

## L 4 KR 27/00

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung

4  
1. Instanz  
SG Cottbus (BRB)

Aktenzeichen  
S 10 KR 24/98

Datum  
16.06.2000

2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen

L 4 KR 27/00  
Datum

16.04.2003

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 16. Juni 2000 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten für Fahrten mit einem Taxi in der Zeit vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 streitig.

Die am ...1970 geborene Klägerin, Leistungssportlerin in der ehemaligen DDR, war Mitglied der Beklagten und wohnhaft in K., ca. 110 km entfernt von C. gelegen. Aufgrund einer bei ihr vorliegenden Erkrankung der Wirbelsäule war die Klägerin seit 1991 bei dem Praktischen Arzt, Chirotherapeuten und Sportmediziner Dr. K. in C. in Behandlung. Von diesem Arzt wurde eine Weiterbehandlung durch die in unmittelbarer Praxisnachbarschaft befindliche Physiotherapeutin W. veranlasst. Um von ihrem Wohnort zur Praxis des Dr. K. und zur Physiotherapiepraxis nach C. zu gelangen, beauftragte die Klägerin bereits vor 1996 das Taxiunternehmen H. H ... In der Zeit von 1993 bis 1997 ließ sich die Klägerin auch von Herrn Dr. M. W. und dem Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychoanalyse und Psychotherapie Dr. med. B. A. M. in M. behandeln.

Mit Schreiben vom 06. September 1996 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass von ihr verauslagte Kosten für Taxifahrten zu Dr. K. nach C. nicht in voller Höhe getragen werden könnten. Dieser Arzt sei von ihrem Wohnort nicht ein erreichbarer Vertragsarzt. In solchen Fällen habe der Versicherte selbst die Mehrkosten zu tragen. Dies würde auch für die Inanspruchnahme der Physiotherapie in C. gelten. Erst nach Vorlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen im Land Brandenburg – MDK – könne entschieden werden, ob eine Kostenübernahme von Taxifahrten nach C. gerechtfertigt sei. Bis zur Klärung dieser Fragen würden keine Taxirechnungen mehr bezahlt.

Mit Schreiben vom selben Tag wurde dies Dr. med. K. mitgeteilt.

In der Folge holte die Beklagte Stellungnahmen von Dr. med. K. ein und veranlasste ein Gutachten des MDK vom 05. Februar 1997, worin ausgeführt wurde, dass seit 1996 Taxifahrten medizinisch nicht indiziert gewesen seien. Im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens der Klägerin beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg - MASGF - wurde der Klägerin mit Schreiben des Ministeriums vom 07. März 1997 mitgeteilt, dass nach Auskunft der Beklagten die fachärztliche Behandlung weiterhin durch Dr. K. aus C. möglich sein sollte. Lediglich seien Taxifahrten zur Behandlung nach Ansicht des MDK nicht notwendig und könnten von der Beklagten nicht mehr getragen werden.

Mit Schreiben vom 28. April 1997 wurde das Taxiunternehmen H. unter Bezugnahme auf ein Telefonat vom 26. März 1997 darüber unterrichtet, dass die Beklagte zukünftig Taxifahrten für die Klägerin in eingeschränkten Umfang übernehmen werde, was sich vor allem auf Fahrten, die zur ambulanten Behandlung nach C. und M. durchgeführt werden sollten, beziehe.

Am 17. April 1997, 22. Mai 1997, 27. Mai 1997, 03. Juni 1997, 05. Juni 1997, 09. Juni 1997, 27. Juni 1997, 01. Juli 1997, 03. Juli 1997, 07. Juli 1997, 10. Juli 1997, 15. Juli 1997 und 17. Juli 1997 wurde die Klägerin von ihrem Wohnort zur Arztpraxis K. vom Taxiunternehmen H. befördert, wobei jeweils Verordnungen einer Krankenförderung mit einem Taxi von der Wohnung zur Arztpraxis und zurück des Dr. med. K. vorgelegt wurden.

Mit Schreiben vom 08. August 1997 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass eine Übernahme der Taxikosten für eine Behandlung bei Dr. K. in C. nicht möglich sei. Ebenfalls mit Schreiben vom 08. August 1997 wurde das Taxiunternehmen H. hierüber unterrichtet. Dr. K. wurde mit

Schreiben vom 15. August 1997 mitgeteilt, dass die fachärztliche Behandlung und Betreuung der Klägerin auch weiterhin durch ihn möglich sei. Taxifahrten zur ambulanten Behandlung würden durch die Beklagte nicht mehr getragen.

Das Taxiunternehmen H. wandte sich mit Schreiben vom 15. August 1997 mit der Bitte um Überprüfung der Kostenerstattung an die Beklagte, da die Klägerin unter Vorlage von Transportscheinen die Bezahlung der Fahrten ablehne. Es seien Kosten in Höhe von ca. 3000 DM entstanden. Hierauf wurde dem Taxiunternehmen mit Schreiben vom 19. August 1997 mitgeteilt, dass bekannt gewesen sei, dass Taxifahrten zur ambulanten Behandlung in C. nicht mehr von der Beklagten bezahlt würden.

Unter Beifügung eines Arztberichts des Dr. M. an Dr. K. vom 26. Juni 1997 erhob die Klägerin am 22. August 1997 Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten vom 08. August 1997. Bei ihr liege ein behandelbarer Bandscheibenvorfall im Bereich L 2/3 und L 3/4 vor und die Beklagte habe immer wieder den Behandlungserfolg zunichte gemacht.

In einen persönlichen Gespräch mit der Klägerin am 28. August 1997 erläuterte die Beklagte ihre Entscheidung; die Klägerin unterzeichnete eine Rechtsmittelbelehrung.

Die Klägerin erhob hiergegen mit Schreiben vom 30. August 1997 Widerspruch. Bereits am 09. September 1996 sei die notwendige Behandlung seitens der Beklagten abgebrochen worden. Sie sei bereits seit 1991 bei Dr. K. in C. in ständiger Behandlung und sei von Dr. B. in Bad L. (Chefarzt in der Rheumaklinik Bad L.) zu diesem überwiesen worden. Zu Dr. K. habe sie ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Der Arzt sei einer der besten, die es im Land Brandenburg gäbe. Sie habe schlechte Erfahrung mit anderen Ärzten gemacht. Da sie von Dr. K. Spritzen bekommen habe, habe sie zweimal in der Woche nach C. gemusst. Seit April 1994 werde sie von der Krankengymnastin W. behandelt, zu der sie ebenfalls ein Vertrauensverhältnis aufgebaut habe. Seit Jahren bestünde eine Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und der Physiotherapeutin. Eine solche Zusammenarbeit gäbe es fast nur in Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Nicht die Beklagte, sondern der behandelnde Arzt müsse entscheiden, welche Behandlungen und welche Fahrten in ihrem Falle notwendig seien. Dr. K. sei von der Beklagten nicht über die neue Verfahrensweise unterrichtet worden.

Für Behandlungen nach C. von April bis Mai 1997 sei sie mit ihrem Bruder gefahren. Nach Pfingsten 1997 sei sie wieder auf das Taxi angewiesen gewesen. Die Genehmigung für die Fahrten sei ihr von einer Mitarbeiterin der Beklagten F. telefonisch Telefon erteilt worden.

Der Widerspruch wurde mit Bescheid vom 20. März 1998 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass nach [§ 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V](#) - die Krankenkassen nur Kosten für Fahrten zu übernehmen seien, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig seien. Die Klägerin habe die Voraussetzungen für eine Befreiung nach [§ 61 SGB V](#) bis zum 31. Dezember 1997 erfüllt. Die medizinisch notwendigen Fahrten zur ambulanten Behandlung in C. seien ohne Abzug einer Eigenbeteiligung von der Krankenkasse bis einschließlich 18. März 1997 übernommen worden. Nach [§ 76 SGB V](#) könne der Versicherte unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten frei wählen. Nehme er aber ohne zwingenden Grund nicht den nächst erreichbaren Vertragsarzt in Anspruch, habe er die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst zu tragen. In Bad L. befinde sich ein Reha-Zentrum mit Schwerpunkt Orthopädie und Neurologie, das auch ambulante Behandlungen durchführe. Eine optimale Versorgung mit entsprechender ärztlicher Betreuung sei dort möglich. Als Fahrtkosten würde der Fahrpreis für öffentliche Verkehrsmittel zur nächst erreichbaren Praxis anerkannt.

Auf die Klage des Taxiunternehmens H. vor dem Amtsgericht Bad L. vom 08. April 1998 verpflichtete sich die Klägerin mit gerichtlichem Vergleich vom 14. Mai 1998, für die Taxifahrten im streitgegenständlichen Zeitraum vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 an den Taxiunternehmer 3433,80 DM nebst 4 Prozent Zinsen seit dem 01. Oktober 1997 in monatlichen Raten von 300 DM zu leisten.

Gegen den ihr am 24. März 1998 zugestellten Widerspruchsbescheid der Beklagten hat die Klägerin am 08. April 1998 Klage vor dem Sozialgericht Cottbus erhoben und geltend gemacht, dass sie im April 1997 durch eine Mitarbeiterin der Beklagten per Telefon eine Genehmigung für die Fahrten mit dem Taxi zur ambulanten Behandlung nach C. erhalten habe. Auch der von ihr beauftragte Fuhrunternehmer habe sich telefonisch von der Mitarbeiterin bestätigen lassen, dass die Kosten übernommen würden. Sie habe auch ihren behandelnden Arzt über die mündliche Genehmigung der Fahrten, auf die sie vertraut habe, informiert. Sie hätte auch von ihrem behandelnden Arzt keine Verordnung für die Krankentransporte erhalten, wenn keine Genehmigung der Fahrten erfolgt wäre.

Die Behandlungen bei Dr. K. in C. hätten im Jahre 1991 begonnen. Dieser verfüge über eine außerordentliche Erfahrung auf dem Gebiet der überlastungsbedingten Wirbelsäulenerkrankungen und arbeite seit über 20 Jahren mit der behandelnden Physiotherapeutin zusammen. Der behandelnde Arzt Dr. K. sei als Sportmediziner auf sportbedingte Erkrankungen junger Menschen spezialisiert und habe hierfür in Zusammenarbeit mit der Physiotherapiepraxis W. spezielle Behandlungsmethoden entwickelt, deren Besonderheit in der Kombination von Physiotherapie mit ärztlicher Überwachung, medikamentöser Behandlung, Krankengymnastik, Massage, Fango sowie Zellbad mit speziellen Injektionen durch den Arzt bestünde. Die Wirkung der Injektionen in Kombination mit den physiotherapeutischen Maßnahmen müsse ärztlich überwacht werden. In ihrer Umgebung gäbe es keine anderen geeigneten Ärzte, die die Behandlung entsprechend durchführen könnten. Zwar sei seit Anfang 1997 in Bad L. eine ambulante physiotherapeutische Behandlung möglich, diese erfolge jedoch ohne ärztliche Kontrolle. Das Reha-Zentrum sei zudem auf Rheumatologie beschränkt, ein medizinischer Bereich, welcher ihre Beschwerden erfasse, bestünde dort nicht.

Seitens der Reha-Klinik in Bad L. sei sie durch Herrn Dr. B. darüber informiert worden, dass eine ärztlich überwachte Physiotherapie nur möglich sei, wenn sich die Klägerin in stationäre Behandlung begeben. Sie habe sich zu Beginn ihrer Erkrankung mehrfach an Ärzte in ihrer Umgebung gewandt. Diese Ärzte seien jedoch zum Einen nicht in der Lage gewesen, eine umfängliche Diagnose bezüglich ihrer Beschwerden zu stellen, zum Anderen habe man ihr vorgeworfen, sich ihre Erkrankung lediglich einzubilden. Zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sei eine zweimal in der Woche erfolgende Behandlung in C. zwingend notwendig. Für die Krankenbehandlung käme es weiter auf das psychische Wohlbefinden an. Sie habe in Dr. K. einen Arzt gefunden, der sie ihrem Krankheitsbild entsprechend so behandelt habe, dass eine Besserung des Gesundheitszustandes zu verzeichnen gewesen sei. Dieses gelte auch für die physiotherapeutische Behandlung. Sie könne nicht für längere Zeit sitzen, müsse sich zwischenzeitlich auf den Rücken legen bzw. bei auftretenden Beschwerden kurzfristig die Fahrt unterbrechen, so dass die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar gewesen sei.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 08. August 1997 und 28. August 1997, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. März 1998, zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, Fahrkosten für den Zeitraum vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 in Höhe von DM 2.783,80 zu übernehmen.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat unter Bezugnahme auf die Begründung der ablehnenden Bescheide ergänzend vorgetragen, dass die Klägerin seit dem 01. Juli 1996 keinen Anspruch auf die Kostenübernahme der Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung gehabt habe. Eine Härtefallregelung gemäß [§ 60 SGB V](#) sei aufgrund von Rentenerhöhungen nicht mehr anwendbar gewesen.

Die Notwendigkeit der ärztlichen Überwachungen neben der Durchführung einer Physiotherapie werde nicht angezweifelt. Die Art und Weise der Delegation der Behandlungen des Arztes an den Physiotherapeuten könne jedoch vielfältig sein und bedinge nicht die ständige ärztliche Präsenz. Die ausschließliche Behandlung in der Praxis des Dr. K. und durch die Physiotherapeutin sei nicht zwingend notwendig gewesen. Es sei unzutreffend, dass in der Rehabilitationsklinik in Bad L. nur rheumatische Erkrankungen behandelt würden. Bei den physiotherapeutischen Behandlungen handele es sich um das übliche Anwendungsspektrum von Physiotherapeuten. Die Fahrtzeit für die Klägerin würde sich erheblich minimieren, wenn sie sich in Wohnortnähe behandeln ließe. Das Ausstrecken auf der Rückbank eines Taxis stelle keine medizinische Indikation für die Verordnung einer Taxi- oder Mietwagenfahrt dar. Zudem könnten zu Lasten der Krankenkasse keine Taxifahrten mehr verordnet werden, nachdem eine Befreiung nach [§ 61 SGB V](#) nicht mehr vorliege.

Die Beklagte hat Stellungnahmen der Mitarbeiterinnen F. und K. vom 22. Juni 1998, des Unternehmensbereichs der Beklagten Krankenhaus/Reha-Einrichtung Dr. V. M. und des Dr. M. vom 23. Dezember 1999 zur Gerichtsakte gereicht.

In einem vom Sozialgericht beigezogenen Befundbericht vom 25. Januar 1999 hat Dr. K. ausgeführt, dass durch ihn folgende Behandlungen durchgeführt worden seien. Manuelle Mobilisation der Wirbelsäule und peripheren Gelenke nach aktuellem Verkettungsbefund, Lösung von Fascienstörungen, Detonisierung verschiedener Muskelgruppen mittels reflexmedizinischer Maßnahmen (manuelle Therapie, Akupunktur, Osteopathie), ggf. lokale Injektion und Adaption der mitlaufenden medikamentösen Therapie. Wegen der weiteren Ausführungen des Dr. K. wird auf Blatt 58 bis 60 der Gerichtsakten verwiesen.

Weiter hat das Sozialgericht ein Sachverständigengutachten nach Aktenlage des Facharztes für Chirurgie Dipl.-Med. G. W. vom 03. Oktober 1999 nebst ergänzender Stellungnahme vom 20. Februar 2000 eingeholt, der hinsichtlich der ihm gestellten Beweisfragen ausgeführt hat, dass im Zeitraum vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 bei der Klägerin ein neuerlicher Bandscheibenvorfall im Bereich LWK 2/3 und LWK 3/4 mit einer abhängigen neurologischen Symptomatik vorgelegen habe. Vom Schmerzbild abhängig sei eine bis zu tägliche ärztliche Untersuchung erforderlich gewesen. Ebenfalls seien warme, lokale antiphlogistische Applikationen, schmerzlindernde Medikamente, Antirheumatika, Muskelrelaxantien, lokale Infiltrationen bis zur Epiduralanästhesie, Stützung und Ruhigstellung der Lendenwirbelsäule, manipulative Behandlungen, gezielte Rückenheilgymnastik bei ärztlicher Konsultationsmöglichkeit, periodische oder Dauerextension, die an den Beinen oder am Becken angriffen, erforderlich gewesen. Durchgeführt worden sei eine manuelle Therapie (Blockierungslösung, Injektionstherapie, Muskelrelaxantienbehandlung, Stereotypumschulung). Veranlasst worden seien weiter physiotherapeutische Behandlungen. Diese Behandlungen seien in C. notwendig gewesen. Die Klägerin sei nicht in der Lage gewesen, zum Behandlungsort ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen, da eine Geh- und Stehbehinderung vorgelegen habe, der tägliche Gebrauch von Gehhilfen denkbar gewesen sei. Ihm sei eine kassenärztliche Einrichtung in Wohnortnähe der Klägerin unter Bezeichnung Chirotherapie/Sportmedizin nicht bekannt. Kassenärztliche orthopädische Praxen gäbe es in Riesa, Großenhain, Finsterwalde, Senftenberg. Inwieweit die örtlichen Praxen in der unmittelbaren Umgebung physiotherapeutische Praxen hätten, sei nicht bekannt. Kassenärztliche physiotherapeutische und neurochirurgische Praxen in der näheren und weiteren Umgebung seien ihm nicht geläufig. Durch die Benutzung eines Taxis zur ärztlichen Untersuchung und physiotherapeutischen Behandlung sei eine vollstationäre oder teilstationäre Behandlung vermieden worden. Das Gutachten des MDK sei nicht geeignet, das Krankheitsleiden für den Zeitraum April/Juli 1997 zu bewerten, da es nach Aktenlage erstellt worden sei. Notwendig sei ein stabiles, gewachsenes vertrauensvolles Arzt-Physiotherapeut-Patienten-Verhältnis. Die kombinierte Therapie sei optimal. Je schwerer und langwieriger die Krankheit sei und je mehr sich der Arzt zuvor als die für dieses Problem besonders geeignete Person dargestellt habe, um so stabiler gestalte sich das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Mit Urteil vom 16. Juni 2000 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Änderung der Bescheide verpflichtet, Fahrkosten für den Zeitraum vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 in Höhe von 2783,80 DM zu übernehmen und zur Begründung ausgeführt, dass die Klägerin Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten gemäß [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) habe, da durch die bei Dr. K. und der Physiotherapeutin W. in Anspruch genommenen Behandlungen eine an sich gebotene stationäre Behandlung vermieden worden sei. Der Klägerin habe ein zwingender Grund zur Seite gestanden, der ihre Behandlung in C. rechtfertige. Zwischen der Klägerin und dem Arzt sei mittlerweile ein sehr enges Vertrauensverhältnis entstanden, das für den Heilerfolg bei der Klägerin ausschlaggebend gewesen sei. Auch der Transport mit einem Taxi sei erforderlich gewesen, da die Klägerin nicht in der Lage gewesen sei, ein öffentliches Verkehrsmittel für die Fahrt nach C. zu benutzen.

Gegen das ihr am 14. Juli 2000 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 14. August 2000 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, dass der Klägerin rechtsverbindlich mitgeteilt worden sei, dass die Beklagte für Fahrten ab dem 17. April 1997 nur noch die Kosten bis zu einem nächst erreichbaren Arzt erstattet würde. Seit dem 01. Juli 1996 seien von der Klägerin keine Fahrkosten mehr geltend gemacht worden, die Voraussetzungen für die Befreiung von Zuzahlungen und von Fahrkosten hätten nicht mehr vorgelegen. Es sei unzutreffend, dass die stattgehabten Behandlungen eine vollstationäre oder teilstationäre Behandlung vermieden hätten. Grundsätzlich sei die Annahme einer eigentlich notwendigen stationären Behandlung bei einer Behandlung bei einem niedergelassenen Vertragsarzt nicht möglich. Die Klägerin habe Behandlungen erhalten, die bei einem Bandscheibenvorfall üblicherweise ambulant erbracht würden. In der Nähe des Wohnortes der Klägerin seien eine Reihe von Ärzten ansässig, die die typischen, bei der Klägerin angewandten diagnostischen und therapeutischen Behandlungen durchführen könnten. Alle diese Ärzte besäßen die Genehmigung, chirotherapeutische Leistungen zu erbringen. Ein Arzt in Herzberg sei ebenfalls Sportmediziner. Allein auf das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen der Klägerin und ihrem Arzt könne nicht

abgestellt werden, da dieser nur vorübergehend einen zwingenden Grund für die Inanspruchnahme eines anderen als den nächst erreichbaren Vertragsärzte begründen könne. Den Versicherten sei zumutbar, sich in vertretbarer Zeit auf eine Behandlung durch einen anderen Arzt in seiner Nähe umzustellen. Unter Berücksichtigung der sich danach ergebenden wesentlich kürzeren Wegstrecken und der hieraus resultierenden kürzeren Fahrzeit sowie der entfallenden Umsteigevorgänge erscheine es auch zumutbar, die Klägerin auf die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel zu verweisen. Es seien solche Leistungen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, die aus Sicht des Versicherten oder seines behandelnden Arztes zwar wünschenswert erscheinen, zur ausreichenden Krankenbehandlung jedoch nicht erforderlich seien. Es sei des Weiteren für die Behandlung eines Bandscheibenvorfalles nicht erforderlich, dass Arzt- und Physiotherapiepraxis in unmittelbarer Nachbarschaft lägen. Die Notwendigkeit einer parallelen ärztlichen und physiotherapeutischen Behandlung werde durch die Beklagte nicht bestritten. Die eingetretene Besserung des Gesundheitszustandes schließe nicht aus, dass es sich bei den Behandlungen um die üblicherweise angewendeten Methoden gehandelt habe. Dem Gutachten des Sachverständigen W. sei nicht zu entnehmen, dass die Behandlung der Klägerin in einer Arzt- und Physiotherapiepraxis, die nicht in einem Haus untergebracht seien, nicht möglich gewesen wäre. Die Klägerin habe ihre pauschale Aussage, dass sämtliche andere wohnortnahe Ärzte nicht in der Lage gewesen seien, sie zu behandeln, nicht belegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 16. Juni 2000 aufzuheben und

die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil für zutreffend. In Ergänzung ihres Vorbringens im erstinstanzlichen Verfahren trägt sie vor, dass die einzige ärztliche Praxis, welche zum Einen eine ihrem Krankheitsbild adäquate Behandlung biete (Kombination von Physiotherapie unter ärztlicher Bewachung und ärztlicher Betreuung in unmittelbarer Nachbarschaft) und zum Anderen sich in nächstmöglicher Nähe zum Wohnort befinde, gerade die Praxis des Dr. K. mit der benachbarten Physiotherapiepraxis sei. Die Beklagte gehe fehl in der Annahme, dass sie Behandlungen erhalten habe, die üblicherweise ambulant bei einem Bandscheibenvorfall erbracht würden. Gerade die kombinierte Behandlung hätte sie nur in einer Reha-Klinik in Bad L. erhalten können. Sie habe sich keinen Behandlungen durch in der Umgebung ihres Wohnsitzes ansässige Ärzte verweigert, sondern zu Beginn ihrer Erkrankung mehrfach Ärzte in ihrer Umgebung konsultiert. Seit Dezember 1990 sei sie bei mehreren Ärzten in der Umgebung ihres Wohnortes, die die Klägerin benannt hat, in Behandlung gewesen ... Gleichzeitig habe sie Anfang 1991 diverse Behandlungen in einer Physiotherapiepraxis in Bad L. erhalten. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei dadurch nicht eingetreten.

Zu sämtlichen in Frage kommenden Fachärzten in ihrer Umgebung sei sie durch ihren behandelnden Hausarzt Dr. B. überwiesen worden. Die Ärzte seien jedoch zum Einen nicht in der Lage gewesen, eine voll umfängliche Diagnose bezüglich der Beschwerden zu stellen. Zum Anderen habe man ihr nach erfolglosen Behandlungsversuchen u. a. vorgeworfen, dass sie sich ihre Erkrankung lediglich einbilde. Auf Grundlage eines Befundberichtes des Krankenhauses in Nürnberg seien die Ärzte davon ausgegangen, dass es sich um eine psychosomatische Erkrankung gehandelt habe. Erst durch den sie seit 1991 ständig behandelnden Dr. K. habe sie sich erstmals mit ihren Beschwerden ernstgenommen gefühlt und die angewandten Behandlungen hätten zu einem nennenswerten Erfolg geführt. Wenn der behandelnde Hausarzt Dr. B. eine weitere Behandlungsmöglichkeit in unmittelbarer Umgebung gesehen hätte, dann hätte er sie zu diesen Fachärzten überwiesen.

Die Beklagte beachte weiterhin nicht das erforderliche besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin. Sofern die Beklagte auf den Wirtschaftlichkeitsaspekt abstelle, sei das nicht nachvollziehbar, wenn ihr dann eine Behandlung verwehrt werde, welche nachweislich in relativ kurzer Zeit zu einem Erfolg geführt habe.

Sofern der vom Senat beauftragte Sachverständige Dr. B. zu der Einschätzung gelange, dass aus medizinischer Sicht das Erfordernis einer unmittelbaren Nachbarschaft zwischen Arztpraxis und physiotherapeutischen Praxis nicht bestehe, möge dieses durchaus üblich sein. Im ihrem Fall spreche jedoch der Erfolg der räumlich zusammenhängenden Behandlung für eine solche Behandlungsmethode. Sofern der Sachverständige darlege, dass die Beklagte fünf Ärzte in Wohnortnähe benannt habe, die durchaus in der Lage gewesen wären, die notwendigen Leistungen zu erbringen, könne allein aus der Tatsache, dass die Beklagte die Ärzte benenne, nicht der Schluss gezogen werden, dass diese Mediziner auch durchaus in der Lage gewesen wären, die Behandlung ihr erfolgreich durchzuführen. Gerade bei Vorliegen einer, vom Sachverständigen unzutreffend nicht angenommenen, Querschnittssymptomatik hätte sich möglicherweise eine stationäre Behandlung zwingend erforderlich gemacht. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Auffassungen der Fachmediziner Dr. K. und W. hinter der Auffassung des Sachverständigen Dr. B. zurücktreten müssten.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines nach Aktenlage erstellten Sachverständigengutachtens des Facharztes für Chirurgie und Sozialmedizin Dr. med. M. B. vom 27. November 2001. Zu den ihm gestellten Beweisfragen führt der Sachverständige aus, dass bei der Klägerin habe im Zeitraum vom 17. April 1997 bis zum 17. Juli 1997 eine anhaltende lumbale Reizerscheinung mit radikulärer Symptomatik vorgelegen habe. Diese habe sich insbesondere in einem anhaltenden Schmerzzustand mit positiven Lasègue'schen Dehnungsphänomen sowie leichten sensiblen Empfindungsstörungen an den Beinen ausgedrückt. Dieses sei ein Krankheitsbild, wie es in einer Arztpraxis bei niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internisten, Orthopäden, Chirurgen und Ärzten für Physiotherapie täglich vorkomme und einer entsprechenden Diagnostik und Therapie zugeführt werden könne. Es seien ambulante Therapiemaßnahmen, die zum Teil ärztlicherseits erfolgen mussten (Injektionstherapien etc.) sowie krankengymnastische und physikalisch-therapeutische Maßnahmen notwendig gewesen. Eine voll- oder teilstationäre Behandlung sei nicht geboten gewesen. Die von Herrn Dr. K. angegebene Querschnittssymptomatik habe offensichtlich nicht in der Form vorgelegen, wie dieses behauptet werde. Eine korrekte medizinische Dokumentation für ein derartiges Krankheitsbild liege nicht vor. Seitens Dr. K. sei eine lokale schmerztherapeutische Maßnahme ärztlicherseits durchgeführt worden und darüber hinaus krankengymnastische Übungstherapie und physikalisch-therapeutische Maßnahmen. Es sei medizinisch nicht notwendig und darum auch nicht unbedingt zweckmäßig, diese Behandlungsmaßnahmen in C.

durchführen zu lassen. Die Zweckmäßigkeit der beschriebenen Behandlungsmaßnahmen selbst stehe außer Frage, hätte aber durchaus am Wohnort oder in Wohnortnähe der Klägerin durchgeführt werden können. Weder aus der Vorgeschichte noch aus den vorliegenden ärztlichen Untersuchungsbefunden ergebe sich die Notwendigkeit einer Behandlung in C ...

Es habe aus medizinischer Sicht kein Erfordernis bestanden, dass eine unmittelbare Nachbarschaft zwischen Arztpraxis und physiotherapeutischer Praxis besteht. Es sei allgemein üblich, eine örtlich getrennte Behandlung zu organisieren. Bei der Klägerin habe kein ausgesprochen ungewöhnliches und seltenes Krankheitsbild bestanden. Vielmehr habe es sich um eine gesundheitliche Beeinträchtigung gehandelt, wie sie bei einer Vielzahl von Patienten in der Bundesrepublik täglich auftrete. Eine Vielzahl von Ärzten für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und physikalisch-therapeutische Medizin würden täglich in ihren Praxen derartige gesundheitliche Beeinträchtigungen behandeln. Auch gäbe es keine medizinische Begründung, für das von der Klägerin angeführte ausschließliche Vertrauensverhältnis zu Dr. K ... Die Klägerin wäre durchaus in der Lage gewesen, bei einer Vielzahl von Ärzten ein entsprechendes Vertrauensverhältnis zu entwickeln. Es seien keine medizinisch nachvollziehbaren Gründe für die jeweiligen Abbrüche der Behandlungsversuche in Wohnortnähe dokumentiert. Insoweit ergebe sich auch keine daraus abzuleitende Notwendigkeit einer Behandlung in C ... Die Beklagte habe fünf Ärzte in Wohnortnähe genannt, die in der Lage gewesen wären, die notwendigen Leistungen zu erbringen. Die Auffassung des Dr. K., dass nur er die Behandlung in C. habe durchführen können, sei weder aus organisatorischer Sicht noch inhaltlich medizinisch begründbar. Bei dem vorliegenden Krankheitsbild sei die Benutzung einer Eisenbahn wesentlich günstiger gewesen als die eines Taxis, da bei einer 100 km langen Fahrt dauerhafte Zwangshaltungen eingenommen werden müssten. Bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, insbesondere einer Eisenbahn, hätte die Klägerin die Möglichkeit gehabt, sich hinzusetzen aber auch sich zu bewegen, was zu einer Symptomminderung der bestehenden lumbalen Reizerscheinungen beigetragen hätte.

Wegen der weiteren Ausführungen des Sachverständigen wird auf Blatt 204 bis 215 der Gerichtsakten verwiesen.

Weiterhin hat der Senat einen Befundbericht des Facharztes für Neurologie Dr. med. J. M. vom 26. Januar 2001 einen Befundbericht der Röntgenpraxis Dr. D. vom 25. Juni 1997 und Befundunterlagen des Facharztes für Orthopädie/Sportmedizin Dr. med. H.-W. M. W. beigezogen.

Am 02. August 2002 hat der Sachverständige B. zu den vom Senat eingeholten Befundunterlagen ergänzend Stellung genommen. Zusammenfassend führte er aus, dass die beigezogenen Unterlagen nicht geeignet seien, die in seinem Gutachten abgegebene Beurteilung abzuändern.

Wegen der weiteren Einzelheiten hinsichtlich des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten und der von diesen zur Gerichtsakte gereichten Unterlagen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten, der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakte aus dem Rechtsstreit vor dem Amtsgericht Bad Liebenwerda (S 12 S 143/98), die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) Berufung ist zulässig ([§ 151 SGG](#)).

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 16. Juni 2000 und der mit den angefochtenen Bescheiden der Beklagten vom 08. August und 28. August 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. März 1998 abgelehnte von der Klägerin geltend gemachter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Taxifahrten im Zeitraum vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 von dem damaligen Wohnort der Klägerin in K. nach C ...

Die Berufung ist begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, die begehrten Fahrtkosten zu erstatten. Die zulässig erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage der Klägerin ist unbegründet. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihr entstandenen Fahrtkosten, die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig.

Ein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der geltend gemachten Kosten könnte sich allein aus [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V](#) - (i. d. Fass. d. Ges. vom 21.12.1992, [BGBl. I 2246](#), eingef. z. 01.01.1993, vorher [§ 13 Abs. 2 SGB V](#)) in Verbindung mit [§ 60 Abs. 2 Satz 1, Satz 2 SGB V](#) ergeben. Nach [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) in der hier bis zum 30. Juni 2001 anzuwendenden Fassung übernimmt die Krankenkasse nach [§ 60 Abs. 2](#) und [3 SGB V](#) die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach [§ 133 SGB V](#) (Fahrtkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind. Gemäß [§ 60 Abs. 2 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse die Fahrtkosten in Höhe des 25 DM je Fahrt übersteigenden Betrages für Fahrten der in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 1 bis 4 oder Satz 2 SGB V](#) genannten Leistungen. Hieraus ergibt sich kein direkter Anspruch auf Kostenerstattung der Klägerin. Bei den Leistungen gemäß [§ 60 SGB V](#) (Fahrleistungen) handelt es sich um Sachleistungen. Eine Abweichung des in [§ 2 Abs. 1 SGB V](#) i. V. m. [§ 2 Abs. 2 SGB V](#) geregelten Sachleistungsprinzips stellt [§ 60 SGB V](#) nicht dar. Sofern in [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geregelt ist, dass die Krankenkasse nach den weiteren Regelungen Kosten für Fahrten "übernimmt", ist damit keine Abkehr vom Sachleistungsprinzip verbunden, keine "Kostenerstattung" geregelt. Der Begriff der Kostenübernahme in [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist dem Kostenbegriff im Sinne des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht gleichzusetzen (BSG, Urteil vom 03. November 1999, Aktenzeichen [B 3 KR 3/99 R](#), [SozR 3-2500 § 60 Nr. 4](#), [BSGE 85, 110](#) bis 116). Auch für die Inanspruchnahme der Fahrten gemäß [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 1 bis 4 SGB V](#) gilt daher grundsätzlich das Sachleistungsprinzip, soweit das SGB V nichts Gegenteiliges vorsieht (BSG, Urteil vom 30. Januar 2001, Aktenzeichen [B 3 KR 2/00 R](#), [SozR 3-2500 § 60 Nr. 5](#)).

Der Anspruch der Kostenerstattung ist in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geregelt. Grundsätzlich wandelt sich gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) der Sachleistungsanspruch nur dann in einen Kostenerstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3](#) 1. Alt. SGB V) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind und diese Leistung notwendig war ([§ 13 Abs. 3](#) 2. Alt. SGB V). Nach der Systematik des SGB V liegen der Kostenerstattung damit Fallkonstellationen zugrunde, bei denen eine zustehende Sachleistung von der Krankenkasse durch Leistungserbringer nicht oder nicht rechtzeitig erbracht werden konnte oder die Erfüllung des Sachleistungsanspruchs von der Beklagten abgelehnt worden ist und der Versicherte sich die Sachleistung selbst beschaffen musste. Dieses gilt auch für Fahrtkosten gemäß [§ 60 SGB V](#). Da die Fahrtkosten nur im Zusammenhang mit einer notwendigen Sachleistung der Krankenkasse übernommen werden ([§ 60](#)

[Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) und die Hauptleistung, in deren Zusammenhang Fahrten nach [§ 60 Abs. 2 SGB V](#) erforderlich werden, als Sachleistung erbracht wird, folgt aus der Akzessorietät der Nebenleistung (Fahrtkosten), dass diese in Bezug auf die Kostentragung grundsätzlich wie die Leistung zu behandeln sind, zu der sie gehören (BSG, Urteil vom 02. Februar 1983, Aktenzeichen [3 RK 49/81](#), USK 8312; BSG, Urteil vom 22. Oktober 1980, Aktenzeichen [3 RK 65/79](#), SozR 2200 §194 RVO Nr. 5 m. w. N).

Danach sind Kosten für die hier streitgegenständlichen Taxifahrten von K. nach C. nicht zu erstatten. Bei den von der Klägerin in Anspruch genommenen Leistungen des Dr. K. und der Physiotherapeutin handelte es sich nicht um unaufschiebbare Leistungen. Hierzu gehören Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) und andere dringliche Bedarfslagen, wie z. B. ein Systemversagen oder Versorgungslücken. Dabei kommt es auf die objektive Bedarfssituation an. [§ 13 Abs. 3](#) 1. Alt. SGB V behandelt Kostenerstattung bei der Beanspruchung von Leistungen, bei dringendem Bedarf dieser Behandlung zu dem gegebenen Zeitpunkt. Eine solche dringende Bedarfslage wird von der Klägerin für die geltend gemachten Fahrten nicht vorgetragen. Vielmehr geht aus dem Vortrag hervor, dass die Klägerin die Behandlungen mit dem behandelnden Arzt nicht als Notfallbehandlungen beansprucht hat.

Auch die Voraussetzungen gemäß [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alt. SGB V liegen nicht vor.

Die Beklagte hat mit dem Schreiben vom 06. September 1996, mit dem sie der Klägerin mitgeteilt hat, dass der von ihr in Anspruch genommene Arzt in C. nicht der von ihrem Wohnort erreichbare vertragsärztliche Arzt sei und dass in ihrer Region ausreichend zugelassene Physiotherapeuten zur Verfügung stünden, die Sachleistung der Fahrten nach C. nicht zu Unrecht abgelehnt, so dass die Klägerin auch keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschafften Fahrten durch den Taxiunternehmer H. hat.

Die Klägerin hatte keinen Anspruch auf die Gewährung der Taxifahrten von K. nach C. gemäß [§ 60 SGB V](#).

Nach [§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sind nur bei bestimmten, in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Ziff. 1](#) - 4 SGB V geregelten Sachverhalten durch eine Krankenbehandlung verursachte Fahrtkosten zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehörend und von der Beklagten geschuldet, während sie im Übrigen dem Verantwortungsbereich der Versicherten zugerechnet werden (BSG, Urteil vom 24. September 2002, Aktenzeichen [B 3 KR 2/02 R](#), zitiert nach juris). Unabhängig von der Art der die Fahrtkosten verursachenden Krankenbehandlung hat die Beklagte für die Kosten einzutreten, wenn sie dem Versicherten unzumutbar belasten würden ([§§ 61, 62 SGB V](#)). Die Klägerin hat unstreitig für die in Rede stehenden Fahrten Taxen benutzt und die in C. in Anspruch genommenen Leistungen wurden nicht stationär erbracht. Damit war die Beklagte nicht gemäß [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 1 bis 3 SGB V](#) zur Übernahme der Fahrtkosten verpflichtet.

Auch die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gemäß [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 4 SGB V](#) lagen nicht vor. Danach übernimmt die Krankenkasse Fahrtkosten bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenbehandlung.

Zur Überzeugung des Senats auf der Grundlage der eingeholten medizinischen Stellungnahmen, Befundberichte und Sachverständigengutachten wurde durch die ambulanten ärztlichen und physiotherapeutischen Behandlungen im Zeitraum vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 keine an sich gebotene voll- oder teilstationäre Krankenbehandlung vermieden oder verkürzt, da eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung nicht geboten war. Bei der Klägerin lagen nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen B. in der Zeit vom 17. April 1997 bis 17. Juli 1997 anhaltende lumbale Reizerscheinungen mit radikulärer Symptomatik im Bereich der Lendenwirbelsäulen Etage L 2/L 3 sowie L 3/L 4 vor. Sofern der im sozialgerichtlichen Verfahren hinzugezogene Sachverständige W. in seinem Gutachten unter Bezugnahme auf den Befundbericht des Dr. med. M. vom 26. Juni 1997 und den Befundbericht des behandelnden Arztes Dr. med. K. vom 07. Juli 1997 einen neuerlichen Bandscheibenvorfall angenommen hat, ist dies mit dem Gutachten des Dr. B. widerlegt, da dieser den von Dr. M. veranlassten MRT-Befund vom 25. Juni 1997, mit dem ein Prolaps ausgeschlossen wurde, berücksichtigt hat. In dem Befund wurde ein altersentsprechender Normalbefund an der LWS und keinerlei Anhalt für eine Discopathie angegeben.

Der Neurologe Dr. med. M. kommt in einem weiteren Schreiben vom 26. Juni 1997 an den behandelnden Arzt Dr. med. K. auch nach dem eingeholten Befund zu der Auffassung, dass ein Prolaps durch Brechung des hinteren Längsbandes nicht eingetreten sei. Sofern der Dr. med. M. in seinem Bericht weiter annimmt, dass ein neuerlicher Bandscheibenvorfall bzw. das von ihm festgestellte Geschehen mit einer Spezialinjektionsserie bei Dr. M.-W. behandelt werden müsse, stützt dieses die Annahme des Sachverständigen B., dass eine stationäre Behandlung der Klägerin nicht geboten war. Sofern Dr. M. eine Reha-Maßnahme dringend empfahl, handelt es sich dabei nicht um eine akute Krankenbehandlung, sondern um eine Rehabilitationsleistung zur Abwendung einer eingetretenen Minderung bzw. Gefährdung der Erwerbsfähigkeit.

Eine von der Klägerin angegebene Querschnittssymptomatik geht für den hier strittigen Zeitraum nicht aus den Unterlagen hervor und wird von der Klägerin auch nicht für den hier strittigen Zeitraum April 1997 bis Juli 1997 vorgetragen. Eine von Dr. M. mit dem Arztbrief vom 10. Mai 1994 angegebene vorübergehende und rückläufige Querschnittssymptomatologie hat sich nicht verschlechtert.

Sofern der Sachverständige W. in seinem Gutachten angegeben hat, dass durch die Benutzung eines Taxis zur ärztlichen Untersuchung eine vollstationäre oder teilstationäre Behandlung vermieden worden ist, hat er dieses nicht belegt. Die Angabe des behandelnden Arztes Dr. K. in seinem Befundbericht vom 25. Januar 1999, dass eine Rehabilitationsmaßnahme bzw. eine teil- oder vollstationäre Krankenhausbehandlung den Krankheitsverlauf hätte verkürzen können, jedoch von keinem Kostenträger gewährt worden sei, stellt keine Antwort auf die ihm gestellte Frage, ob im Zeitraum von April 1997 bis Juli 1997 eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung der Klägerin geboten war, dar. Ambulante Behandlungen bedingen nämlich regelmäßig die Vermeidung einer stationären Behandlung, da zu einer, nach den übereinstimmenden Aussagen der gehörten Sachverständigen und der behandelnden Ärzte notwendigen ambulanten Krankenbehandlung als Alternative nur eine stationäre oder teilstationäre Behandlung zur Erbringung der erforderlichen Krankenbehandlung möglich gewesen wäre. Dieses allein kann ein Gebotensein im Sinne des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 4 SGB V](#) ebenso wenig begründen wie im Rahmen des [§ 37 SGB V](#), wonach Versicherte häusliche Krankenpflege erhalten, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist (vgl. LSG Münster, Urteil vom 24. Juni 1999, Aktenzeichen [L 16 KR 183/98](#), m.w.N., zitiert nach juris). Eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Behandlung ist dann anzunehmen, wenn aus medizinischer Sicht erfolgsversprechende Behandlungen in aller

Regel in einem Krankenhaus erfolgen sollten, ausnahmsweise das Behandlungsziel auch ambulant anstelle einer stationären oder teilstationären Behandlung erfolgen kann. Die Krankenhausbehandlung muss durch die ambulante Behandlung ersetzt werden (vgl. Geyer in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kommentar, § 60 SGB V Anm. 15). Kann eine Behandlung sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden, kann von einer an sich gebotenen Krankenhausbehandlung nicht ausgegangen werden.

Die Klägerin hat nach den Ausführungen des Sachverständigen B., die sich mit den Angaben des behandelnden Arztes Dr. K. und den Angaben des Sachverständigen W. decken, schmerztherapeutische Maßnahmen, Injektionen von Dr. K. und von der Krankengymnastin eine übliche Übungstherapie erhalten. Dabei handelt es sich nach den für den Senat überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen B. um gängige ambulante Therapiemaßnahmen. Auch die die Klägerin behandelnden Ärzte M. W. und M. haben ambulante Injektionstherapien für angemessen gehalten. Dr. K. hat seine Therapie auch ambulant erbracht und zu keiner Zeit zum Ausdruck gebracht, dass für diese Therapie eine stationäre Maßnahme erforderlich gewesen wäre. Die Erforderlichkeit der Behandlung in C. wird nicht damit begründet, dass eine stationäre Therapie ansonsten erforderlich gewesen wäre, sondern damit, dass das Zusammenspiel zwischen Arzt und Physiotherapeut bei ihm nur möglich gewesen sei. Die bei der Klägerin im strittigen Zeitraum vorgelegenen Gesundheitsstörungen wurden nach den Ausführungen des Sachverständigen B. von einer Vielzahl von Ärzten auf chirurgischen und orthopädischen bzw. physikalisch-therapeutischen Fachgebiet ambulant erbracht.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung unter den Voraussetzungen des § 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V i. V. m. § 60 Abs. 1, 61, 62 SGB V besteht ebenfalls nicht.

Gemäß § 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V übernimmt die Krankenkasse Fahrtkosten, die nicht in § 60 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 1 bis 4 SGB V aufgeführt sind, nur dann, wenn der Versicherte durch sie unzumutbar belastet würde. Die Feststellung einer unzumutbaren Belastung für eine Befreiung erfolgt einkommensabhängig, §§ 61 Abs. 2, 62 SGB V. Unabhängig davon, ob die Voraussetzungen für eine vollständige Befreiung bzw. teilweise Befreiung gemäß §§ 61, 62 SGB V vorlagen - wobei die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20. März 1998 die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Befreiung nach § 61 SGB V bis zum 31. Dezember 1997 für den hier streitigen Zeitpunkt anerkannt hat und der Widerspruchsbescheid insofern nicht angefochten ist - ist weitere Voraussetzung, dass die Fahrtkosten, für die Befreiung gemäß §§ 61, 62 SGB V geltend gemacht wird, im Zusammenhang mit einer notwendigen Leistung gemäß § 60 Abs. 1 SGB V erbracht worden sind.

Dabei bezieht sich die Notwendigkeit gemäß § 60 Abs. 1 SGB V auf die Hauptleistung, in deren Zusammenhang die Fahrtkosten anfallen. Dass die von der Klägerin im strittigen Zeitraum in C. in Anspruch genommenen Krankenbehandlungen und Leistungen der Physiotherapie notwendig im Sinne des § 27 Abs. 1 SGB V waren, steht nach den Ausführungen der Sachverständigen und der beigezogenen Befundunterlagen des Dr. K. und der die Klägerin behandelnden Ärzte Dr. M. und Dr. M. W. fest. Die Sachverständigen stimmen mit den behandelnden Ärzten darin überein, dass die vorgenommenen Therapien zur Behandlung der Gesundheitsstörungen der Klägerin medizinisch indiziert waren. Die Beklagte hat dementsprechend auch die von dem Arzt Dr. K. und von der Physiotherapeutin erbrachten Leistungen als Sachleistungen erbracht.

Voraussetzung für einen Fahrtkostenanspruch gemäß § 60 SGB V ist aber weiter, dass die Inanspruchnahme dieser Leistung auch an diesem Leistungsort notwendig war. Dies ist hier nicht gegeben.

Gemäß § 12 SGB V schuldet die Beklagte nur Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Das gesamte Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung wird von dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit beherrscht, die gesetzliche Leistung wird gemäß § 12 SGB V das Maß des Notwendigen bzw. auch das Maß des Wirtschaftlichen beschränkt (vgl. BSG, Urteil vom 20. Januar 1982, Aktenzeichen 3 RK 72/80 zum Recht nach der RVO; Käsling in: Krauskopf, § 12 SGB V Anm. 3; Noftz in: Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar K § 12 Anm. 4). Damit ist danach zu differenzieren danach, welche Behandlungen von dem in Anspruch genommenen Arzt in C. (bzw. der Physiotherapeutin) notwendig waren und ob diese nach den Grundsätzen des SGB V nur in C. wirtschaftlich ausreichend und zweckmäßig erbracht werden konnten. Aus der medizinischen Notwendigkeit der einzelnen Leistung folgt nicht, dass auch mit der Inanspruchnahme der Leistungen in C. das gesetzliche Maß eingehalten worden ist.

Nach § 76 Abs. 2 SGB V sind durch Wahl einer ärztlichen Behandlung durch den nicht nächstgelegenen Vertragsarzt entstandene Mehrkosten vom Versicherten selbst zu tragen. Der Kostenübernahmeanspruch nach § 60 Abs. 1 SGB V geht nicht darüber hinaus, da mit § 76 Abs. 2 SGB V eine Definition des Notwendigen im Sinne des § 60 Abs. 1 SGB V vorliegt und der Anspruch begrenzt ist.

Auch die freie Arztwahl nach § 76 Abs. 1 SGB V, wonach Versicherte unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten frei wählen können, gewährt daher keinen Anspruch auf eine unwirtschaftliche, nicht notwendige Leistung, da die freie Wahl des Behandlers in Abhängigkeit des Prinzips der Wirtschaftlichkeit und der Begrenzung der gesetzlichen Leistung auf das Maß des Notwendigen (vgl. BSG, Urteil vom 20. Januar 1982, Aktenzeichen 3 RK 72/80 zu § 368 d RVO) besteht. Die freie Arztwahl ist nicht nur auf die Wahl zugelassener Vertragsärzte beschränkt (Krauskopf in: Krauskopf, § 76 SGB V Anm. 3), sondern gemäß § 76 Abs. 2 SGB V auch auf eine Wahl unter den nächst erreichbaren, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (LSG Münster, Urteil vom 09. April 1986, Aktenzeichen L 11 KR 59/84 zu § 184 Abs. 2 Satz 2 RVO, Breith. 1987, 183 bis 187; LSG Niedersachsen, Urteil vom 18. Mai 1988, Aktenzeichen L 4 KR 34/96, Breith. 1989, S. 708 bis 711 zu § 368 d Abs. 2 RVO).

Nach den vorliegenden ärztlichen Unterlagen, eingeholten Befundberichten und Sachverständigengutachten hat die Klägerin zur Behandlung ihrer Krankheit im Zeitraum vom April 1997 bis Juli 1997 nicht nächstgelegene, zugelassene Leistungserbringer gewählt und damit die Mehrkosten zu tragen, da sie eine unwirtschaftliche Leistungserbringung gewählt hat.

Wie dargestellt, hat die Klägerin sowohl von Dr. K. als auch von der Physiotherapeutin in C. Standardtherapien entgegengenommen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Sachverständigengutachten des Dr. W. Dieser führt nämlich nicht aus, dass die speziell erhaltenen Therapien nur vom behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Physiotherapeutin erbracht werden konnten, sondern stellt auf das Vertrauensverhältnis zwischen der Klägerin und den Behandlern und nicht auf die tatsächlich erhaltenen Therapien ab. Sofern der behandelnde Arzt Dr. K. ausführt, dass nur er mit Erfolg eine Behandlung durchführen konnte, ist diese Darstellung durch das Gutachten des

Dr. B. mit ergänzender Stellungnahme widerlegt, welches sich mit den einzelnen Therapieschritten auseinandersetzt. Sofern Dr. K. seine Therapie für die einzig erfolgreiche angesehen hat, ist dies dem ärztlichen Selbstverständnis geschuldet, eine wirksame Therapie zur Krankenbehandlung zu erbringen. Auch er geht dabei vornehmlich auf das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und der Klägerin ein und verweist auf die enge Zusammenarbeit mit der Physiotherapiepraxis in unmittelbarer Nachbarschaft.

Letzteres war zur Überzeugung des Senats auf der Grundlage des Gutachtens des Dr. B. nicht erforderlich. Da die Klägerin auch von der Physiotherapeutin Standardbehandlungen erhalten hat, ist nicht erwiesen, dass diese unter ständiger ärztlicher Überwachung erforderlich war. Eine enge Abstimmung zwischen Arzt und Physiotherapeut ist nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen B. auch bei räumlicher Trennung von Arzt und Physiotherapiepraxis möglich. Das Gutachten des Dipl. med. W. gibt keine Begründung für dieses von ihm gesehene Erfordernis, so dass seinen Schlussfolgerungen nicht gefolgt werden konnte. Gemeinhin erfolgt die Erbringung vom Arzt verordneter Heilmittel wie krankengymnastische Behandlungen aufgrund ärztlich verantworteter Verordnung. Der Erfolg der Behandlung wird durch den Arzt im Rahmen zu veranlassender Wiedervorstellungen kontrolliert. Im Übrigen erbringen zugelassene Therapeuten die Leistungen aufgrund ärztlicher Verordnungen eigenverantwortlich.

Eine Physiotherapieeinrichtung, die auch ambulant Leistungen erbringt, war in der Rehabilitationsklinik in Bad L. nach übereinstimmenden Äußerungen der Klägerin und der Beklagten vorhanden. Bad L. liegt 11 km vom damaligen Wohnort der Klägerin entfernt und war daher erheblich näher gelegen als die Physiotherapiepraxis in C ...

Ebenfalls konnten die von Dr. K. erbrachten ambulanten Behandlungen durch die von der Beklagten mit Schriftsatz vom 18. September 2000 benannten genannten Ärzte B. in Bad L., Dr. med. D. in Neu-B., Dr. J. in E., Dr. H. in H. und L. in S. erbracht werden. Wie der behandelnde Arzt Dr. K. verfügten diese Ärzte über eine Genehmigung, chirotherapeutische Leistungen zu erbringen. Dr. H. im 36 km von K. gelegenen H. ist zudem Sportmediziner. Sofern die Klägerin aufgrund ihrer Biografie als Sportlerin im Rahmen des [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) einen Sportmediziner wählen wollte, hätte sie damit den Arzt H. in H. wählen können. H. liegt 36 km entfernt von K ...

Ein zwingender Grund, die nächstliegenden Behandler nicht in Anspruch zu nehmen ([§ 76 Abs. 2 SGB V](#)) stand der Klägerin nicht zur Seite. Es ist wirtschaftlich nicht vertretbar und der Versichertengemeinschaft nicht zumutbar, das Mehrkosten auch dann übernommen werden, wenn der Versicherte ohne zwingenden Grund einen anderen als einen der nächstliegenden Ärzte in Anspruch genommen hat (BSG, Urteil vom 20. Januar 1982, Aktenzeichen [3 RK 72/80](#), a.a.O.). Eine Bewertung, wann ein zwingender Grund vorliegt, muss sich daher am Sinn und Zwecks des [§ 76 Abs. 2 SGB V](#), der Beschränkung auf das Maß des Wirtschaftlichen, orientieren. Als zwingender Grund kommt hier nur das von der Klägerin vorgetragene und von Dr. K. bestätigte besondere Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis in Betracht. Ein solches kann zwingender Grund im Sinne des [§ 76 Abs. 2 SGB V](#) sein, wenn anzunehmen ist, dass das Vertrauensverhältnis zu näher erreichbaren Ärzten schwer gestört ist und dem Versicherten die Behandlung nicht zugemutet werden kann (LSG Niedersachsen, Urteil vom 26. November 1980, Aktenzeichen [L 4 KR 51/78](#), Breith. 1981 S. 565 ff.; Hess in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, [§ 76 SGB V](#) Anm. 19; Krauskopf, a.a.O., [§ 76 SGB V](#) Anm. 14). Die Klägerin hat nicht vorgetragen, dass ein Vertrauensverhältnis zu allen in Frage kommenden Ärzten im Umkreis ihres damaligen Wohnortes und zu einer Physiotherapeutin in der Reha-Klinik Bad L. gestört war. Insbesondere hat sie nicht den von der Beklagten im Berufungsverfahren benannten Sportmediziner in der Zeit bis April 1997 aufgesucht. Sofern sie 1990 und 1991 einige Ärzte in Wohnortnähe aufgesucht hat und diese nicht ihr Vertrauen fanden, handelt es sich nicht um die von der Beklagten angeführten Fachärzte und nicht um Physiotherapeuten des Reha-Zentrums Bad L. ... Der Vortrag der Klägerin bezieht sich vielmehr darauf, dass ein besonderes Vertrauensverhältnis zu dem Behandler in C. bestand und dieses Voraussetzung war für eine erfolgreiche Behandlung. Dieses reicht für die Annahme eines zwingenden Grundes nicht aus. Ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten ist für den Erfolg einer Krankenbehandlung in jedem Falle erforderlich und wünschenswert, worauf auch der Sachverständige Wohlfarth hinweist. Ein besonderes Vertrauensverhältnis als Notwendigkeit für den Erfolg einer Behandlung durch einen bestimmten, nicht nächstgelegenen Behandler muss darüber hinausgehend medizinisch begründet sein. Dieses ist im vorliegenden Fall nicht gegeben.

Soweit Dr. K. auf ein besonderes Vertrauensverhältnis abstellt, geht aus seinen Ausführungen nicht hervor, dass gerade das Vertrauensverhältnis zu ihm und nicht auch zu einem anderen Behandler unbedingte Voraussetzung für einen Erfolg der Krankenbehandlung war. Der Sachverständige im sozialgerichtlichen Verfahren hält ein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt Dr. K. für notwendig und stellt dabei die Wichtigkeit eines Vertrauensverhältnisses im Arzt-Patienten-Verhältnis heraus. Eine besondere medizinische Notwendigkeit im Falle der Klägerin, dass ausschließlich ein Vertrauensverhältnis zum Behandler Dr. K. auch den Erfolg der von ihm angewandten üblichen Behandlung bedingt hat, ist den Ausführungen des Sachverständigen nicht zu entnehmen. Der Sachverständige beschreibt vielmehr ein nach seiner Auffassung notwendig bestehendes vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und dessen Entwicklung für jedwede Krankenbehandlung, welches dem Prinzip der freien Arztwahl zugrunde liegt, wenn er ausführt, dass die Klägerin sich stets zu demjenigen Arzt begeben hätte, von dem sie angenommen hätte, dass er ihre Leiden besonders gut erkennen und lindern könne. Je schwerer und langwieriger die Krankheit der Klägerin sei, und je mehr sich der Arzt zuvor als die für dieses Problem besonders geeignete Person dargestellt hätte, umso stabiler gestalte sich das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Gerade weil Versicherte die Möglichkeit haben sollen, einen Behandler ihres Vertrauens aufzusuchen, steht ihnen die Wahl des Arztes frei. Vor diesem Hintergrund ist aber die Wahl gem. [§ 76 Abs. 2 SGB V](#) - jedenfalls soweit es um die Erstattung von Fahrkosten geht - auch auf die nächsterreichbaren Ärzte beschränkt, so dass nicht in jedem Fall auch die Mehrkosten getragen werden, sondern der Versicherte zur Vermeidung der ansonsten von ihm selbst zu tragenden Mehrkosten gehalten ist, ein Vertrauensverhältnis zu Ärzten in Wohnortnähe aufzubauen. Würde jedes (auch langjähriges) Vertrauensverhältnis zur Annahme eines zwingenden Grundes im Sinne des [§ 76 Abs. 2 SGB V](#) führen, so wäre bei einem Wohnortwechsel der Versicherte berechtigt, auf Kosten der Solidargemeinschaft weiter nicht den nächst erreichbaren Behandler zu konsultieren. Dieses wäre nicht vereinbar mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V. Es kann das Bedürfnis des Versicherten bestehen, einen Arzt weiter zu wählen, zu dem ein langjähriges Vertrauensverhältnis aufgebaut worden ist, obwohl ein Wechsel des Wohnorts vorgenommen worden ist. Ein bestehendes Vertrauensverhältnis kann allenfalls vorübergehend die Annahme eines zwingenden Grundes rechtfertigen, der Versicherte ist gehalten, an einem anderen Ort ein Vertrauensverhältnis aufzubauen (Hess, a.a.O. Anm. 19).

Da die Beklagte die Klägerin bereits im August 1996 darauf hingewiesen hat, dass Mehrkosten für die Inanspruchnahme der Behandler in C. von ihr zu tragen sind und die streitigen Kosten acht Monate nach dieser Mitteilung entstanden sind, und die Klägerin damit ausreichend Zeit hatte, andere Behandler in der Wohnumgebung aufzusuchen und die in C. stattgehabten Behandlungen dorthin zu verlegen, kann



dahinstehen, ob die Beklagte zur Übernahme der Fahrtkosten dann verpflichtet wäre, wenn kurzfristig die Inanspruchnahme nächsterreichbarer Ärzte verlangt wird, obwohl - wie hier - über einen längeren Zeitraum die Mehrkosten für die Inanspruchnahme des nicht nächsterreichbaren Behandlers von der Krankenkasse übernommen worden sind. Ein Zeitraum von acht Monaten ist jedenfalls ausreichend, um sich auf neue Behandler einzustellen.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten aufgrund einer vorherigen Bewilligung der Beklagten. Soweit sie vorträgt, dass ihr vor der Inanspruchnahme der Leistungen von April bis Juli 1997 durch die Beklagte mitgeteilt worden sei, dass die Fahrtkosten erstattet würden, ergibt sich dies nicht aus den beigezogenen Verwaltungsvorgängen. Im Gegenteil wurde die Klägerin mit Schreiben vom 06. September 1996 von der Beklagten auf die Nichtübernahme der Fahrtkosten hingewiesen, so dass ihr seit dem bewusst war, dass die Mehrkosten für die Inanspruchnahme von Leistungen in C. nicht mehr übernommen würden.

Die Klägerin ist weiter vom MASGF mit Schreiben vom 07. März 1997 darauf hingewiesen worden, dass nach Auffassung der Beklagten die Taxifahrten nicht mehr erstattet würden. Dieses Schreiben ging auf ein Beschwerdeverfahren der Klägerin, eingeleitet, weil keine Taxifahrten mehr übernommen werden sollten, zurück. Es ist nicht erkennbar, dass die Beklagte nach September 1996 gegenüber der Klägerin bekundet hat, dass Taxifahrten wieder übernommen würden. Sofern aus einem Aktenvermerk der Beklagten vom 23. März 1997 hervorgeht, dass seitens der Beklagten dem Taxiunternehmen mitgeteilt worden ist, dass Rechnungen noch bezahlt würden, ist nicht erkennbar, wann die Auskunft erteilt worden ist. Der Klägerin ist jedenfalls nicht mitgeteilt worden, dass Taxikosten übernommen werden, so dass die Klägerin die Taxifahrten in dem strittigen Zeitraum auch nicht in dem Bewusstsein, eine Sachleistung der Beklagten zu erhalten, entgegengenommen hat. Damit scheidet auch ein Anspruch aus den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs aus. Zum Zeitpunkt der von Dr. K. ausgestellten Verordnungen der Taxifahrten war der Klägerin jedenfalls seit September 1996 bewusst, dass die Beklagte nicht gewillt war, diese Leistungen als Sachleistungen zu erbringen. Zudem war der behandelnde Arzt, entgegen dem Vortrag der Klägerin, ebenfalls mit Schreiben vom 06. September 1996 davon unterrichtet, dass Fahrtkosten nicht mehr zu Lasten der Beklagten erbracht werden konnten.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-08