

L 6 KR 188/11

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Nordhausen (FST)
Aktenzeichen
S 19 KR 3826/09
Datum
17.11.2010
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 188/11
Datum
28.08.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 17. November 2010 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für Fahrten zu ambulanten manuellen Lymphdrainagen und weiteren medizinischen Behandlungen bzw. Arztterminen streitig.

Die 1940 geborene und bei der Beklagten gesetzlich versicherte Klägerin unterzog sich 1991 einer Brustkrebsoperation. Seit ca. 1999 leidet sie an einem chronischen sekundären Lymph-ödem. Dieses wird mit einer komplexen physikalischen Entstauungstherapie auf ambulanter Basis behandelt. Daneben leidet sie an einer Herzerkrankung und Diabetes. Mit Schreiben vom 1. Oktober 2007 beantragte sie die Erstattung der Fahrtkosten zur Behandlung des Lymphödems am linken Arm im Zeitraum vom 10. Februar 2004 bis 7. August 2007. Daraufhin erstattete die Beklagte ihr mit Bescheid vom 10. Oktober 2007 einen Gesamtbetrag in Höhe von 548,12 Euro. Hinsichtlich der Aufwendungen für Fahrten im Zusammenhang mit stationären Behandlungen in den Jahren 2004 und 2006 wurde ein Betrag in Höhe von 41,72 Euro erstattet. Für Fahrten zur Physiotherapie im Zusammenhang mit der Lymphdrainage erkannte die Beklagte die Voraussetzungen des § 8 der Krankentransportrichtlinie an und erstattete einen Betrag in Höhe von 506,40 Euro.

Am 9. März 2009 beantragte die Klägerin die Erstattung weiterer Fahrtkosten zur Physiotherapie im Zusammenhang mit der ambulanten Lymphdrainage bzw. zu sonstigen Arztterminen und medizinischen Behandlungen für den Zeitraum ab dem 12. September 2007. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27. Mai 2009 ab und wies den hiergegen eingelegten Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17. August 2009 zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass die Voraussetzungen der Krankentransportrichtlinie für eine Übernahme der Fahrtkosten nicht vorlägen. Keine ihrer vielfältigen Erkrankungen erfordere eine regelmäßige, dauerhafte ambulante Behandlung im Sinne eines vorgegebenen Therapieschemas mit der erforderlichen hohen Behandlungsfrequenz.

Hiergegen hat die Klägerin am 17. September 2009 Klage erhoben. Mit Urteil vom 17. November 2010 hat das Sozialgericht (SG) diese abgewiesen. Nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten könnten Fahrten zur ambulanten Behandlung von der Krankenkasse übernommen werden, wenn der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werde, welches eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweise und 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. Absicht des Gesetz- und Ordnungsgebers sei es gewesen, ab 1. Januar 2004 Fahrtkosten in der ambulanten Behandlung grundsätzlich nicht mehr zu erstatten, sondern nur noch in besonderen Ausnahmefällen. Ein derartiger Ausnahmefall liege nicht vor. Am Ende einer jeden physikalischen Behandlung des Lymphödems stehe eine Besserung des Allgemeinbefindens. Daher sei eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben nicht unerlässlich. Letzteres wäre nur der Fall, wenn die Entstauungstherapie den Patienten derart beanspruchen oder schwächen würde, dass dieser hernach in seiner Leistungsfähigkeit deutlich reduziert wäre. Derartiges sei nur bei Behandlungen wie z.B. einer Chemotherapie, nicht aber bei einer Lymphdrainage zu erkennen. Ein Anspruch auf Fahrtkostenübernahme nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 115b SGB V bestehe ebenfalls nicht. Maßnahmen der Lymphdrainage würden grundsätzlich nur ambulant erbracht.

Gegen das ihr am 3. Januar 2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 31. Januar 2011 Berufung eingelegt. Aufgrund ihres Krankheitsbildes sei sie gehalten, regelmäßig manuelle Lymphdrainagen durchführen zu lassen um schwerste gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden.

Nach jeder manuellen Lymphdrainage sei sie so geschwächt, dass ihr Ehemann sie wieder abholen müsse. Bereits mit Bescheid vom 10. Oktober 2007 habe die Beklagte die Notwendigkeit der Übernahme der Fahrtkosten zur manuellen Lymphdrainage anerkannt und einen Betrag von 506,40 Euro erstattet. Zu beachten sei auch die Rechtsprechung des Bundes-sozialgerichts, wonach je länger die Behandlung insgesamt dauere, umso größer der Abstand zwischen den einzelnen Fahrten sein könne. Vor dem Hintergrund des Bescheides vom 10. Oktober 2007 sei es nicht verständlich, für die Übernahme der Fahrtkosten eine erneute Genehmigung zu verlangen. Bis zur 27. Behandlungseinheit seien die Fahrtkosten übernom-men worden und danach nicht mehr.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 17. November 2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 27. Mai 2009 in Gestalt des Wi-derspruchsbescheides vom 17. August 2009 zu verurteilen, an sie Fahrtkosten in Höhe von 1.065,00 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Es bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung für Fahrten zu ambulanten Behandlungen. Ein solcher ergebe sich zunächst nicht aus dem Bescheid vom 10. Oktober 2007. Dieser habe aus-schließlich eine Kostenerstattung für Fahrtkosten im Zusammenhang mit Behandlungen aus den Vorjahren angeordnet. Eine Regelung für die Zukunft sei gerade nicht erfolgt. Ebenfalls habe der Bescheid keine Fahrten zu ambulanten Behandlungen gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 der Krankentransportrichtlinie genehmigt. Bei diesem Bescheid handele es sich daher auch nicht um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozial-gerichts. Auch ansonsten seien die Vorgaben der Krankentransportrichtlinie nicht erfüllt.

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:

Im Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat gemäß § 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsge-setzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151 SGG](#)).

Sie bedurfte vorliegend keiner Zulassung, da die Klägerin die Erstattung von Fahrtkosten in Höhe von 1.065,00 Euro begehrt. Denn 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 nur, wenn der Wert des Beschwerde-gegenstandes bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750,00 Euro nicht übersteigt.

Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch nach [§ 60 SGB V](#) (in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung von Art. 1 Nr. 37 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 GMG [BGBl. I Seite 2190](#)) auf Erstattung der geltend gemachten Fahrtkosten.

Im Rahmen des [§ 60 SGB V](#), der Ansprüche auf Fahrtkosten abschließend regelt, kommt als Anspruchsgrundlage für die Klägerin allein [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Betracht, dessen Voraussetzungen hier indes nicht vorliegen. Danach übernimmt die Krankenkasse Fahrtkos-ten 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 Ziffer b und c geregelten Fällen bei zwingender medi-zinischer 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 Therapieschema 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", "BI" oder "H" oder ein Einstufungsbescheid nach SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorle-gen. Die Krankenkasse genehmigt auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behand-lung 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).

Die Klägerin erfüllt die Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 KrTransp-RL für die Übernahme der Fahrtkosten nicht. Es fehlt hier bereits an der nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) vorgeschriebe-nen vorherigen Genehmigung der Beklagten. Zwar muss ein Genehmigungsantrag nicht vor jeder einzelnen Fahrt gestellt werden. Es ist ausreichend, dass um Genehmigung für alle im Rahmen einer konkreten Behandlungsmaßnahme notwendigen Fahrten ersucht wird (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - Az.: [B 1 KR 27/07 R](#), zitiert nach Juris Rn. 22).

Dies bedeutet, dass vor jeder neuen Behandlungseinheit, ein Genehmigungsantrag bei der Beklagten zu stellen war. Abzustellen ist dabei auf die jeweilige Verordnung. Ein derartiger Genehmigungsantrag ist für die am 12. September 2007 beginnende 28. Verordnungseinheit und auch die folgenden Einheiten nicht vorhanden.

Eine vorherige Genehmigung war zunächst nicht wegen des Bescheides der Beklagten vom 10. Oktober 2007 entbehrlich. Mit ihm hat die Beklagte Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen in Höhe von 506,40 Euro nur für bis zum 15. Juni 2007 durchgeführte Fahrten zur manuellen Lymphdrainage (27. Verordnung) anerkannt und ihre Erstattung veranlasst. Dass dort dauerhaft eine Genehmigung im Sinne von [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) hinsichtlich der Fahrten zur Physiotherapie erteilt werden sollte, lässt sich dem Bescheid nicht entnehmen. Hinsichtlich der Übernahme der Fahrtkosten zur Physiotherapie zählt der Bescheid vom 10. Oktober 2007 zunächst die Voraussetzungen nach § 8 KrTransp-RL für eine Übernahme der Fahrtkosten auf. Ausdrücklich wird ausgeführt, dass alle vier genannten Kriterien, wie vorgegebenes Therapieschema, hohe Behandlungsfrequenz, längerer Zeitraum und Vermeidung von Schäden an Leib und Leben erfüllt sein müssen, damit eine Krankenbeförderung verordnet und genehmigt werden kann. Im Anschluss daran heißt es: "Das Vorliegen dieser Voraussetzungen haben wir bei den Fahrten zur Physiotherapie feststellen können". Damit wird hinreichend zum Ausdruck gebracht, dass die Beklagte in ihrem Bescheid vom 10. Oktober 2007 nur vom Vorliegen der Voraussetzungen für einen Anspruch auf Erstattung der Fahrtkosten für die Vergangenheit und zwar bis zur 27. Verordnung manueller Lymphdrainagen ausgeht. Eine Regelung für die Zukunft lässt sich ihm jedoch nicht entnehmen. Anders konnten die Klägerin bzw. ihr Prozessbevollmächtigter, an welchen dieser Bescheid gerichtet war, den Inhalt des Bescheides bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalles entsprechend dem Rechtsgedanken der [§§ 133](#) und [157](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) nicht verstehen. Bei der Ermittlung des Erklärungswertes sind alle dem Empfänger bekannten oder erkennbaren Umstände heranzuziehen. Abgesehen vom Wortlaut des Schreibens, das eindeutig zum Ausdruck bringt, dass der Bescheid davon ausgeht, dass die Voraussetzungen für die Vergangenheit erfüllt sind, sind ebenfalls die diesem Bescheid zugrunde liegenden Antragsunterlagen zu berücksichtigen. Grundlage für den Bescheid vom 10. Oktober 2007 war der Antrag der Klägerin vom 1. Oktober 2007, bei der Beklagten am 5. Oktober 2007 eingegangen, auf Erstattung von Fahrtkosten in den Jahren 2004 bis 2007. Mit diesem Antrag wurde eine Aufstellung der Klägerin für Fahrten per Pkw und öffentlichen Verkehrsmitteln zur Behandlung des Lymphödems am linken Arm eingereicht. Es wurde um Bearbeitung bis zum 25. Oktober 2007 gebeten. Da alle aufgelisteten Fahrten in der Vergangenheit bereits durchgeführt worden waren, würde die Annahme, dass hiermit zugleich um eine vorherige Genehmigung weiterer Fahrten ersucht werde, ersichtlich keinen Sinn machen. Ebenso lässt sich dem Antrag auf Übernahme der Fahrtkosten kein Hinweis darauf entnehmen, dass zumindest für die zukünftig erforderlich werdenden Fahrten um eine vorherige Genehmigung ersucht wird. Aufgrund der Fassung des Antrages und des Wortlauts des Bescheides vom 10. Oktober 2007 konnten die Klägerin und ihr damaliger und jetziger Prozessbevollmächtigter den Bescheid vom 10. Oktober 2007 nur dahin gehend verstehen, dass für die Vergangenheit Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen in Höhe von 506,40 Euro erstattet werden, weil die Beklagte vom Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ausging. Für die Zukunft ist die Beklagte jedoch deshalb nicht gehindert, das Vorliegen dieser Voraussetzungen erneut zu prüfen.

Aus den gleichen Gründen scheidet es auch aus, den Bescheid vom 10. Oktober 2007 dahin gehend zu verstehen, dass sich die Beklagte gegenüber der Klägerin dauerhaft zur Kostenübernahme für die privaten Pkw-Fahrten zur ambulanten Lymphdrainage verpflichten wollte. Der Verfügungssatz des Bescheides ist vielmehr so zu verstehen, dass hinsichtlich der Fahrtkosten zur Physiotherapie für die Durchführung der manuellen Lymphdrainage Kosten von 506,40 Euro für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erstattet werden. Denn es werden konkrete mit dem Antrag vom 1. Oktober 2007 geltend gemachte Fahrtkosten anerkannt. Bereits der Leistungsantrag der Klägerin war nicht auf unbestimmte Zeit gerichtet, sondern auf einen bestimmten Zeitraum, der sich unschwer der Auflistung der geltend gemachten Fahrten in der Vergangenheit entnehmen lässt. Vor dem Hintergrund des eingereichten Antrages war deutlich, dass sich der Leistungsumfang auf Fahrten in der Vergangenheit beschränkt. An keiner Stelle wird in dem Bescheid mitgeteilt, dass die Kosten auch in Zukunft übernommen werden. Nach seinem objektiven Sinngehalt bei verständiger Würdigung aller Umstände des Einzelfalles handelt es sich mithin nicht um einen ohne zeitliche Begrenzung für eine unbestimmte Vielzahl von Bedarfslagen erteilten Bescheid, einen sogenannten Verwaltungsakt mit Dauerwirkung. Daher war die Beklagte nicht gehindert, nach Eingang des erneuten Kostenübernahmeantrags für die Fahrtkosten am 1. März 2009 eine abschlägige Prüfung in der Sache vorzunehmen.

Angesichts des Fehlens der vorherigen Genehmigung kommt es auf das Vorliegen der weiteren Voraussetzungen von § 8 KrTransp-RL nicht mehr an. Der Senat weist nur ergänzend darauf hin, dass hinsichtlich der geltend gemachten Fahrten zu Arztterminen bei den verschiedenen die Klägerin behandelnden Ärzten, u.a. Hausarzt, Internist und teilweise auch Zahnarzt, die Voraussetzungen des § 8 KrTransp-RL ersichtlich nicht vorliegen. Nach der Krankentransportrichtlinie kommt eine Erstattung der Fahrtkosten zu normalen Arztterminen nicht in Frage.

Die Voraussetzung für eine Genehmigung der Fahrten nach § 8 Abs. 3 KrTransp-RL sind ebenfalls nicht gegeben, weil die Klägerin keinen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe II oder III nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch vorlegen kann. Dass eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität in ihrem Fall nicht vorliegt, ist nicht ersichtlich.

Die Konkretisierung der Ausnahmen nach [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) durch die Krankentransportrichtlinie ist gesetzeskonform. Der Gesetzgeber wollte die Fahrtkostenerstattung generell auf zwingende medizinische Gründe 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 Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2012-12-14