

L 6 KR 401/09

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 38 KR 814/06
Datum
12.03.2009
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 401/09
Datum
26.06.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gotha vom 12. März 2009 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für 19 Kontrolluntersuchungen im Zeit-raum vom 13. Januar 2004 bis 14. November 2005 nach operativer Anlegung einer protek-tiven Ileostomie (Dünndarmkünstafter) streitig.

Der 1943 geborene und bei der Beklagten gesetzlich versicherte Kläger befand sich seit dem 19. September 2002 im W. in E. in Behandlung aufgrund eines perianalen Hufeisen-fistelsystems bei supraspinktärer Analfistel, die das Anlegen eines Dünndarmkünstafters erforderlich machte. Im weiteren Verlauf kam es zu Wundheilungsstörungen, die mehrfach operative Revisionen erforderten. Bedingt hierdurch hatte er im Zeitraum vom 19. Sep-tember 2002 bis 14. November 2005 Kontrolltermine im W. in E. wahrzunehmen. Für die Kontrolltermine in der Zeit vom 19. September 2002 bis 2. Dezember 2003 erstattete die Beklagte eine Kilometerpauschale von 0,22 EUR für Hin- und Rückreise unter Zugrunde-legung einer zurückgelegten Wegstrecke von insgesamt 230 Kilometer. Für die ab dem 13. Januar 2004 erforderlichen Kontrolltermine beantragte der Kläger mündlich weiterhin die Erstattung der Fahrtkosten. Dies lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 14. Oktober 2004 ab. Ein Zustellnachweis lässt sich der Akte nicht entnehmen. Zur Begründung verwies sie darauf, dass aufgrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ab dem 1. Januar 2004 grundsätzlich keine Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung mehr übernommen werden dürften. In der Krankentransportrichtlinie geregelte Ausnahmefälle seien nicht er-füllt.

Hiergegen legte der Kläger am 22. November 2005 Widerspruch ein. Zur Begründung verwies er auf eine ärztliche Bescheinigung des Chefarztes der proktologischen Abteilung des W.es in E., wonach aufgrund des komplizierten Heilungsverlaufes regelmäßige Kon-trolluntersuchungen in der proktologischen Sprechstunde erforderlich waren. Des Weiteren wurde bescheinigt, dass aufgrund des Krankheitsbildes und des Allgemeinzustandes des Patienten die Anreise im PKW mit einer Begleitperson (der Ehefrau des Patienten) erfor-derlich war. In unmittelbarer Umgebung seines Wohnortes seien keine Kliniken vorhan-den, die derartig komplizierte Analfistelsanierungen vornehmen könnten. Beigefügt war des Weiteren eine Aufstellung über die wahrgenommen ambulanten Kontrolltermine. Der Widerspruch wurde mit Bescheid vom 23. Februar 2006 zurückgewiesen und zur Begrün-dung ausgeführt, dass die Voraussetzungen nach der Krankentransportrichtlinie für eine ausnahmsweise Übernahme der Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung nicht erfüllt sei-en.

Hiergegen hat der Kläger am 15. März 2006 Klage erhoben. Er hat die Ansicht vertreten, er habe Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten nach § 60 Abs. 2 Nr. 4 des Fünften Bu-ches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Voraussetzungen der Krankentransportrichtlinie seien erfüllt. Seine Erkrankung erfordere eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum. Die Beförderung sei zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerläss-lich gewesen. Bei den circa 4-wöchigen Terminen habe keine Behandlung stattgefunden. Es seien nur die notwendigen Kontrolluntersuchungen durchgeführt worden. Ziel sei es gewesen, den Grad der Heilung festzustellen, um durch eine letzte Operation den künstli-chen Darmausgang zu entfernen.

Mit Gerichtsbescheid vom 12. März 2009 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewie-sen. Ein Anspruch auf Erstattung der Fahrtkosten zu den ambulanten Nachuntersuchungen sei bereits ausgeschlossen, weil der Kläger weder eine vertragsärztliche Verordnung erhal-ten noch die beklagte Krankenkasse die entsprechenden Krankenfahrten zuvor genehmigt habe. Darüber hinaus hätten die Voraussetzungen für eine Verordnung der Krankenfahrten nicht vorgelegen. Die Nachuntersuchungen seien nicht Bestandteil eines Therapieschemas, welches aufgrund einer Grunderkrankung vorgegeben gewesen sei.

Gegen den ihm am 22. April 2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 14. Mai 2009 Berufung eingelegt und im Wesentlichen vorgetragen, dass es sich in seinem Fall um nach einem Schema festgelegte Kontrolluntersuchungstermine zwischen den einzelnen Operationen gehandelt habe, mit dem Ziel, festzustellen, wann eine Rückverlegung des Darms möglich sei. Eine Behandlung im medizinischen Sinne habe nicht stattgefunden. Die derzeit gültige Transportverordnung könne daher nicht angewandt werden. Eine örtlich nähere Möglichkeit zu Vornahme der Kontrolluntersuchungen habe nicht bestanden. Aufgrund der Entfernung könne er sich die entstandenen Kosten angesichts seiner geringen Erwerbsunfähigkeitsrente in Höhe von 610,00 EUR monatlich nicht leisten.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gotha vom 12. März 2009 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 14. Oktober 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn Fahrtkosten in Höhe von 952,20 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Ein schriftlicher Antrag für die Übernahme der Fahrtkosten liege nicht vor. Vermutlich sei dieser mündlich gestellt worden. Laut Krankentransportrichtlinie sei eine Verordnung für Fahrten mit einem privaten PKW oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht erforderlich. Die Voraussetzung des § 8 Abs. 2 Satz 1 der Krankentransportrichtlinie für eine Übernahme der Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung seien nicht gegeben. Die Kontrolluntersuchungen, welche in der Regel einmal pro Monat stattgefunden hätten, zeichneten sich durch eine deutlich geringere Behandlungsfrequenz aus als beispielsweise eine onkologische Strahlen- oder Chemotherapie oder Fahrten zur Dialyse.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, die Gegenstand der Beratung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§ 151 des Sozialgerichtsgesetzes SGG).

Nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) in der ab dem 1. April 2008 gültigen Fassung bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750,00 EUR nicht übersteigt. Dies gilt nicht, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft.

Für die 19 Fahrten zu den Kontrolluntersuchungen im Zeitraum vom 13. Januar 2004 bis 14. November 2005 sind dem Kläger Fahrtkosten in Höhe von 952,20 EUR (230 Kilometer x 17 x 0,22 EUR und für 2 Fahrten ab 1. September 2005 je 0,20 EUR) entstanden. Auch abzüglich eines sich aus [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages bedurfte die Berufung daher keiner Zulassung nach [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#).

Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Der Kläger hat keinen Anspruch nach [§ 60 SGB V](#) (in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung von Artikel 1 Nr. 37 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 GMG, BGBl. I S. 2190) auf Kostenerstattung für die Fahrtkosten zu den Kontrolluntersuchungen im W. E. ab dem 13. Januar 2004.

Die Voraussetzung für eine Übernahme der Fahrtkosten nach [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) liegen nicht vor. Danach übernimmt die Krankenkasse die Fahrtkosten in Höhe des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden je Fahrt übersteigenden Betrages bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115 a SGB V oder [§ 115 b SGB V](#), wenn dadurch eine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung. Kontrolluntersuchungen nach einer durchgeführten Operation sind keine nachstationären Behandlungen. Dies ergibt sich aus [§ 115 a Abs. 2 Satz 2, 3 und 4 SGB V](#), wonach die nachstationäre Behandlung sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nicht überschreiten darf. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Danach setzen die Kontrolluntersuchungen erst nach Beendigung der nachstationären Behandlung ein und sind gerade nicht ihr Bestandteil. Sie werden regelmäßig im Rahmen ambulanter Behandlungen erbracht. Vollstationäre Behandlungen sind insofern grundsätzlich nicht erforderlich und können dadurch auch nicht vermieden werden. Eine Kontrolluntersuchung könnte allenfalls beim Auftreten von Komplikationen eine stationäre Aufnahme nach sich ziehen.

Als weitere Anspruchsgrundlage für den Kläger kommt nur noch [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Betracht, dessen Voraussetzungen hier ebenfalls nicht vorliegen. Danach übernimmt die Krankenkasse Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen. Diese hat der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) festgelegt. Nach § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) (Krankentransportrichtlinien) in der Fassung vom 22. Januar 2004, geändert am 21. Dezember 2004, können in besonderen Ausnahmefällen auch Fahrten zu ambulanten Behandlungen außer den in § 7 Abs. 2 Buchst. b und c geregelten Fällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse (Abs. 1). Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind, - dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapie-schemata behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und - dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf dem 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 Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend. Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder ein Einstufungsbescheid nach SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Die Krankenkasse genehmigt 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 (Abs. 3).

Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 KrTransP-RL für die Übernahme der Fahrtkosten zu den 19 Kontrolluntersuchungen im W. E. nicht. Die Kontrolluntersuchungen in der proktologischen Sprechstunde weisen nicht die erforderliche hohe Behandlungsfrequenz auf. Diesen unbestimmten Rechtsbegriff hat das BSG in seinem Urteil vom 28. Juli 2008 (Az.: [B 1 KR 27/07 R](#), nach Juris) zu einer einmal wöchentlich erforderlichen Apherese-Behandlung wie folgt näher präzisiert: "Das Vorliegen des Tatbestandsmerkmals "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" i. S. von § 8 Absatz 2 der KrTransp-RL ist danach zu bestimmen, ob die Behandlung, zu deren Ermöglichung die Fahrten durchgeführt werden sollen, mit den in Anlage 2 der Richtlinien genannten anderen Behandlungsformen von ihrem zeitlichen Ausmaß her wertungsmäßig vergleichbar ist; dabei ist die Häufigkeit einerseits und die Gesamtdauer andererseits gemeinsam zu den Regelbeispielen in Beziehung zu setzen. Dieser Maßstab ergibt sich aus der Absicht des Gesetzgebers, ab dem 1.1.2004 Fahrtkosten in der ambulanten Behandlung grundsätzlich gar nicht mehr zu erstatten und nur in "besonderen" Ausnahmefällen etwas anderes gelten zu lassen, nicht aber schon breitflächig allgemein in Härtefällen. Vor diesem Hintergrund muss sich die Auslegung an den in Anlage 2 KrTransp-RL genannten, nicht abschließenden Beispielen der Dialysebehandlung, der onkologischen Strahlentherapie sowie der onkologischen Chemotherapie orientieren. (...) Anders als das LSG meint, kann für die Behandlungshäufigkeit eine durchgehende Therapiedichte von mindestens zwei Mal pro Woche nicht allgemein gefordert werden. [§ 60 SGB V](#) und die Bestimmungen der KrTransp-RL enthalten eine solche Voraussetzung nicht explizit. Selbst wenn die in Anlage 2 der RL genannten Beispiele in der Regel mehr als eine Behandlung wöchentlich erfordern, darf nicht außer Acht bleiben, dass die onkologische Strahlen- und Chemotherapiebehandlungen - anders als die LDL-Apherese-Behandlung der Klägerin - keine Therapie von unbestimmter Dauer bedeuten, sondern auf bestimmte Behandlungsintervalle beschränkt sind. So hat auch die Beklagte im Berufungsverfahren unter Bezugnahme auf eigene medizinische Internet-Recherchen ausgeführt, eine zwischen 20 und 35 Bestrahlungen umfassende onkologische Strahlentherapie erstreckte sich meistens auf einen Zeitraum von vier bis sieben Wochen und eine onkologische Chemotherapie mit Behandlungszyklen von jeweils drei bis vier Wochen im mittleren und fortgeschrittenen Stadien beinhaltet eine Behandlungsdauer von insgesamt vier bis acht Monaten. In Anbetracht des Umstandes, dass die Klägerin zwar nur einmal wöchentlich behandelt werden muss, die LDL-Apherese aber über einen viel längeren Zeitraum als in den Beispielfällen erfolgen muss (nach den vorliegenden Unterlagen in der Vergangenheit durchgehend von 2004 bis 2007), ohne dass erkennbar ein Ende abzusehen ist, kann die streitige Anspruchsvoraussetzung der Behandlung nach einem Therapieschema, das in § 8 Absatz 2 KrTransp-RL eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, auch bei ihr nicht verneint werden."

Im Zeitraum vom 13. Januar 2004 bis 14. November 2005 waren im Fall des Klägers insgesamt 19 Kontrolluntersuchungen erforderlich. Sie erfolgten in der Regel in einem Abstand von einem Monat. Ein größerer Abstand war im Frühjahr 2005 zu verzeichnen, als auf die Untersuchung am 21. März 2005 die nächste erst am 20. Juni 2005 stattfand. Dies erfüllt unter Berücksichtigung der Ausführungen des BSG in dem genannten Urteil, denen sich der Senat anschließt, nicht die Voraussetzungen einer hohen Behandlungsfrequenz im Sinne der Krankentransport-Richtlinien. Eine hohe Behandlungsfrequenz kann nach der genannten Rechtsprechung des BSG zwar noch bei wöchentlicher Behandlung anzunehmen sein, bei nur monatlicher Behandlung scheidet dies hingegen aus. Bei Kontrollterminen im monatlichen Abstand kann schon nach dem Wortsinn nicht von einer "hohen Behandlungsfrequenz" im Sinne der Krankentransport-Richtlinie die Rede sein. Dagegen sprechen auch die in Anlage 2 der Richtlinie genannten, nicht abschließenden Anwendungsbeispiele. Sowohl bei Dialysebehandlungen als auch bei onkologischen Strahlentherapien sind wesentlich engmaschigere Behandlungen erforderlich (vgl. zum Ganzen auch LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 17. August 2006 - Az.: [L 5 KR 65/06](#) zitiert nach Juris). Dialysen erfolgen in der Regel sogar mehrmals wöchentlich. Dies muss erst recht gelten, wenn wie im Jahre 2005 zwischen einzelnen Kontrollterminen ein deutlich längerer Abstand als ein Monat gelegen hat.

Die Voraussetzungen für eine Genehmigung der Fahrten zu den Kontrolluntersuchungen nach § 8 Abs. 3 KrTransP-RL sind ebenfalls nicht gegeben, weil der Kläger über keinen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) im Zeitraum 3. Januar 2004 bis 14. November 2005 verfügte. Laut Bescheid des Versorgungsamtes vom 4. April 2005 betrug der Grad seiner Behinderung 80 und die Merkzeichen B und G lagen vor. Es ist auch nichts dafür ersichtlich, dass in dem genannten Zeitraum bei ihm eine diesen Fällen vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität vorlag. Dass laut der ärztlichen Bescheinigung vom 15. November 2005 eine Anreise im PKW mit Begleitperson erforderlich war, begründet eine solche Vergleichbarkeit nicht.

Soweit der Kläger geltend macht, dass er finanziell nicht in der Lage war, angesichts seiner geringen zum damaligen Zeitpunkt bezogenen Erwerbsunfähigkeitsrente Fahrtkosten zu den Kontrolluntersuchungen zu tragen, ist darauf hinzuweisen, dass die Konkretisierung der Ausnahmen nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) durch die Krankentransport-Richtlinie gesetzeskonform ist. Ziel des Gesetzgebers war es, die Fahrtkostenerstattung generell auf zwingende medizinische Gründe zu beschränken. Lediglich finanzielle Gründe sollten nicht mehr zu einer Übernahme der Fahrtkosten führen (vgl. BSG Urteil vom 26. September 2006 - Az.: [B 1 KR 20/05 R](#), SozR 4/2500 [§ 60 SGB V](#)).

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

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzung des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2012-09-18