



Sozialgericht Braunschweig

Im Namen des Volkes

Urteil

S 26 KR 1/20

In dem Rechtsstreit

Prozessbevollmächtigte:
DGB Rechtsschutz GmbH,
Wilhelmstraße 5, 38100 Braunschweig

gegen

◀	Mit. z. K. Rücksprache	Wiedervorlage ▶	
DGB Rechtsschutz GmbH Büro Braunschweig			
15. MRZ. 2022			
Erledigt	Fristen + Termine	Bearbeitet	

– Kläger –

– Beklagte –

hat die 26. Kammer des Sozialgerichts Braunschweig auf die mündliche Verhandlung vom 25.02.2022 durch die Richterin am Sozialgericht ... sowie die ehrenamtliche Richterin ... und den ehrenamtlichen Richter ... für Recht erkannt:

Der Bescheid der Beklagten vom 31. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Dezember 2019 wird aufgehoben und die Beklagte wird verpflichtet, die Fahrkosten des Klägers in Höhe von 86,24 Euro zu übernehmen.

Die Beklagte erstattet die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand

Im Streit steht die Übernahme der Fahrkosten zu einer ambulanten Krankenbehandlung.

Bei dem 1963 geborenen Kläger wurde am 8. Juni 2018 eine Os naviculare Fraktur links (Kahnbeinbruch) diagnostiziert. Vom 29. Juni 2018 bis 3. Juli 2018 erfolgte insofern die stationäre Aufnahme in die Orthopädische Klinik des ... Hospital B. (...-Klinik) bei häuslichem Versorgungsproblem mit Sturzneigung an Unterarmgehstützen durch die nötige Entlastung im Gips und bekannter Epilepsie mit Grand mal Anfall in der Nacht vom 27. Juni 2018.

Mit Schreiben vom 12. Oktober 2018, eingegangen am 15. Oktober 2018, wandte sich der Kläger an die Beklagte, nachdem diese gegenüber dem Taxiunternehmen die Übernahme der Fahrkosten in Höhe von 86,24 Euro für die Fahrt des Klägers am 5. Juli 2018 zu seinem behandelnden Orthopäden abgelehnt hatte. Unter Vorlage der Verordnung einer Krankbeförderung der Praxis Dres. S./K./Z. vom 5. Juli 2018 führte der Kläger aus, dass die Beförderung mit dem Taxi unumgänglich gewesen sei. Er habe seinen Orthopäden aufgesucht, um den Vorgaben der ...-Klinik zur Versorgung des gebrochenen Fußes und zur Thromboseprophylaxe Folge zu leisten. Der Versuch, hierfür über eine Bekannte eine Fahrgelegenheit zu organisieren, sei erfolglos geblieben. Eine Fahrt mit dem ÖPNV wäre eine Quälerei geworden, zumal er schon eine Woche zuvor einen epileptischen Anfall aufgrund der Anstrengungen bei der Fortbewegung mit gebrochenem Fuß erlitten habe. Sein Arzt habe daher den entsprechenden Beförderungsschein ausgestellt, so dass die Kosten für den notwendigen Transport zu übernehmen seien, wobei dadurch möglicherweise Kosten für einen weiteren unvermeidlichen Krankenhausaufenthalt inklusive Notfalltransport erspart geblieben seien.

Den Antrag des Klägers auf Übernahme der Fahrkosten lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 31. Oktober 2018 ab. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens holte die Beklagte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Niedersachsen vom 17. Juni 2019 ein, nach der kein Ausnahmekriterium der Krankentransport-Richtlinie gegeben sei. Eine Fußverletzung bedinge keine mehr als 6-monatige außergewöhnliche Gehbehinderung. Dem Widerspruch half die Beklagte mit Bescheid vom 4. Dezember 2019 unter Darstellung der Rechtsgrundlagen nicht ab.

Hiergegen richtet sich die vorliegende Klage, mit der der Kläger weiterhin die Kostenübernahme für die Taxifahrt am 5. Juli 2018 geltend macht. Insbesondere habe der behandelnde Arzt das Erfordernis des Krankentransports gesehen und eine entsprechende Verordnung ausgestellt.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 31. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Dezember 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, Fahrkosten des Klägers in Höhe von 86,24 Euro zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält ihre Entscheidung für zutreffend.

Außer der Gerichtsakte hat die den Kläger betreffende Verwaltungsakte der Beklagten vorgelegen und war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Akten und die Sitzungsniederschrift vom 25. Februar 2022 ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 31. Oktober 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Dezember 2019 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger daher in seinen Rechten. Der Kläger hat Anspruch auf die Erstattung von Fahrkosten in Höhe von 86,24 Euro für die Fahrt zur ambulanten Behandlung am 5. Juli 2018.

Insofern übernimmt die Krankenkasse gemäß § 60 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V, hier in der Fassung vom 23. Dezember 2016, a.F.) die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Dabei übernimmt die Krankenkasse u.a. gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b SGB V, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Ein Fall der insoweit einzig in Betracht kommenden nachstationären Behandlung ist hier allerdings nicht gegeben, auch wenn der Kläger vom 29. Juni 2018 bis 3. Juli 2018 in der ...-Klinik stationär behandelt wurde. Gemäß § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen (§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nach dem Bericht der ...-Klinik vom 3. Juli 2018 erfolgte die Krankenhausaufnahme über die Notaufnahme bei häuslichem Versorgungsproblem und Sturzneigung. Der Kläger wurde unter stationären Bedingungen mobilisiert unter beaufsichtigter Entlastung des linken Fußes. Im Verlauf wurde ein VacuPed Stiefel angepasst und die Mobilisation unter Teilbelastung geübt. Der Sozialdienst organisierte darüber hinaus die häusliche Versorgung. Die Krankenhausbehandlung war demnach bei Entlassung am 3. Juli 2018 abgeschlossen. Die ...-Klinik hat außerdem die Orthopädische Praxis Dres. S./K./Z. nicht ausdrücklich mit einer nachstationären Behandlung beauftragt.

Dementsprechend handelte es sich um eine Fahrt zu einer ambulanten Behandlung, für die der Kläger nur unter den Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V a.F. die Übernahme der hier streitgegenständlichen Fahrkosten beanspruchen kann. Nach dieser Vorschrift übernimmt die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V festgelegt hat. Dabei erfolgt die Übernahme von Fahrkosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse (§ 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V a.F.).

Eine solche vorherige Genehmigung ist vorliegend unstreitig nicht erfolgt. Sie hätte nach Überzeugung der Kammer jedoch auch nicht rechtzeitig eingeholt werden können. Angesichts des sehr kurzen Zeitraums zwischen der Krankenhausentlassung am 3. Juli 2018 und dem Behandlungstermin am 5. Juli 2018 ist nicht ersichtlich, dass dem Kläger eine rechtzeitige Antragstellung und Erlangung der vorherigen Genehmigung möglich gewesen wäre.

Unter diesen Umständen ist die vorherige Genehmigung jedenfalls dann entbehrlich, wenn sie bei rechtzeitiger Antragstellung hätte erteilt werden müssen. So liegt der Fall hier.

Nach § 8 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinie (hier in der Fassung vom 23. Dezember 2017) kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden,

die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid gemäß Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI) in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen (Satz 1). Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind (Satz 2). Die Krankenkassen genehmigen verordnete Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen (Satz 3).

Zwar wurden beim Kläger weder die Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ im Schwerbehindertenausweis noch in einem Einstufungsbescheid gemäß SGB XI der Pflegegrad 3, 4 oder 5 zuerkannt. Aus der Verordnung vom 5. Juli 2018 geht hierzu ebenfalls nichts hervor. Der Kläger war jedoch nach Überzeugung der Kammer zum streitgegenständlichen Zeitpunkt in einer der außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“) vergleichbaren Weise mobilitätseingeschränkt (§ 8 Abs. 3 Satz 3 der Krankentransport-Richtlinie).

Laut Entlassungsbericht der ...-Klinik vom 3. Juli 2018 sollte nach der Fußwurzelfraktur links die Ruhigstellung bis zum 22. Juli 2018 fortgesetzt werden. Der Fuß war entsprechend nicht belastbar; die Mobilisation sollte insofern an Unterarmgehstützen mit max. 15 kg Teilbelastung erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass der an Epilepsie leidende Kläger erst wenige Tage vor der hier streitgegenständlichen Fahrt zur ambulanten Behandlung beim Gehen an Unterarmgehstützen wegen Überlastung einen Grand mal Anfall erlitten hat, der notfallmäßig behandelt werden musste. Aufgrund des ungünstigen Zusammenwirkens der fehlenden Belastbarkeit des linken Fußes einerseits und der Epilepsie andererseits mit der Folge einer erhöhten Anfalls- und Sturzneigung war der Kläger daher zum damaligen Zeitpunkt zumindest vorübergehend ähnlich schwer mobilitätseingeschränkt, wie es auch das Merkzeichen „aG“ voraussetzt (vgl. dazu § 229 Abs. 3 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch <SGB IX>).

Hiervon ist die Kammer ebenso überzeugt wie von der zwingenden medizinischen Notwendigkeit der Beförderung mit einem Taxi (vgl. § 7 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinie). In Anbetracht der dokumentierten Sturzneigung und der Gefahr eines weiteren epileptischen Anfalls bei Überlastung war dem Kläger die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar. In Ermangelung einer privaten Mitfahrgelegenheit kam deshalb nur die Fahrt mit einem Taxi in Frage. Der Kläger musste den Termin bei seinem Orthopäden am 5. Juli 2018 auch zwingend wahrnehmen, um die weitere fachärztliche Behandlung der Fußfraktur sowie die weitere Thromboseprophylaxe sicherzustellen.

Dem Anspruch steht schließlich nicht entgegen, dass der Kläger lediglich für eine einzige ambulante Behandlung Fahrkosten geltend macht. § 8 Abs. 3 Satz 3 der Krankentransport-Richtlinie setzt insoweit zwar die Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum voraus. Die Kammer hat hier indes keinen Zweifel daran, dass die Behandlung des Klägers am 5. Juli 2018 noch nicht beendet war. Insbesondere war nach dem Entlassungsbericht der ...-Klinik vom 3. Juli 2018 eine CT-Diagnostik nach sechs Wochen, eine bedarfsgerechte Analgesie, eine Thromboseprophylaxe bis zur sicheren Vollbelastung und ggf. eine physiotherapeutische Begleitung mit Gangschule an Unterarmgehstützen erforderlich. Dies belegt aus Sicht der Kammer einen länger dauernden Behandlungsbedarf, so dass es dem Kläger nicht zum Nachteil gereichen kann, wenn er tatsächlich nur einmalig die Fahrkostenübernahme beantragt.

Nach alledem war die Beklagte unter Aufhebung der streitgegenständlichen Bescheide zu verpflichten, die nachgewiesenen Fahrkosten des Klägers in Höhe von 86,24 Euro zu übernehmen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Berufung war nicht zuzulassen. Gründe für die Zulassung der Berufung gemäß § 144 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nicht mit der Berufung angefochten werden.

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzu-legen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts ein-schließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammen-schlüsse müssen die Berufung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozial-gerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt für die nach diesem Gesetz vertretungsberechtigten Per-sonen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGG zur Verfü-gung steht.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifi-zierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rah-menbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Beschwerde soll das angefochtene Urteil bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,

- das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialge-richts, des gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht,

- ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zu-gelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revi-sion ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Braun-schweig, Wilhelmstraße 55, 38100 Braunschweig, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts ein-schließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammen-schlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Gleiches gilt für die nach diesem Gesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein siche-erer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGG zur Verfügung steht. Die Zustim-mung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Frist für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Erfolgt die Zustellung im **Ausland**, so gilt anstelle aller genannten Monatsfristen eine Frist von **drei Monaten**.