

## L 16 KR 183/98

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Detmold (NRW)  
Aktenzeichen  
S 2 Kr 27/97  
Datum  
30.10.1998  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 16 KR 183/98  
Datum  
24.06.1999  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 36/99 B  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 30. Oktober 1998 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob dem Kläger für die Jahre 1994/95 ein Anspruch auf Fahrkostenersatz zusteht.

Der 19xx geborene, bis 1996 in V. (ca. 25 km südlich von B.) wohnhafte Kläger ist Frührentner und bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Seit 1989 leidet er an erheblichen Wirbelsäulenbeschwerden, die 1992 eine Operation erforderten. In der Folgezeit kam es wiederholt zu Wirbelsäulen-Syndromen mit Blockierungen, insbesondere im Rippenbereich. Stationäre Behandlungen erfolgten u.a. im Juni 1994 (Wxxxxxx-Klinik), im April 1995 (Klinik f. manuelle Therapie Hxxx) und im August 1995 (St. xxxxxx-Stift, xxxxxx).

Im Jahre 1994 war der Kläger auf Kosten der Beklagten 55 mal zur schmerztherapeutischen Behandlung bei dem Arzt Dr. Nxxxxxx in dem (nordwestlich von Bxxxxxxx gelegenen) etwa 35 km von Vxxx entfernten Wxxxxxx, in 1995 insgesamt 27 mal.

Außerdem wurde er im Jahre 1994 an 10 Terminen und im Jahr 1995 an 12 Terminen in der Klinik für manuelle Therapie in Hxxx (ca. 60 km von Vxxx entfernt) ambulant behandelt (i.w. Chiropraktische Eingriffe an der Wirbelsäule, Infiltrationen).

Schließlich war er 1995 bei dem Physiotherapeuten Sxxxxxx in Gxxxxxxx (ca. 10 km von Vxxx entfernt) 99 mal in Behandlung.

Im November 1995 und im März 1996 beantragte der Kläger, ihm die Fahrkosten zu erstatten, die er anlässlich dieser Behandlungen 1994 und 1995 aufgewendet habe.

Die Beklagte ließ die eingereichten Unterlagen medizinisch auswerten und lehnte es anschließend mit Schreiben vom 02.04.1996 ab, die entstandenen Fahrkosten zu erstatten, weil der behandelnde Arzt Dr. Kxxxxxxxxxxxxx mitgeteilt habe, die ambulante Behandlung habe eine Krankenhausbehandlung nicht, wie dies in [§ 60](#) des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) als Voraussetzung verlangt werde, vermieden.

Mit Widerspruch vom 17.06.1996 wandte sich der Kläger gegen den Bescheid und legte Atteste von der Ärztin Bxxxxxx (Hxxx) und von Dr. Nxxxxxx vor, die ihm bescheinigten, durch die ambulante Behandlung sei ein stationärer Krankenhaus-Aufenthalt vermieden worden.

Der MDK-Arzt Dr. Sxxxxxx hingegen sah in seinem Gutachten vom 18.10.1996 keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Sicherlich sei eine intensive ambulante Behandlung geboten gewesen; eine an sich gebotene stationäre Behandlung sei aber nicht vermieden worden.

Dementsprechend wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 14.02.1997 zurück (zugestellt an den Prozeßbevollmächtigten des Klägers am 19.02.1997).

Mit der am 19.03.1997 bei dem Sozialgericht (SG) Detmold erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, nach den vorgelegten Attesten sei Krankenhausbehandlung vermieden worden.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 02.04.1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.02.1997 zu verurteilen, die in den Jahren 1994 und 1995 entstandenen Fahrkosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung zur Klinik für Manuelle Therapie in Hxxx, zur Gemeinschaftspraxis Dr. Nxxxxxx und Axx Kxxx und zur Praxis für Physiotherapie Kxxxx Sxxxxxx zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen

Sie hat ihre Auffassung durch die sozialgerichtliche Beweisaufnahme bestätigt gesehen.

Das SG hat Beweis erhoben und dazu als erstes Berichte eingeholt:

Die behandelnde Ärztin Bxxxxxx von der Klinik in Hxxx hat nunmehr im wesentlichen ausgeführt, das Behandlungsziel habe durch ambulante Behandlung annähernd erreicht werden können. Eine stationäre Behandlung in ihrer Klinik sei durchaus sinnvolle ergänzende Maßnahme gewesen. Die Verblockung werde immer wieder Reizzustände hervorrufen; durch krankengymnastische Mitbetreuung vor Ort sei noch die beste Möglichkeit gegeben, die Dysbalancen immer wieder positiv zu beeinflussen.

Dr. Nxxxxxx hat gemeint, die Behandlung sei grundsätzlich ambulant durchführbar gewesen.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat der Neurologe und Psychiater Dr. Bxxx ein Gutachten vom 20.09.1998 erstattet und darin gemeint, alle Behandlungen hätten ambulant durchgeführt werden können. Eine Krankenhausbehandlung sei nicht erfolgversprechender als eine ambulante Behandlung. Durch eine konsequente ambulante Behandlung habe eine vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung aber vermieden werden können.

Das SG Detmold hat die Klage durch Urteil vom 30.10.1998 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, alle Ärzte hätten darauf hingewiesen, daß eine Behandlung grundsätzlich ambulant möglich gewesen sei.

Das ihm am 04.12.1998 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16.12.1998 mit der Berufung angefochten. Er vertritt die Auffassung, man habe ihn bereits 1993 zur stationären Behandlung nach Hamm eingewiesen (er legt dazu eine ärztliche Verordnung vom 08.02.1993 vor). Wegen zu langer Wartezeiten hätte die stationäre Behandlung erst viel später erfolgen können. Deswegen und auch weil der Hausarzt erklärt habe, die Behandlung könne auch ambulant durchgeführt werden, habe er sich entschlossen, die Behandlung immer ambulant durchzuführen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 30. Oktober 1998 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 02. April 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Februar 1997 zu verurteilen, die in den Jahren 1994/1995 entstandenen Fahrkosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung zur Klinik für Manuelle Therapie in Hxxx, zur Gemeinschaftspraxis Dr. Nxxxxxx/Axx Kxxx in Wxxxxxx und zur Praxis für Physiotherapie Kxxxx Sxxxxxx in Gxxxxxxx gemäß [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil für überzeugend.

Die Beteiligten sind sich einig, daß der angefochtene Bescheid als Teilbescheid ergangen ist und nur eine Entscheidung im Sinne von [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) enthält. Die Beklagte wird über die Frage, ob die Fahrkosten ganz oder teilweise wegen einer finanziellen Überforderung des Klägers zu übernehmen sind, noch ergänzend entscheiden. Des weiteren sind sie sich einig, daß über Fahrkostenansprüche für die Jahre 1996 bis 1998 (geltend gemacht mit Schreiben an die Beklagte vom 21.01.1999, dazu Mitteilung der Beklagten vom 04.02.1999) noch keine abschließende Verwaltungsentscheidung ergangen ist.

Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben und zu den unklaren Angaben von Dr. Bxxx ergänzende Stellungnahmen eingeholt, u.a. dazu, ob an sich eine Krankenhausbehandlung statt der ambulanten Behandlung zwingend geboten gewesen sei. Dr. Bxxx hat gemeint, eine stationäre Behandlung des Klägers sei nicht zwingend erforderlich gewesen. Allerdings habe sich für das subjektive Empfinden des Klägers eine stationäre Behandlung zumindest als zwingend dargestellt.

Der Chefarzt der Klinik in Hxxx, Dr. Sxxxxxxxxx, hat sich auf den Bericht seiner Mitarbeiterin Bxxxxxx bezogen und klargestellt, die vor 1994 durchgeführte ambulante Behandlung habe keine ausreichende Besserung gebracht, so daß eine intensive ambulante Behandlung in Hxxx erforderlich gewesen sei, um die Beschwerden ausreichend zu lindern. Durch die erfolgreiche Behandlung habe eine stationäre Behandlung vermieden werden können. Eine wesentliche Ergänzung der konsequent durchgeführten ambulanten Therapie hätte sich von Zeit zu Zeit durch zusätzliche stationäre Behandlungen ergeben. Schließlich hat er betont, eine ambulante Behandlung sei durchaus ausreichend gewesen; eine stationäre Behandlung sei nicht zwingend notwendig gewesen.

Wegen der näheren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat Bezug auf den Inhalt der zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung von den Beteiligten gewechselten Schriftsätze, auf den Inhalt der Prozeßakten des SG sowie auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten. Alle diese Unterlagen sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 02.04.1997, mit dem Fahrkosten für die Jahre 1994 und 1995 versagt worden sind. Soweit der Kläger gegenüber der Beklagten auch für die Jahre 1996 bis 1998 Fahrkosten geltend gemacht hat, hat der Senat darüber nicht zu entscheiden. Denn zum einen liegt darüber noch keine Entscheidung vor, worüber sich auch die Beteiligten einig sind. Zum anderen bestünden Bedenken, einen bislang nicht näher geklärten Sachverhalt, der einen späteren Zeitraum betrifft, in das bisherige Verfahren gemäß § 96 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) einzubeziehen, weil dann die grundsätzlich erwünschte Prozeßökonomie - angesichts möglicher neuer Beurteilungsgesichtspunkte, etwa wegen Veränderungen im Gesundheitszustand - nicht unbedingt erreicht würde (vgl. dazu auch neuere Rspr. des Bundessozialgerichts (BSG) etwa in [BSGE 78, 98](#)).

Die Berufung des Klägers ist - jedenfalls nach der Klarstellung, daß die Beklagte nur einen Teilbescheid erlassen hat und über die Fragen der Fahrkostenübernahme nach §§ 61 und 62 SGB V noch gesondert entscheiden wird - unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht und mit bereits zutreffender Begründung, gestützt auf eine sorgfältige Beweisaufnahme, abgewiesen. Der Senat nimmt auf die insoweit zutreffenden Gründe des erstinstanzlichen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend weist der Senat auf Folgendes hin:

Zutreffend hat das SG als Entscheidungsgrundlage [§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) herangezogen. Die Vorschrift lautet (Fassung seit 1992):

"(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des (1995/96) 20 (jetzt: 25) DM je Fahrt übersteigenden Betrages ...

(4) bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115 a oder § 115 b (vor- und nachstationäre Behandlung bzw. ambulantes Operieren), 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."

Eine ähnlich lautende Vorschrift enthält [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) zur häuslichen Krankenpflege ("Versicherte erhalten häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird").

Schon die erste Alternative der Norm ist nicht erfüllt (Vermeidung oder Verkürzung der Krankenhauspflege), wobei die Verkürzung ein - zeitlich bestimmter - Unterfall der Vermeidung ist. Hierzu ist zu bedenken, daß das Tatbestandsmerkmal "Vermeidung von Krankenhauspflege durch ambulante Behandlung" allein kein ausreichendes Kriterium zur Abgrenzung sein kann (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 28.01.1999 Az. [B 3 KR 4/98 R](#) unter Bezugnahme auf die Gesetzesmaterialien zu [§ 37 SGB V](#) - Juris-Dok 24264 (zur Veröff. in BSGE und SozR 3 vorgesehen); vgl. auch BSGE 30, 144; [44, 139](#); 63, 140; Höfler in KassKomm [§ 37 SGB V](#), Randnummer - RN - 6); denn jede ambulante Behandlung bedingt zwangsläufig die Vermeidung von stationärer Behandlung; würde man nicht ambulant behandeln, gibt es nur die Alternative, den Versicherten allein zu lassen oder ihn aber im Krankenhaus zu behandeln. Dem entspricht im Kern auch das, was die Ärzte im vorliegenden Fall immer geäußert haben: natürlich verhindert die ambulante Behandlung beim Kläger, daß er - ohne diese Hilfen - auf kurz oder lang ein Krankenhaus zur stationären Behandlung aufsuchen müßte. Der Sinn der Regelung ist aber ein anderer: wenn an sich Krankenhauspflege nötig/erforderlich wäre, diese aber vom Leistungsträger nicht sichergestellt werden kann, der Versicherte sich jedoch in der Lage sieht, sich in ähnlicher Weise mit einem anders gearteten Aufwand als im Krankenhaus ambulant behandeln zu lassen, dann sollen ihm seine Aufwendungen, die ihm im Krankenhaus nicht entstanden wären, ausgeglichen werden, etwa durch Übernahme von Kosten in Höhe der sonst bei einer Krankenhausbehandlung vom Leistungsträger auch übernommenen Fahrkosten. Dafür entfallen im Gegenzug bei der Krankenkasse die z.T. erheblichen Aufwendungen für die stationäre Behandlung.

Dem entspricht auch die Kommentierung bei Krauskopf-Baier (Soziale Krankenversicherung, Loseblatt-Kommentar, Stand November 1998) zu [§ 60 SGB V](#), RN 6: " An sich gebotene stationäre oder teilstationäre Behandlung wird dann anzunehmen sein, wenn auch die aus medizinischer Sicht erfolgversprechende Behandlung in aller Regel in einem Krankenhaus erfolgen sollte, der Behandlungszweck aber ausnahmsweise auch ambulant zumindest annähernd erreicht werden kann. Kann aber eine Behandlung üblicherweise sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden, kann von einer an sich gebotenen stationären Krankenhausbehandlung nicht ausgegangen werden (z.B. kleine Operationen, Dialyse). Dazu gehört auch die übliche orthopädische Behandlung nebst Physiotherapie."

Die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat dazu die Auffassung des SG bestätigt, daß die von der Beklagten zur Verfügung gestellte durchgeführte, kassenärztlich erfaßte ambulante Behandlung ähnlich wirksam ist wie eine Krankenhausbehandlung und daß letztere nur in besonderen Ausnahmefällen, etwa bei Blockierung oder zur zeitweisen Ergänzung der ambulanten Behandlung nötig ist (so die die neuerlichen Auskünfte von Dr. Bxxx und Dr. Sxxxxxxx).

Auch die zweite Alternative der Vorschrift ("Krankenhausbehandlung nicht ausführbar") - erfaßt Fälle, in denen die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich ist und deshalb an sich ein Anspruch auf stationäre Versorgung nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) besteht, dieser Anspruch aber aus tatsächlichen Gründen, z.B. wegen Bettenmangels oder unzumutbarer Wartezeiten, nicht erfüllt werden kann. In solchen Fällen ist die ambulante Versorgung zwar nicht ausreichend und die weniger zweckmäßige und geeignete Form der Krankenversorgung, so daß sie an sich von der Kasse nicht gewährt werden dürfte. Da es sich aber um eine Notversorgung handelt, die einen anders nicht behebbaren dringlichen Fall betrifft, wollte der Gesetzgeber ersichtlich eine Rechtsgrundlage für die Abwicklung eines - vorübergehenden - Notfalls schaffen. Wie in § 37 Abs. 1 spricht das Gesetz in § 60 Abs. 2 Nr. 4 von einer "an sich gebotenen" Krankenhausbehandlung. Dieser Begriff ist identisch mit dem Begriff der "erforderlichen" Behandlung i.S. von [§ 39 SGB V](#) (siehe zu allem BSG a.a.O.). Nur wenn ein Anspruch auf stationäre Versorgung nicht erfüllt werden kann, ergeben die Regelungen in § 37 Abs. 1 und § 60 Abs. 2 Nr. 4 einen Sinn: denn ein Anspruch auf stationäre Versorgung setzt gemäß [§ 39 SGB V](#) immer voraus, daß "die Aufnahme (nach Prüfung durch die Krankenkasse) erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch eine teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann." Das ist Ausfluß des die gesamte Sozialversicherung beherrschenden Wirtschaftlichkeitsgebots. Nur dann, wenn die Krankenkasse zur stationären Behandlung verpflichtet gewesen wäre, ist es gerechtfertigt, den Versicherten auch von Fahrkosten freizustellen, die er bei einer stationären Behandlung nur eingeschränkt hätte tragen müssen (vgl. [§ 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)). Ist hingegen ambulante Behandlung zweckmäßig und ausreichend, um einen gleichgelagerten Behandlungserfolg zu erreichen, muß der Betroffene sich mit dieser Behandlung begnügen und kann dann auch - wie bei jeder üblichen ambulanten Behandlung - keine Fahrkosten geltend machen, unabhängig davon, wie

weit er dazu fahren muß. Wenn der Kläger dazu vorträgt, er habe nachgewiesen, daß im Jahre 1993 eine an sich gebotene stationäre Behandlung in der Klinik in Hxxx wegen Bettenmangels durch eine ambulante Behandlung ersetzt worden sei, so mag dies zutreffen. Diese Fallgestaltung betrifft indes die Sachlage in einem früheren Zeitraum, hätte eventuell damals - kurzfristig, evtl. wegen eines dringenden Akutzustandes - zu einer Kostenübernahme hinsichtlich von Fahrkosten führen können. Für den streitigen Zeitraum 1994/95 jedenfalls hat die Beweiserhebung keine derartige Fallgestaltung belegt. Im Gegenteil: die in diesem Zeitraum gewährten Krankenhausbehandlungen belegen eindrucksvoll, daß ambulante und stationäre Behandlung bei den ausgeprägten Wirbelsäulenstörungen des Klägers je nach Beschwerdezustand flexibel und wirksam durch unterschiedliche Behandlungsformen beeinflußt werden können, wie dies - auf genauere Anfrage - dem Sinne nach auch den Äußerungen aller behandelnden Ärzte des Klägers und der Sachverständigen zu entnehmen ist. So hat zudem der Sachverständige Dr. Bxxx im Kern herausgestellt, eine stationäre Krankenhausbehandlung sei nicht zwingend geboten gewesen; nur in ergänzenden Fällen sei zur Unterstützung eine stationäre Behandlung nötig gewesen.

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

Anlaß, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden; denn die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht erfüllt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-20