

## L 11 KR 2432/12

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 KR 3620/09  
Datum  
26.03.2012  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 2432/12  
Datum  
14.02.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.03.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Fahrtkosten zu ambulanten ärztlichen Behandlungen im Zeitraum 19.06.2007 bis 14.11.2008.

Die 1955 geborene Klägerin leidet unter degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule mit Nervenwurzelreizerscheinungen, Gelenksbeschwerden, Wirbelgleiten, Fibromyalgiesyndrom und einem depressiven psychosomatischen Erschöpfungssyndrom. Ihr wurde ein Grad der Behinderung von 80 sowie das Merkzeichen "G" und Pflegestufe 1 zuerkannt. Die Klägerin bezieht eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Am 18.11.2008 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Übernahme von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen beim Allgemeinmediziner, beim Orthopäden, beim Radiologen, bei verschiedenen Zahnärzten, in der Uniklinik Zahnheilkunde T., in der E.-K.-Universität T., beim Psychologen, beim Frauenarzt, beim Umweltmediziner, beim Gefäßchirurgen, beim Proktologen und beim Rheumatologen sowie zur Krankengymnastik und Physiotherapie im Zeitraum 19.06.2007 bis 14.11.2008. Hinsichtlich der einzelnen Fahrten wird auf die Aufstellung auf Seite 2 und 3 des angefochtenen Urteils Bezug genommen. Die Klägerin legte mit ihrem Antrag ein Attest der Allgemeinmedizinerin K. vom 07.08.2008 vor, wonach sie schwer chronisch krank sei und verschiedene ambulante Therapien wie Krankengymnastik, Lymphdrainage, Psychotherapie benötige. Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Beratung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein und lehnte den Antrag sodann mit Bescheid vom 21.01.2009 ab.

Mit ihrem Widerspruch (Schreiben vom 08.02.2009) machte die Klägerin geltend, ihr seien in der Vergangenheit unter denselben Umständen Fahrtkosten von der Beklagten erstattet worden. Sie sei aus finanziellen Gründen auf den Fahrtkostenzuschuss angewiesen. Seit 13 Jahren leide sie unter einer Borrelioseinfektion mit heftigsten Beschwerden, die sie mit naturheilkundlichen Mitteln auf eigene Kosten behandle. Da sie darüber hinaus an Wirbelgleiten leide, müsse ständig eine physiotherapeutische Behandlung erfolgen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.07.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Voraussetzungen für eine Übernahme von Fahrtkosten zu ambulanten Krankenbehandlungen lägen nicht vor. Eine der Chemotherapie, Dialyse oder Bestrahlung vergleichbare Behandlungsserie oder eine vor-, nach- oder stationäre Behandlung liege nach den vorgelegten Fahrtenprotokollen nicht vor. Ein Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder ein Einstufungsbescheid in die Pflegestufen 2 oder 3 lägen nicht vor. Auch eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität sei den vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen. Aus den in der Vergangenheit erfolgten Kostenübernahmen könne ein Rechtsanspruch nicht abgeleitet werden. Im Übrigen habe das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 26.09.2006 ([B 1 KR 20/05](#)) bestätigt, dass die Krankentransportrichtlinien nicht erweiternd auszulegen seien.

Hiergegen richtet sich die am 17.08.2009 zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhobene Klage. Die Klägerin macht weiter geltend, dass die Ausnahmekriterien für die Fahrtkostenerstattung zu ambulanten Behandlungen erfüllt seien, da sie chronisch krank und in ihrer Mobilität in erheblicher Weise eingeschränkt sei. Durch regelmäßige Krankengymnastik und manuelle Behandlungen habe sie bereits mehrfach in der Vergangenheit vorgeschlagene operative Eingriffe vermeiden können. Bei einem Aussetzen der Behandlung sei eine Verschlechterung des aufgrund des Wirbelgleitens bestehenden chronischen Schmerzsyndroms und eine Verschlimmerung der aufgrund der chronischen Borreliose bestehenden rezidivierenden Sensibilitätsstörungen zu befürchten. Die Behandlungsdauer sei nicht absehbar, die

Behandlungsfrequenz betrage drei bis vier Behandlungstage pro Woche.

Das SG hat behandelnde Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen befragt, insoweit wird auf die schriftlichen Aussagen von Dr W. vom 22.09.2011, Dr S. vom 14.11.2011, die Ausdrücke aus der Patientenakte von Dr I. und die Aussage von Dr W. vom 02.02.2012 Bezug genommen. Sodann hat das SG die Klage mit Urteil vom 17.08.2009 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, nach [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) übernehme die Krankenkasse Fahrtkosten bei Fahrten von Versicherten ua zu einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werde oder diese nicht ausführbar sei, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung. Andere Erwägungen als medizinische hätten bei der Beurteilung der Notwendigkeit der Krankenfahrt außer Betracht zu bleiben. Die von der Klägerin genannten finanziellen Gründe und der Umstand, dass sie auf dem Land wohne, könnten daher nicht berücksichtigt werden. Die Voraussetzungen von [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Nach der Rechtsprechung des BSG würden vom Regelungsgehalt dieser Norm keine Behandlungen erfasst, die regelmäßig ambulant erbracht werden und allenfalls bei Auftreten von Komplikationen eine stationäre Aufnahme nach sich zögen. Denkbar wäre allenfalls bei den Fahrten zur Krankengymnastik und Physiotherapie, dass möglicherweise vorbeugend ein operativer Eingriff entbehrlich gemacht worden wäre. Da jedoch Krankengymnastik und Physiotherapie grundsätzlich ambulant erbracht würden, seien sie nicht im Sinne der genannten Rechtsprechung des BSG anstelle einer vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung erbracht worden.

Die Voraussetzungen einer Fahrtkostenübernahme nach [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) seien ebenfalls nicht erfüllt. Danach übernehme die Krankenkasse Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Krankentransport-Richtlinien festgelegt habe. § 8 dieser Richtlinien nenne als Voraussetzung für eine Verordnung und Genehmigung, dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werde, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweise und dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtige, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich sei. Daneben könne nach § 8 Abs 3 der Krankentransport-Richtlinie die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid nach dem Pflegeversicherungsgesetz in die Pflegestufen 2 oder 3 vorlegen. Die Genehmigung habe weiter zu erfolgen, wenn ein solcher Nachweis nicht vorliege, aber eine mit diesen Kriterien vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sei und der Versicherte einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfe. Eine Fahrtkostenübernahme nach dieser Vorschrift scheitere bereits daran, dass die Klägerin sich keine vorherige Genehmigung für die unternommenen Fahrten habe erteilen lassen und auch keine ärztliche Verordnung für die entsprechenden Arztbesuche habe vorlegen können. Es existiere lediglich ein Attest von Frau K. vom 24.10.2008, in dem diese für den Zeitraum vom 19.06.2007 bis 18.11.2008 die Notwendigkeit von Fahrten mit dem privaten Pkw wegen der Behandlung der chronischen Erkrankung der Klägerin bescheinige. In einem weiteren Attest vom 07.08.2009 führe sie wiederum lediglich allgemein aus, dass aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms und der Borreliose eine fortlaufende Behandlung nötig sei. Die Notwendigkeit der jeweiligen einzelnen Fahrten lasse sich anhand dieser pauschalen Bescheinigung nicht prüfen. Im Übrigen seien auch die weiteren Voraussetzungen für eine Fahrtkostenübernahme nach [§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) nicht zu bejahen. Die von der Klägerin selbst aufgelisteten Termine ließen kein Behandlungsschema und auch keine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum erkennen. Von einer hohen Behandlungsfrequenz sei bei zumindest wöchentlicher Behandlung auszugehen. Dies könne allenfalls auf die durchgeführte Krankengymnastik und Physiotherapie zutreffen. Den übrigen Arztbesuchen lasse sich weder ein Behandlungsmuster noch eine hohe Behandlungsfrequenz entnehmen. Nicht ersichtlich sei vorliegend, dass der zur Behandlung führende Krankheitsverlauf die Klägerin in einer Weise beeinträchtige, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich sei. Für den Zeitraum der stattgefundenen Krankengymnastik und Physiotherapie vom 26.06.2007 bis 20.10.2008 sei nicht nachgewiesen, dass die Klägerin aufgrund von Schwäche, Schmerzen oder anderweitigen Beeinträchtigungen nicht in der Lage gewesen sei, ihre jeweiligen Behandler aufzusuchen. Vielmehr sei ersichtlich, dass die Klägerin sich im Herbst 2007 in der Türkei aufgehalten habe, dort Roller gefahren sei und Nordic Walking betrieben habe. Es sei auch nicht nachgewiesen, dass die Mobilität der Klägerin vergleichbar eingeschränkt gewesen sei mit der eines schwerbehinderten Menschen, bei welchem die Voraussetzungen der Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" erfüllt gewesen seien. Dazu müsste die Klägerin nicht in der Lage gewesen sein, Wegstrecken von nicht nur geringfügiger Länge in angemessener Zeit ohne fremde Hilfe zurückzulegen und sich ohne fremde Hilfe zu orientieren. Dass dies nicht der Fall gewesen sei, beweiße bereits die augenfällige Tatsache, dass sie Behandlungsfahrten immer wieder selbst mit dem Pkw unternommen habe und unternehme. Auch Dr W. habe sich beim Vorliegen der Voraussetzungen des Merkzeichens "H" nicht festlegen wollen, sondern dieses lediglich bei "wohlwollender Betrachtung" in Aussicht gestellt.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 09.05.2012 zugestellte Urteil richtet sich die am 08.06.2012 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie ist der Auffassung, die hier vorgenommenen ambulanten Behandlungen seien geeignet im Sinne des [§ 60 Abs 2 Nr 4 SGB V](#), eine an sich gebotene stationäre Behandlung zu vermeiden. Durch die Erkrankung der Wirbelsäule müsse die Klägerin ständig in physiotherapeutische Behandlung. Nur so könnten Versteifungen oder Blockaden in der Wirbelsäule und schließlich ein längerer stationärer Krankenhausaufenthalt mit eventueller Operation der Wirbelsäule verhindert werden. Die hohe Frequenz der ambulanten Behandlungen verhindere ein Versteifen der Gelenke. Die Vermeidung der stationären Behandlung habe die Beklagte in den früheren Jahren ebenfalls gesehen, jedenfalls seien die Anträge der Klägerin zur Bezuschussung von Fahrtkosten in den Jahren davor positiv beschieden worden. Die Klägerin habe auch wegen ihrer schlechten finanziellen Lage hierauf vertrauen können. Das SG habe den Zusammenhang zwischen hoher Frequenz der ambulanten Behandlung und Vermeidung einer stationären Behandlung wegen der Wirbelsäulenerkrankung nicht ausreichend beachtet und gewürdigt.

Die Klägerin beantragt:

1. Das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 26.03.2012 wird aufgehoben.
2. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 21.01.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.07.2009 verurteilt, der Klägerin die Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung bei U. K., Dr I., I. K., der Krankengymnastin F., Dr R., Frau P., Dr K., Dr W., Dr H., bei der Physiotherapie Z., bei Dr W., Dr F., Dr E., der Uniklinik für Zahnheilkunde der E.-K.-Universität T., Dr S., Dr R., Dr S., Dr J., Dr D., Dr K., Dr R. und Dr O. im Zeitraum vom 19.06.2007 bis 14.11.2008 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie schließt sich den Ausführungen in dem angefochtenen Urteil an.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Der Senat weist die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richter gemäß [§ 153 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zurück, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden. Der Bevollmächtigte der Klägerin hat insoweit lediglich darum gebeten, wegen eines Auslandsaufenthaltes der Klägerin in der Türkei nicht vor Mitte Dezember 2012 zu entscheiden.

Die nach den [§§ 151 Abs 1, 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und auch ansonsten statthafte Berufung ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zutreffend abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 21.01.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.07.2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung ihrer Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen im hier streitigen Zeitraum vom 19.06.2007 bis 14.11.2008.

Rechtsgrundlage für die hier streitige Übernahme von Fahrtkosten ist [§ 60 SGB V](#) (in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung; Art 1 Nr 37 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, [BGBl I S 2190](#)). Danach übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach [§ 133 SGB V](#), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Die Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich aus [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 12 SGB V](#) festgelegt hat ([§ 60 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)). Die Krankenkasse übernimmt nach [§ 60 Abs 2 SGB V](#) die Fahrtkosten in Höhe des die gesetzliche Zuzahlung ([§ 61 Satz 1 SGB V](#)) je Fahrt übersteigenden Betrages 1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in eine wohnortnahe Krankenhaus, 2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, 3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport), 4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) oder [§ 115b SGB V](#), 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.

Nach [§ 8 Abs 1](#) der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransport-Richtlinien in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung, BAnz Nr 18 S 1342) können in besonderen Ausnahmefällen auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in [§ 7 Abs 2 Buchst b und c](#) geregelten - hier nicht vorliegenden - Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Voraussetzung für eine Verordnung und eine Genehmigung ist nach [§ 8 Abs 2](#) der Krankentransport-Richtlinien, 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 der Anlage 2 der Richtlinien genannten, nicht abschließenden Fällen in der Regel erfüllt (Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie, onkologische Chemotherapie).

Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in die Pflegestufen 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen ([§ 8 Abs 3 Satz 1](#) der Krankentransport-Richtlinien). Auch bei vergleichbaren Beeinträchtigungen der Mobilität und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum genehmigen die Krankenkassen auf ärztliche Verordnung Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung ([§ 8 Abs 3 Satz 2](#) der Krankentransport-Richtlinien).

Vorliegend kommt die Übernahme der Fahrtkosten unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt in Betracht. Bei den [§ 60 Abs 1 Satz 3](#) unterfallenden Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung bedarf es grundsätzlich einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse (Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Loseblattkommentar Stand Juni 2012, [§ 60 RdNr 12](#); Hessisches Landessozialgericht (LSG) 16.02.2012, [L 8 KR 243/11](#), juris). Ein derartiger vorheriger Genehmigungsantrag, der nicht für jede einzelne Fahrt gestellt werden muss, sondern auch für alle im Rahmen einer konkreten Behandlungsmaßnahme notwendigen Fahrten gestellt werden kann ([BSG 28.07.2008](#), [B 1 KR 27/07 R](#), [SozR 4-2500 § 60 Nr 5](#)), liegt hier ersichtlich nicht vor, denn die Klägerin hat erst nach Ablauf des hier streitigen Zeitraums um Erstattung der bereits in der Vergangenheit angefallenen Fahrtkosten ersucht. Davon abgesehen liegen auch die übrigen Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Übernahme der Fahrten zur ambulanten Behandlung nicht vor. Bei den vorliegend umfangreich in Anspruch genommenen Behandlungen lässt sich allenfalls bei Krankengymnastik und Physiotherapie ein Therapieschema mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum iSv [§ 8 Abs 2 Satz 1](#) Krankentransport-Richtlinien erkennen. Allerdings gibt es keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass diese Behandlungen oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Klägerin in einer Weise beeinträchtigt hat, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich war. Krankengymnastik oder Physiotherapie gehen als Behandlung an sich mit keiner so starken Beeinträchtigung einher wie dies beispielsweise bei onkologischer Strahlentherapie oder Chemotherapie der Fall ist.

Auch eine vergleichbare Einschränkung der Mobilität iSv § 8 Abs 3 Satz 2 der Krankentransport-Richtlinie - die Voraussetzungen nach Satz 1 liegen ersichtlich nicht vor - ist nicht gegeben. Dies belegt nicht nur die Tatsache, dass die Klägerin regelmäßig selbst Fahrten zur ambulanten Behandlung mit dem Pkw unternommen hat, sondern auch, dass sie Nordic Walking betreibt - laut Patientenkartei von Dr I. gab sie im Herbst 2008 Schmerzen in der Hüfte beim Nordic Walking an - und während eines Türkeiaufenthalts im Herbst 2007 in der Lage war, Roller zu fahren. Insoweit hatte die Klägerin bei Dr I. angegeben, am 24.09.2007 mit dem Roller auf ölverschmierter Fahrbahn gestürzt zu sein. Im Übrigen hat auch der Chirurg Dr S. in seiner Aussage gegenüber dem SG bestätigt, dass er eine entsprechende vergleichbare Einschränkung der Mobilität nicht sehe. Selbst nach der Aussage von Dr W., der die Klägerin wegen ihrer Borreliose mit "Photonentherapie" behandelt hatte und eine Einschränkung der Mobilität sah, "die man wohlwollend mit "H" bezeichnen könnte", ist eine entsprechende Einschränkung der Mobilität nicht belegt.

Die Berufungsbegründung stützt sich im Wesentlichen darauf, dass die Voraussetzungen von [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) insoweit gegeben seien, als durch die Behandlung der Erkrankungen der Wirbelsäule eine Operation an der Wirbelsäule vermieden worden sei. Der Senat sieht sich daher veranlasst, zu diesem Punkt in Ergänzung zu den zutreffenden Ausführungen des SG nochmals Stellung zu nehmen. Nach der Gesetzesbegründung zu [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) ([BT-Drucks 12/3608 S 82](#), 83) sollten hierdurch Anreize geschaffen werden, Krankenhausbehandlung entweder kürzer in Anspruch zu nehmen oder sich stattdessen ambulant behandeln zu lassen. Insoweit ging es darum, das Ziel einer Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich nicht durch eine Schlechterstellung der ambulanten Behandlungsalternativen bei der Fahrtkostenerstattung zu gefährden. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, auf dessen Beschlussempfehlung vom 7.12.1992 ([BT-Drucks 12/3930 S 17](#)) der endgültige Text der Vorschrift zurückgeht, hat in seinem Bericht vom 8.12.1992 ([BT-Drucks 12/3937 S 12](#)) wörtlich ausgeführt: "Für Leistungen, die grundsätzlich ambulant erbracht werden (zB Dialysebehandlungen) bringt die Neuregelung keine Änderung gegenüber dem bisherigen Recht, da bei solchen Behandlungen stationäre oder teilstationäre Krankenhauspflege nicht erforderlich ist und damit auch nicht vermieden werden kann." Entsprechend werden nach der Rechtsprechung des BSG vom Regelungsgehalt des [§ 60 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) keine Behandlungen erfasst, die regelmäßig ambulant erbracht werden und allenfalls bei Auftreten von Komplikationen eine stationäre Aufnahme nach sich ziehen. Von einer eigentlich notwendigen stationären Behandlung auszugehen, die aus besonderem Grunde in einem Einzelfall ambulant vorgenommen wird, ist daher bei einer Behandlung bei einem niedergelassenen Vertragsarzt grundsätzlich nicht möglich (BSG 18.02.1997, [1 RK 23/96](#), [SozR 3-2500 § 60 Nr 1](#)). Krankengymnastik und Physiotherapie, auf die sich die Klägerin zur Behandlung ihres Wirbelgleitens im Wesentlichen bezieht, werden jedoch grundsätzlich ambulant erbracht und somit auch im Sinne der Rechtsprechung des BSG nicht anstelle einer vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung. Auch im Übrigen hat das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass hinsichtlich der übrigen Fahrten schon nicht ansatzweise ersichtlich ist, welche stationäre Behandlung durch Aufsuchen der Ärzte hätte vermieden werden können.

Schließlich kann die Klägerin auch keinen Vertrauensschutz daraus herleiten, dass die Beklagte ihr tatsächlich in den Vorjahren die Fahrtkosten erstattet hatte. So hatte die Beklagte im Bescheid vom 10.11.2006 hinsichtlich der Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen im Jahr 2005 ausdrücklich geschrieben: "Im Rahmen einer Einzelfallentscheidung beteiligen wir uns an den entstandenen Fahrtkosten zu den ambulanten Arztterminen im Jahr 2005 von Ihnen. Rechtsansprüche auf andere, gleich oder ähnlich gelagerte Fälle können daraus auch für die Zukunft nicht abgeleitet werden." Die frühere Gewährung von Fahrtkostenzuschüssen - aus welchen Gründen diese auch erfolgte - kann somit schon dem Grunde nach keinen Vertrauensschutz für die Zukunft und damit den hier streitigen Zeitraum begründen.

Eine erweiternde Auslegung der Krankentransport-Richtlinien zur Vermeidung von Härtefällen kommt nicht in Betracht, denn der Gesetzgeber wollte zur Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem GMG ua Fahrtkosten in der ambulanten Versorgung grundsätzlich nicht mehr erstattet wissen; Ausnahmen sollten nur nach Genehmigung durch die Krankenkassen gelten. Insbesondere sollte die Möglichkeit der Krankenkassen ausgeschlossen werden, Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen generell in Härtefällen zu übernehmen ([BT-Drucks 15/1525 S 76 f](#) und S 94 f zu Nr 37). Verfassungsrechtliche Bedenken gegen diese Begrenzung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen nicht (BSG 26.09.2006, [B 1 KR 20/05](#), [SozR 4-2500 § 60 Nr 1](#)).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-02-18