewesen.

Die Klägerin hat ihr Begehren weiterverfolgt, am 17.09.2007 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben und u.a. vorgetragen, in ihrem Zustand habe sie nicht nach Hause entlassen werden können. Da sie im Bereich Dresden keine Verwandten habe, sei es geboten gewesen, eine Pflegeeinrichtung zu wählen, in der sie durch Verwandte betreut werden könne. Die Kosten für den Transport nach Sigmaringen hätten in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Hauptleistung gestanden. Zudem sei davon auszugehen, dass sie mindestens ein bis zwei Wochen länger in der Klinik hätte bleiben müssen, bis ein Heimplatz in der Umgebung von Dresden gefunden gewesen wäre. Diese Kosten wären aber höher gewesen, als die Kosten für den Transport nach Sigmaringen. Da die Beklagte die Leistung zu Unrecht abgelehnt habe, sei sie berechtigt gewesen, sich diese selbst zu beschaffen. Die Erklärung gegenüber dem Rettungszweckverband, die Kosten selbst übernehmen zu wollen, sei nur so zu verstehen, dass sie die Kosten tragen würde, sollte die Beklagte endgültig nicht eintrittspflichtig sein. Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten. Sie hat u.a. vorgetragen, im Umkreis von 30 km vom ehemaligen Wohnort der Klägerin befänden sich 35 Pflegeheime, im gesamten Umkreis von L. 121. In Anbetracht dieses Angebotes hätte die Klägerin sicherlich nicht ein bis zwei Wochen in der Rehabilitationseinrichtung verbringen müssen, um einen geeigneten Heimplatz in Wohnortnähe zu finden. Der Wunsch der Klägerin, in die Nähe ihrer Angehörigen zu ziehen, sei verständlich. Die Transportkosten im Rahmen eines solchen Umzuges könnten aber nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen. Die Kosten wären nur dann zu übernehmen, wenn die Pflegeleistungen mit erheblichen Unkosten verbunden gewesen wären. Die Kosten der Hauptleistung (stationäre Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen) hätten 21.579,77 EUR betragen.

Das SG hat die Auskunft vom 03.12.2007 bei dem in Grimma ansässigen Rettungszweckverbandes zu den näheren Umständen der Beauftragung und der Rechnungsstellung eingeholt. Dieser hat mitgeteilt, die Betreuerin der Klägerin habe erklärt, dass die Beklagte die Kostenübernahme bis auf 85,40 EUR abgelehnt und sie hiergegen Widerspruch eingelegt habe. Unabhängig hiervon habe sie zugesagt, dass sie die ihr zuzusendende Rechnung begleichen werde. Die Bestellung sei dementsprechend als Privatbestellung mit eigener Kostentragung aufgenommen und wunschgemäß gegenüber der Betreuerin der Klägerin in Rechnung gestellt worden.

Mit Urteil vom 28.05.2009 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 20.06.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.09.2007 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin die Kosten für ihren Transport vom Neurologischen Rehabilitationszentrum L. in das Altenpflegeheim St. E. in G. am 04.03.2007 zu erstatten. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Beklagten sei nicht zu folgen, soweit sie den Standpunkt vertrete, dass der als Nebenleistung zur stationären Krankenhausbehandlung zu erbringende Rücktransport nur eine Strecke umfasse, die der Entfernung zwischen dem Krankenhaus und solchen Pflegeheimen entspreche, die am früheren Wohnort der Klägerin (T.) bzw. in dessen unmittelbarer Umgebung lägen. Richtig sei, dass die Krankenkasse grundsätzlich nur für die Kosten des Transports zum nächstgelegenen Krankenhaus und für die Kosten des Rücktransports zur Wohnung des Versicherten aufzukommen habe, weil die Fahrt durch die geschuldete Hauptleistung verursacht sein müsse. Etwas anderes gelte nur dann, wenn sich der Versicherte auf einen wichtigen Grund für die Wahl eines anderen, weiter entfernten Zielorts für den Rücktransport berufen könne, die entstehenden Mehrkosten nicht unangemessen hoch seien und in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Hauptleistung stünden ([BSGE 40, 88](#)). Diese Voraussetzungen seien im Falle der Klägerin erfüllt. Zwischen den Beteiligten bestehe zu Recht kein Streit darüber, dass die Klägerin aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit und des Fehlens der Voraussetzungen für häusliche Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt nicht habe in ihre Wohnung zurückkehren können. Ein wichtiger Grund dafür, einen anderen Zielort für die Rückkehr zu wählen, sei daher gegeben. Dies gelte umso mehr, als der neue Wohnort im Hinblick darauf gewählt worden sei, dass (nur) dort Verwandte ihren Wohnsitz hätten, die sich um die hilfebedürftige Klägerin kümmerten, darunter auch ihre Betreuerin. Die Beklagte vertrete unter Berufung auf das Urteil des BSG den Standpunkt, dass Versicherte, die nach einem Krankenhausaufenthalt wegen Pflegebedürftigkeit nicht in ihre Wohnung zurückkehren könnten, Hilfe und Wartung nur dann nicht in der näheren Umgebung ihres Wohnortes suchen müssten, wenn die erforderlichen Pflegeleistungen dort mit erheblich höheren Unkosten verbunden wären als Pflegeleistungen an dem von ihnen gewählten, weiter entfernten Ort. Auch darin sei ihr nicht zu folgen. Das BSG habe in der zitierten Entscheidung einen wichtigen Grund für die Selbstbeschaffung der notwendigen Hilfe und Wartung an einem anderen als dem Wohnort "jedenfalls dann" bejaht, wenn die selbstbeschaffte Hilfe und Wartung im Verhältnis zu anderen Möglichkeiten die billigste und zweckmäßigste sei. Daraus folge, dass nicht allein solche finanziellen Aspekte einen wichtigen Grund darstellen könnten. Da ersichtlich auf die Situation des Versicherten bzw. dessen Motive für den Ortswechsel abzustellen sei, liege es auf der Hand, dass auch auf andere als finanzielle Aspekte abzustellen sein könne. Die Klägerin habe den von T. weit entfernten Ort G. deswegen ausgewählt, weil dort die einzigen zu ihrer Betreuung bereiten Verwandten lebten. Dieses Motiv sei von mindestens ebensolchem Gewicht wie das Motiv der Klägerin in dem vom BSG entschiedenen Fall, sich die billigste und zweckmäßigste Pflege und Wartung zu verschaffen. Da die Kosten des Transports nach G. (1060,60 EUR) zudem nicht außer Verhältnis zu den Kosten der Hauptleistung (21.579,77 EUR) stünden, sei der Klage stattzugeben gewesen.

Gegen dieses ihr am 02.09.2009 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 02.10.2009 beim SG Berufung eingelegt und im Wesentlichen geltend gemacht, grundsätzlich habe sie nur für notwendige Fahrkosten des Transports zum nächstgelegenen Krankenhaus und für die Kosten des Rücktransports zur Wohnung des Versicherten aufzukommen. Grund hierfür sei die zwingende Akzessorietät zwischen Haupt- und Nebenleistung. Etwas anderes gelte nur dann, wenn der Versicherte einen wichtigen Grund für die Wahl eines anderen, weiter entfernten Zielorts für den Rücktransport habe, die entstehenden Mehrkosten nicht unangemessen hoch seien und in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Hauptleistung stünden. Diese Voraussetzungen seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Sie stimme mit dem erstinstanzlichen Gericht dahingehend überein, dass sowohl der Verlegung der Klägerin in ein vollstationäres Pflegeheim nachvollziehbare Gründe zugrunde gelegen haben, welche gegen eine Rückverlegung in die vor dem Krankenhausaufenthalt von der Klägerin bewohnte Privatwohnung in T. gesprochen hätten. Die hierdurch entstandenen Mehrkosten seien aber unangemessen hoch. Bei allem Verständnis für die persönlichen Beweggründe komme die Beklagte bei der Beurteilung der durch die Verlegung der Klägerin nach G. entstandenen Mehrkosten zu dem Ergebnis, dass diese in einem äußersten Missverhältnis stünden. Sofern das Sozialgericht in der angegriffenen Entscheidung die Kosten des Transports nach G. in Höhe 1.060,60 EUR ins Verhältnis zu den Kosten der Hauptleistung in Höhe von 21.579,77 EUR setze, unterliege es einem Irrtum. Ihrer Auffassung nach seien die Kosten der Hauptleistung für den Krankenhausaufenthalt in der hier vorzunehmenden Abwägung nicht zu berücksichtigen. Bei beiden sich anschließenden Aufenthalten in einer Pflegeeinrichtung, ob nun in T. und Umgebung oder in G., seien die Kosten der notwendigen Krankenhausbehandlung identisch und in eine Vergleichsbetrachtung

der zu beurteilenden Mehrkosten nicht mit einzubeziehen. Vielmehr seien hier die Kosten am bisherigen Wohnort in T. mit den Kosten im gewählten G. zu vergleichen. An beiden Orten werde bzw. würde die Klägerin eine Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen, sodass auch diese Kosten im Rahmen einer Gesamtbetrachtung keine Rolle bei der Beurteilung der zu bewertenden Mehrkosten spielten. So stelle auch das BSG in seiner Entscheidung vom 25.06.1975, [5 RKn 50/74](#) darauf ab, dass der Versicherte sich von seinem Wohnort nicht unverhältnismäßig weit entfernen dürfe und die Hilfe und Wartung in der näheren Umgebung seines Wohnortes suchen müsse. Eine Ausnahme sei nur dann gestattet, wenn die selbstbeschaffte Hilfe und Wartung im Verhältnis zu anderen Möglichkeiten die billigste und zweckmäßigste sei. Vorliegend sei dies nicht so, da in beiden Orten einzig und allein eine Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung angezeigt sei. Es komme daher entscheidend auf die unterschiedlichen Fahrkosten für die unterschiedlichen Wegstrecken an. So betrügen die Fahrkosten zwischen L. und T./Umgebung sowie zwischen L. und G. 85,40 EUR bzw. 1060,60 EUR. Die hierbei entstandenen Mehrkosten in Höhe von 975,20 EUR seien unangemessen hoch. Auch stünden diese Mehrkosten in keinem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Hauptleistung. Wie aufgezeigt seien die Krankenhaus- und Pflegekosten gleich. Die Krankenhauskosten ins Verhältnis zu den tatsächlich entstandenen und fiktiv entstandenen Fahrkosten gesetzt, bedeute dies, dass die tatsächlich von der Klägerin bei der Beklagten beantragten Fahrkosten in einem unangemessenen Verhältnis zu den Kosten der Krankenhausleistungen gegenüber den fiktiv entstandenen Fahrkosten stünden.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 28.05.2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen; hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie macht geltend: Erstens liege eine Entscheidung des Bundessozialgerichts dazu, welche Fahrkosten bis zu welcher Grenze und unter welchen Ausnahmen gemäß [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zu übernehmen seien, bisher nicht vor. Das Bundessozialgericht habe sich in der hier von der Beklagten und auch vom Gericht herangezogenen Entscheidung bisher nicht dazu geäußert, welche Grenzen für die Übernahme vorlägen, da in dem Urteil vom 25.06.1979 vom Gericht ein wichtiger Grund für die Selbstbeschaffung dann angenommen worden sei, wenn die selbst beschaffte Hilfe und Wartung im Verhältnis zu anderen Möglichkeiten die billigste und zweckmäßigste sei. Es habe aber nicht entschieden, ob auch in anderen Fällen die selbst beschaffte notwendige Hilfe zu übernehmen sei. Es habe noch als weitere Bedingung aufgestellt, dass die Kosten der Fahrt nicht unangemessen hoch sein dürften, sondern in einem angemessenen Verhältnis zu der vom Träger der Krankenversicherung zu erbringenden Hauptleistung stehen müssten. Wann dieses Verhältnis angemessen sei und wann es unangemessen sei, habe das Bundessozialgericht nicht entschieden. Das Bundessozialgericht habe auch nicht darüber entschieden, ob unter weiteren zusätzlichen Gesichtspunkten eine auch zunächst über das Angemessene hinausgehende Kostenübernahme erfolgen müsse. Zusätzliche Gesichtspunkte wären sonst — ohne dass man dies im Einzelnen konkretisieren müsste - etwa die Tatsache, dass ohne eine schnelle Verlegung der Klägerin in das Pflegeheim in G. in dem Anschlussheilverfahren höhere Verweilkosten entstanden wären, die dann wieder die Beklagte zu tragen gehabt hätte, weil natürlich ein anderes Pflegeheim im Bereich des Umkreises von 150 km um T. möglicherweise nicht zur Verfügung gestanden hätte bzw. die Betreuerin nicht bereit gewesen wäre, einer Verlegung zuzustimmen, so dass insoweit ein Ergänzungspfleger für eine solche Verlegung über das Vormundschaftsgericht hätte bestimmt werden müssen mit der Folge, dass eine zeitliche Verzögerung von zumindest mehreren Tagen entstanden wäre. Zweitens sei als Gesichtspunkt einzubeziehen, dass die Verlegung auch medizinisch aus therapeutischen Gründen notwendig gewesen sei, weil die aufopfernde Betreuung durch die Verwandten im Pflegeheim in G. zu einer durchgreifenden Besserung geführt habe. Wie die Betreuerin im Erörterungstermin mitgeteilt habe, habe die Klägerin, die aus Russland stamme und außer den Verwandten im Bereich Sigmaringen keine anderen Verwandten in Deutschland habe, panische Angst davor gehabt, allein in ein Pflegeheim in der Nähe von T. abgeschoben zu werden. In dem Zusammenhang stelle sich die Frage, die in die Ermessungsentscheidung bzw. in die Frage der Angemessenheit einzubeziehen sei, ob unter diesem Gesichtspunkt die Verlegung und Kostenübernahme durch die Beklagte geboten gewesen sei. Drittens habe die Beklagte mitgeteilt, dass sie aus grundsätzlichen Gründen eine Entscheidung wünsche, da verschiedene Verfahren vorlägen, so dass auch ein rechtliches Interesse an einer grundsätzlichen Klärung durch die Beklagte bestehe. Es sei insoweit aus klägerischer Sicht die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Klärung der offenen Rechtsfragen durch Zulassung der Revision geboten. Ergänzend werde noch darauf hingewiesen, dass [§ 60 Abs. 2 Ziffer 3 SGB V](#) aus klägerischer Sicht im vorliegenden Falle einschlägig sei. Diese Vorschrift setze für die Kostenübernahme nicht voraus, dass etwa eine Verlegung von einer medizinischen Einrichtung in eine andere medizinische Einrichtung erfolge. Es werde aber darauf hingewiesen, dass unstreitig auch Kosten bei einer Verlegung von einer medizinischen Einrichtung auch in eine extrem entfernt liegende andere medizinische Einrichtung in vollem Umfang übernommen würden, wenn aus medizinischen Gründen nur diese Einrichtung in Frage komme. Nichts anderes könne bezüglich der Voraussetzung aber bei "anderen Fahrten von Versicherten" gelten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens bedürften oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten sei.

Die Beklagte hat hierauf erwidert, den von der Klägerin unter Punkt 1 gemachten Ausführungen zur Frage der ggf. zu berücksichtigenden weiteren Gesichtspunkte und der Umstand der ggf. sonst angefallenen höheren Verweilkosten sei zu entgegnen, dass nach ihrem Kenntnisstand zum einen durch die Klägerin bzw. deren Angehörigen bei keinem Pflegeheim in der näheren Umgebung von T. nachgefragt und um eine Aufnahme gebeten worden sei. Entsprechende Kontaktdaten lägen nicht vor. Mithin gestalteten sich die angenommenen höheren Verweilkosten rein fiktiv, berücksichtige man an dieser Stelle auch den Umstand, dass ein weiterer vollstationärer Aufenthalt in dem Rehabilitationszentrum L. nicht mehr angezeigt und in der Folge von ihr auch nicht vergütet worden wäre. Sie könne durchaus die Beweggründe für die Verlegung nach G. nachvollziehen, gebe zu Punkt 2 jedoch zu bedenken, dass diese Entfernung bisher von der Klägerin und deren Angehörigen so gewünscht und toleriert worden sei. Die vom Bevollmächtigten der Klägerin unter Punkt 3 vorgenommene erweiterte Auslegung des [§ 60 Abs. 2 Ziffer 3 SGB V](#) übersteige den Anwendungsbereich dieser Rechtsnorm. Es dürfe nicht unberücksichtigt bleiben, dass die vorliegenden begehrten vollstationären Pflegeleistungen auch in Pflegeeinrichtungen in T. und Umgebung der Klägerin gleichermaßen zur Verfügung gestellt hätten werden können. Davon, dass eine Versorgung ausschließlich in G. möglich gewesen wäre, könne daher nicht ausgegangen werden. Die Beklagte hat weiter vorgetragen, sie verwahre sich dagegen, den nun aufgegriffenen Aspekt des Sozialkontaktes mit Verwandten der Pflege und Betreuung zuzurechnen. Zu berücksichtigen sei hierbei, dass mit der sozialen Betreuung im Rahmen der vollstationären Pflegeleistungen nach [§ 43 SGB XI](#) lt. Bundesempfehlung die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beigetragen werden solle. Ziel der Betreuungsleistungen sei aber nicht die Ermöglichung oder Erleichterung dieser Teilnahme, sondern eine Vereinsamung, Apathie, Depression etc. zu vermeiden, welches Aufgabe der Einrichtung sei. Unter Beachtung der bislang gewählten unterschiedlich gelegenen Lebensmittelpunkte der Klägerin und ihrer Verwandtschaft stelle sich für sie die Frage, ob die zweifelsohne förderliche wohnortnahe Unterbringung der Klägerin unter Beachtung des [§ 13 SGB V](#) einen wichtigen Grund für die erfolgte Verlegung

darstelle. Sie könne dies aufgrund des Umstandes einer an beiden Orten allein in Betracht kommenden vollstationären Pflege nur verneinen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, auf die die Klägerin betreffenden Sozialhilfeakten des Landkreises T.-Osch., auf die Akten des Sozialgerichts Konstanz und auf die Gerichtsakten des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist statthaft; die Beschwerdesumme des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ist erreicht. Die Beklagte wehrt sich gegen die Verurteilung, der Klägerin weitere Fahrkosten in Höhe von 975,20 EUR zu erstatten. Die Berufung ist gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) auch sonst zulässig.

Die Berufung ist auch begründet. Das Sozialgericht hat der Anfechtungs- und Leistungsklage zu Unrecht stattgegeben. Die Voraussetzungen für die Übernahme der begehrten Fahrkosten durch die beklagte Krankenkasse liegen nicht vor.

Ob dem Kostenerstattungsanspruch entgegengehalten werden kann, dass die Klägerin die streitigen Fahrkosten nicht selbst zu tragen hatte, kann offenbleiben und muss deshalb auch nicht weiter geprüft werden. Anlass für diese Frage gibt der Umstand, dass die Betreuerin der Klägerin in eigener Person und nicht in Vertretung der Klägerin eine wirksame Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Rettungszweckverband eingegangen ist. Nach den vorliegenden Unterlagen ist die Betreuerin der Klägerin gegenüber dem Transportunternehmen nicht als gesetzliche Vertreterin der Klägerin aufgetreten und hat nicht auf ihre Stellung als Betreuerin hingewiesen, sondern ist selbst als Auftraggeberin aufgetreten. Sie selbst ist dementsprechend Adressatin des Bescheids des Rettungszweckverbands der Landkreise D., L.er Land und des Muldentalkreises vom 23.07.2007, so dass fraglich ist, ob die Klägerin Schuldnerin der streitigen Kosten ist.

Unabhängig davon hat die beklagte Krankenkasse zu Recht nur einen Pauschbetrag in Höhe von 85,40 EUR gezahlt und die Übernahme der diesen Betrag übersteigenden Kosten des Transports der Klägerin von L. nach G. abgelehnt. Die Klägerin hat hierauf keinen Anspruch. Der streitige Transport erfüllte nicht die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Beklagten nach [§ 60 SGB V](#). Gemäß [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übernehmen die Krankenkassen nur Fahrkosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welche Hauptleistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen sind, regelt [§ 11 SGB V](#). Die Hauptleistung muss die Fahrt verursachen, also eine rechtlich wesentliche Bedingung für die Fahrt sein. Fahrkosten stehen in Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse, wenn sie erforderlich waren, um den Versicherten an den Ort zu transportieren, an dem die Hauptleistung der Krankenversicherung bestimmungsgemäß zu erbringen war. Fahrkosten i.S. des [§ 60 SGB V](#) sind damit die Aufwendungen, die erforderlich sind, um den Erkrankten an den Ort zu befördern, an dem die Kassenleistung bestimmungsgemäß zu erbringen ist (so Urteil des BSG vom 28.03.1979, [BSGE 48, 139](#), 140 f.) sowie grundsätzlich auch die Kosten des Rücktransports vom Ort der bestimmungsmäßig erbrachten Kassenleistung zur Wohnung des Versicherten (so bereits BSG, Urteil vom 25.06.1975, [BSGE 40, 88](#), 89).

Gemäß [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) werden Fahrkosten i.S.d. [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erstattet, die im Zusammenhang mit einer stationär erbrachten Hauptleistung anfallen. Stationär erbrachte Leistungen sind Leistungen, die mit Unterkunft und Verpflegung verbunden sind. Erfasst sind mithin vor allem vollstationäre Behandlungen in einem Krankenhaus gemäß [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) und in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß [§§ 40 Abs. 2, 41 Abs. 1 SGB V](#). Allerdings bestimmt [§ 60 Abs. 5 SGB V](#), dass Fahr- und Reisekosten, die im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stehen, nach [§ 53 Abs. 1 bis 3](#) des Neunten Buches übernommen werden. Ob dies auch für die hier insoweit allein in Betracht kommende Anschlussrehabilitation i.S.d. [§ 40 Abs. 6 SGB V](#) gilt, kann offenbleiben. Ebenso kann offenbleiben, ob jedenfalls dann, wenn sich eine Maßnahme i.S.d. [§ 40 Abs. 6 SGB V](#) nahtlos an einen Krankenhausaufenthalt anschließt, der stationäre, die ursprüngliche Entfernung von der Wohnung begründende Krankenhausaufenthalt für die sich hieraus ergebende Erfordernis des Rücktransports, wenn auch nun aus der Einrichtung gemäß [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) maßgeblich bleibt, so dass auch dieser sich nach [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) richtet. Zwar enthält [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) strengere Anforderungen an die Übernahme der Transportkosten als [§ 53 Abs. 1 SGB IX](#), aber auch nach dieser Vorschrift ist ein Anspruch der Klägerin für die Übernahme bzw. Erstattung der hier streitigen Fahrkosten nicht gegeben.

Nach [§ 53 Abs. 1 SGB IX](#) werden als Reisekosten die im Zusammenhang mit der Ausführung u.a. einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen; hierzu gehören auch die Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich ist, für eine wegen der Behinderung erforderliche Begleitperson einschließlich des für die Zeit der Begleitung entstehenden Verdienstausfalls, für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist, sowie für den erforderlichen Gepäcktransport. Darunter fallen insbesondere Krankentransportdienste oder Behindertenfahrdienste. Die für entsprechende Fahrten tatsächlich entstandenen Kosten sind nach dem Kostenprinzip des Absatzes 1 in voller Höhe abzugelten. Voraussetzung ist allerdings, dass deren "Inanspruchnahme wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlich" ist, der Leistungsempfänger also – und zwar grundsätzlich auch mit Begleitperson – außerstande ist, ein privates Kfz oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Insoweit besteht hier kein Streit.

Eine Ansprüche nach [§ 60 Abs. 5](#) i.V.m. [§ 53 SGB IX](#) auslösende Reise muss durch eine (Haupt)Leistung zur medizinischen Rehabilitation veranlasst, also kausal bedingt sein. Erfasst werden Fahrten, die der Leistungsempfänger vor Beginn der Maßnahme von seinem Wohnort zum Leistungsort und nach deren Abschluss vom Leistungsort zurück zum Wohnort unternimmt. Wenn auch die Rehabilitationsmaßnahmen bereits mit der Entlassung aus der stationären Einrichtung abgeschlossen sind, gehört der Weg des Patienten von dieser Einrichtung zurück zu seiner Wohnung notwendig zur Durchführung der stationären Behandlung. Soweit die Benutzung eines Fahrzeugs erforderlich ist, wird es dabei im allgemeinen genügen, wenn dem Patienten die Rückkehr in seinen Haushalt ermöglicht wird. Ausnahmsweise kann die Rückkehr in die Wohnung für den Patienten wertlos sein, z. B. wenn die Wohnung zerstört oder sonst unbenutzbar geworden ist. In solchen Fällen muss der Patient Gelegenheit haben, sich dorthin zu begeben, wo er bis zur Wiederherstellung seiner Wohnung oder zur Gründung einer neuen Wohnung seinen ständigen Aufenthalt nehmen will. Das gilt auch und insbesondere dann, wenn – wie im vorliegenden Fall – die eigene Wohnung für den Patienten deshalb wertlos geworden ist, weil er in ihr nicht existenzfähig ist (BSG, Urteil vom 25.06.1975 [a.a.O.](#) zu [§ 184 RVO](#)).

Begibt sich der Patient an einen anderen als den bisherigen Wohnort, kommt die Leistungspflicht der Krankenkasse nur ausnahmsweise in Betracht. Hierfür bedarf es eines wichtigen Grundes, der nicht ausschließlich in der Eigenverantwortung des Versicherten liegt, sondern z.B.

im Hinblick auf eine in Betracht kommende häusliche Krankenpflege auch dem Träger der Krankenversicherung obliegt. Ein wichtiger Grund des Versicherten zur Rückkehr an einen anderen als den bisherigen Wohnort - z.B. die Übernahme der Betreuung von Enkelkindern oder Pflege von Angehörigen durch ihn - ohne Bezug zur Leistungspflicht der Krankenkasse ist dagegen nicht ausreichend. Ein wichtiger Grund im hier maßgeblichen Sinne ist dagegen z.B. dann anzunehmen, wenn die selbstbeschaffte Hilfe und Wartung im Verhältnis zu anderen - in der Versorgung durch die Krankenkassen liegenden - Möglichkeiten die billigste und zweckmäßigste ist (vgl. BSG, Urteil vom 25.06.1975 [a.a.O.](#)). Der Versicherte darf sich aber auch dann nicht zum Zwecke der Selbstbeschaffung der notwendigen Hilfe und Wartung an einem von seinem Wohnort unverhältnismäßig weit entfernten Ort begeben, sondern diese in der näheren Umgebung seines Wohnorts suchen (vgl. BSG, Urteil vom 25.06.1975 [a.a.O.](#)), da, wie dargelegt, die eigentliche Kassenleistung und der Transport im Verhältnis von Haupt- und Nebenleistung stehen (BSG, Urteile vom 25.06.1975 und 28.03.1979 [a.a.O.](#); sowie Urteil vom 09.02.1983 - [5a RKn 24/81](#) -, veröffentlicht in Juris). Dementsprechend dürfen auch die Kosten der Fahrt nicht unangemessen hoch sein, sondern müssen in einem angemessenen Verhältnis zu der vom Träger der Krankenversicherung zu erbringenden Hauptleistung stehen (vgl. BSG, Urteil vom 25.06.1975 [a.a.O.](#)).

Nach diesen Vorgaben war der als solcher nicht streitige notwendige Krankentransport vom Rehabilitationszentrum zum letzten Wohnort der Klägerin in T. von der Beklagten zu übernehmen. Der Transport in ein Altenpflegeheim außerhalb des letzten Wohnorts - das sich in G. ca. 600 km entfernt vom letzten Wohnort und von der letzten stationären Einrichtung befindet - geht dagegen über die Leistungspflicht der Beklagten hinaus. Die Klägerin hat der Sache nach am Schluss ihrer Rehabilitation in L. einen Wohnortwechsel vorgenommen und ihren häuslichen Lebensmittelpunkt von T. nach G. verlegt. Dies kann nicht zu einer Ausdehnung der Leistungspflicht der Beklagten (und damit der Übernahme der sonst für die Klägerin anfallenden und von ihr persönlich zu tragenden Umzugskosten) führen, zumal die Klägerin bis dahin nur Anspruch auf Rücktransport zu Lasten der Beklagten bis zu ihrem damaligen frei gewählten Lebensmittelpunkt in T. hatte. Zwar war ihre Wohnung für die Klägerin wertlos. Die Klägerin hätte allerdings auch in T. oder Umgebung ein geeignetes Pflegeheim wählen können. Ein die Leistungspflicht der Krankenkassen ausnahmsweise für einen Transport an einen anderen als den bisherigen Wohnort begründender wichtiger Grund lag nicht vor. Zwischen den Beteiligten ist insoweit zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin ihren Aufenthalt nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung dort nehmen musste, wo die notwendige Wartung und Hilfe gewährleistet waren und dies aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit und fehlender anderer Pflegemöglichkeiten ausschließlich in einem Pflegeheim gewährleistet war. Der Umzug in ein Pflegeheim betraf aber nicht den Verantwortungsbereich und die Leistungspflicht der Krankenkasse, sondern lag ausschließlich in der privaten Sphäre der Klägerin. Denn es fehlt im vorliegenden Fall, in dem die Klägerin zu einem Pflegeheim transportiert wurde, in dem sie auf Dauer bleibt, an einem im Hinblick auf die Leistungspflicht der Beklagten maßgeblichen Anknüpfungspunkt, den das BSG im dortigen Fall dem § 185 RVO (jetzt [§ 37 SGB V](#)) entnommen hat. Das BSG ist insoweit davon ausgegangen, dass die Regelung über die häusliche Krankenpflege zeige, dass bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Beschaffung der Hilfe und Wartung nicht ausschließlich Sache des Versicherten sei, sondern auch dem Träger der Krankenversicherung obliegen kann. Im Anschluss an den stationären Aufenthalt der Klägerin kam hier die häusliche Krankenpflege bis zur Genesung aber nicht in Betracht. Denn anders als in dem vom BSG (Urteil vom 25.06.1975 [a.a.O.](#)) entschiedenen Fall - bedurfte die Klägerin nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht nur vorübergehend der weiteren Krankenpflege. Vielmehr war sie nach Abschluss der Behandlung und der Rehabilitationsmaßnahme auf Dauer pflegebedürftig (bei Aufnahme: Pflegestufe II) im Sinne des SGB XI. Häusliche Krankenpflege (als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gem. [§ 37 Abs. 2 SGB V](#)) war nicht verordnet worden und hätte in der Pflegeeinrichtung auch nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen. Nach dem für die häusliche Krankenpflege hier allein in Betracht kommenden [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) wird für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu Lasten der Krankenkasse weder Grundpflege noch hauswirtschaftliche Versorgung gewährt und Behandlungspflege ([§ 37 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)) nur ausnahmsweise und unter den weiteren - hier nicht vorliegenden - Voraussetzungen des [§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#). Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt damit grundsätzlich - wie auch im vorliegenden Fall - die Pflegekasse gemäß [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) im Rahmen von pauschalen Leistungsbeträgen die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen der sozialen Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Ein Zusammenhang mit dem Verantwortungsbereich der Beklagten lässt sich auch nicht aus dem Vorbringen der Klägerin herleiten, dass der Kontakt mit den Nichten und deren Beistand die Besserung ihres gesundheitlichen Zustands wesentlich gefördert hätten. Denn auch wenn man dies unterstellt, ergibt sich kein Bezug zu einer von der Beklagten zu erbringenden Leistung. Die Förderung sozialer Beziehungen - und seien sie im Einzelfall noch so sinnvoll und wohltuend - wird - von Mutter-Kind-Kuren abgesehen - nicht vom Leitungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Die Zuwendung von nahen Angehörigen ist dem privaten Bereich zuzuordnen. Im Übrigen haben die Pflegeheime auch für die soziale Betreuung der Bewohner zu sorgen ([§§ 43 Abs. 2](#) und [82 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#)). Diese haben nach [§ 11 Abs. 1 SGB XI](#) die Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu leisten ([§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#)). Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten ([§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#)). Die Pflegeversicherung setzt dabei familiäre und gesellschaftliche Pflegeleistungen voraus und gewährt nur in dem Rahmen von [§§ 4 Abs. 1, 14 SGB XI](#) Versicherungsschutz; eine Vollversorgung der Pflegebedürftigen wird weder angestrebt noch erreicht. Die Pflegeversicherung stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen ([BT-Drucks. 12/5262](#), 90). Für diesem Bereich zuzuordnende Eigenleistungen haben damit aber auch die Krankenkassen nicht einzustehen.

Unabhängig davon, dass die hier in Rede stehende selbstbeschaffte "notwendige Hilfe und Wartung" in einem Pflegeheim an einem anderen als dem bisherigen Wohnort damit keinen Bezug zum Verantwortungsbereich der Beklagten aufweist, stellt sie im Verhältnis zu anderen Möglichkeiten auch nicht die billigste und zweckmäßigste dar, da die - wie dargelegt nicht von der Beklagten - zu tragenden Kosten in einem näheren Pflegeheim die gleichen wären. Entgegen dem klägerischen Vorbringen sind der Beklagten auch nicht - nicht einmal indirekt - Kosten erspart worden. Soweit die Klägerin geltend macht, dass im Umkreis ihres früheren Wohnortes ein Wechsel in ein Pflegeheim nicht ohne zeitliche Verzögerung möglich gewesen wäre, wird zunächst nicht substantiiert und konkret dargelegt, bei welchen Pflegeheimen in der näheren Umgebung die Klägerin ihre Aufnahme beantragt hätte. Zudem steht das - vorgetragene erfolglose - Bemühen um eine solche Aufnahme im Gegensatz zu ihrem übrigen Vortrag, dass sie das Pflegeheim in G. bewusst deswegen gewählt habe, um in der Nähe ihrer - einzigen - im Bundesgebiet lebenden Angehörigen zu sein. Aber auch wenn tatsächlich eine Aufnahme in ein näher gelegenes Pflegeheim nur mit zeitlicher Verzögerung möglich gewesen wäre, hätte dies, worauf die Beklagte zu Recht hinweist, nicht dazu geführt, dass sie Kosten eines medizinisch nicht mehr notwendigen stationären Aufenthalts hätte übernehmen müssen. Insoweit sieht [§ 11 Abs. 4 SGB V](#) lediglich den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche vor, wobei die betroffenen Leistungserbringer für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen zu übermitteln haben. Ziel dieses Versorgungsmanagements ist der reibungslose Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege (BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 19/05 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Hiervon hat die Klägerin aber keinen Gebrauch gemacht, sondern in eigener Regie vom Sozialhilfeträger eine Zusage für die Übernahme der Kosten der Heimunterbringung für den Fall der Verlegung in das Altenpflegeheim in G. eingeholt.

Schließlich können auch allgemein soziale, humanitäre oder familiäre Gründe nicht zu einem Anspruch aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) führen, selbst wenn diese für eine stationäre Betreuung des Versicherten sprechen, für eine Behandlung aber nicht die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind (BSG, Urteil vom 10.04.2008 [a.a.O.](#)).

Der hier durchgeführte Krankentransport der Klägerin in ein Pflegeheim außerhalb des ursprünglichen Wohnorts, in dem bei Aufnahme - wie hier - keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Anspruch genommen werden können, ist damit als Eigenleistung der Klägerin oder ihrer als Betreuerin bestellten Nichte zu werten, die nicht der Leistungspflicht der Beklagten unterfällt.

Unabhängig hiervon war der gewählte Ort mit einer Entfernung von mehr als 600 km auch unverhältnismäßig weit von dem ursprünglichen Wohnort entfernt. Der Umzug in ein Pflegeheim nach G. war auch nicht die billigste Alternative. Darauf, ob es die zweckmäßigste Lösung war, kommt es damit nicht mehr. Allerdings wird auch die Zweckmäßigkeit und Angemessenheit der selbstbeschafften Hilfe in Bezug auf eine hier nicht gegebene Leistungspflicht der Beklagten und nicht ausschließlich unter Berücksichtigung - auch noch so verständlicher - privater Belange zu beurteilen sein.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 1 Nrn. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-03-24