

## L 11 KR 2808/03

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 KR 3403/02  
Datum  
13.05.2003  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 2808/03  
Datum  
14.09.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

[§ 13 Abs. 4 SGB V](#) gilt auch für Leistungen, die vor dem 1.1.04 in Anspruch genommen wurden. Die Versorgung mit Zahnersatz setzt auch im EU-Ausland voraus, dass der Zahnarzt vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan erstellt und dieser von der Krankenkasse geprüft wird.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. Mai 2003 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung einer zahnärztlichen Behandlung in Spanien streitig.

Der 1928 geborene, bei der Beklagten freiwillig krankenversicherte Kläger, hält sich während des Jahres zweimal für 6 bis 8 Wochen in seinem Ferienhaus in J./P. in Spanien auf. Während eines solchen Spanienaufenthaltes im Sommer 2002 unterzog er sich einer zahnärztlichen Behandlung bei Dr. K., der ihm für die Anfertigung zweier Kronen der Zähne 13 und 27 insgesamt 1.363,21 EUR in Rechnung stellte.

Am 5. Juli 2002 reichte der Kläger diese Rechnung wie auch seinen Allergiepass, wonach er auf Titan, Palladium, Aluminium, Kupfer und andere Stoffe allergisch reagiere, bei der Beklagten ein und begehrte deren Übernahme.

Die Beklagte erstattete ihm daraufhin, da der Kläger den Bonus erfülle, 182,10 EUR (mit 65%). Hiergegen wandte sich der Kläger mit der Begründung, es habe sich um einen klaren Notfall gehandelt und er sei auch nicht im Ausland, sondern in einem EG-Land behandelt worden. Nach Darstellung von Dr. K. würde auch seine Abrechnung den vorgegebenen Abrechnungstarifen entsprechen, so dass ihm ungefähr 818,- EUR erstattet werden müssten.

Mit Bescheid vom 23. Juli 2002 lehnte die Beklagte eine weitere Kostenerstattung mit der Begründung ab, Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall bestehe immer nur nach den Rechtsvorschriften des jeweiligen Aufenthaltslandes. Die spanischen Rechtsvorschriften sähen aber keine Übernahme zahnärztlicher Behandlungen vor (Urteil des BSG vom 29.09.1997 - Az: [8 BKn 11/97](#)). Deswegen komme es auch bei seiner zahnprothetischen Neuversorgung nicht darauf an, ob es sich um eine sog. Akutbehandlung gehandelt habe. Wenn sich Versicherte dennoch privatärztlich im Ausland mit Zahnersatz versorgten, bestehe hierfür kein Anspruch auf eine nachträgliche Kostenerstattung durch den deutschen Krankenversicherungsträger. Deswegen könnten seine Kosten auch nicht im Kulanzwege übernommen werden. Erstattungsfähig wären daher nur die zahnärztlichen Behandlungskosten, die 182,10 EUR betrügen.

Mit seinem hiergegen telefonisch eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, es habe sich am Urlaubsort um eine Notfallbehandlung gehandelt. Außerdem sei er Metallallergiker, so dass ihm die vollen Kosten erstattet werden müssten. Mit Widerspruchsbescheid vom 5. Dezember 2002 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, aufgrund der EWG-Verordnungen hätten Versicherte deutscher Krankenkassen bei vorübergehendem Aufenthalt in Spanien Anspruch auf Leistungen, sofern ihr Zustand ärztliche Betreuung oder Krankenhauspflege erforderlich mache. Hierfür sei eine Antragsbescheinigung erforderlich. Könnten Leistungen während des vorübergehenden Aufenthalts in Spanien nicht über diese Antragsbescheinigungen in Anspruch genommen werden, so bestehe ein Anspruch nur im Notfalle. Dies sei bei einer Versorgung mit Zahnersatz grundsätzlich nicht der Fall, d.h. der ausländische Versicherungsträger könne derartige Leistungen nicht im Wege der Sachleistungsaushilfe erbringen. Wenn Versicherte sich

dennoch privatärztlich im Ausland versorgten, bestehe hierfür kein Anspruch auf eine nachträgliche Kostenerstattung durch den deutschen Krankenversicherungsträger. Etwas anderes ergäbe sich auch nicht aus der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), denn die aufgestellten Grundsätze zum freien Warenverkehr seien auf der Grundlage eines Sozialversicherungssystems erfolgt, das durch das Kostenerstattungsprinzip geprägt wäre. In der Bundesrepublik Deutschland würden jedoch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sachleistungssystem erbracht, welches in die alleinige Regelungskompetenz der nationalen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union falle. In diesem Zusammenhang sei auch irrelevant, dass Dr. K. versichert habe, er erbringe seine Leistung nach den in Deutschland üblichen Abrechnungstarifen. Denn Dr. K. nehme an dem vertragszahnärztlichen Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nicht teil und er könne daher für die Krankenversicherungsträger keine verbindlichen Erklärungen abgeben. Schließlich rechtfertige das Vorliegen nachgewiesener Allergien keinen höheren Erstattungsbeitrag, denn in [§ 30](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werde nicht nach den Ursachen für die Erforderlichkeit von Zahnersatzbehandlungen unterschieden. Das BSG habe verschiedentlich betont, dass der wegen Unverträglichkeit z.B. gegen Amalgam vorgenommene Zahnersatz keine höheren Zuschussleistungen begründen könne.

Mit seiner dagegen beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhobenen Klage machte der Kläger geltend, er sei freiwillig bei der DAK versichert und zahle den monatlichen Höchstbetrag. Er habe während seines mehrwöchigen Aufenthaltes in Spanien einen Bruch seines Zahnersatzes erlitten, der eine feste Nahrungsaufnahme nicht mehr ermöglicht habe. Deswegen habe es sich um einen Notfall gehandelt, der wegen des beabsichtigten mehrwöchigen Aufenthalts in Spanien und der langen Rückreise nach Deutschland vor Ort hätte behandelt werden müssen. Im Hinblick auf seine bekannte Metallallergie habe er einen dort ansässigen deutschen Zahnarzt aufgesucht, welcher nach ausführlicher Besprechung und Vorbereitung gerade im Hinblick auf diese Allergie ihm Anfang Juni 2002 kein Provisorium, sondern zu seiner Zufriedenheit einen vollwertigen Ersatz des bisherigen, gebrochenen Zahnersatzes angefertigt habe. Sein spanischer Zahnarzt habe auch nach dem Abrechnungsmodus der DAK abgerechnet, so dass die Durchführung dieses Zahnersatzes bzw. die Reparatur in Deutschland nicht anders verlaufen wäre.

Mit Urteil vom 13. Mai 2003, dem Kläger zugestellt am 4. Juni 2003, wies das SG die Klage unter Hinweis auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid ab und führte ergänzend aus, dass der vorgesehene Beschaffungsweg von dem Kläger nicht eingehalten worden wäre, denn innerhalb der Europäischen Union gelte wie im Inland das Sachleistungsprinzip. Er hätte sich daher die durchgeführte Maßnahme mit Hilfe des Auslandskrankenscheines als Sachleistung beschaffen müssen.

Hiergegen richtet sich die am 4. Juli 2003 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) eingelegte Berufung, mit der der Kläger ergänzend geltend macht, ihm seien bei der ärztlichen Inanspruchnahme in Spanien innerhalb der letzten 15 bis 20 Jahre, insbesondere wegen Migräneanfällen und eines Bandscheibenvorfalles seiner Ehefrau, immer die bar bezahlten Arztrechnungen von der Beklagten erstattet worden. Aus diesem Grunde habe er es unterlassen, einen Auslandskrankenschein mitzunehmen bzw. eine Auslandskrankenversicherung abzuschließen. Auf Vorhalt des Senats hat er eingeräumt, dass nicht die Prothese zerbrochen sei, sondern zwei Zähne abgebrochen seien, auf denen eine Berücke befestigt worden wäre.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 13. Mai 2003 sowie den Bescheid vom 23. Juli 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Dezember 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die anteiligen Kosten der Zahnarztrechnung von Dr. K. vom 11. Juni 2002 in Höhe von 60 v.H. zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt ergänzend vor, dass sie auch unter Berücksichtigung der aktuellen Entscheidung des BSG vom 13. Juli 2004 - [B 1 KR 11/04 R](#) - an ihrer getroffenen Entscheidung festhalte. Der EuGH habe nämlich in seinen Urteilen im Jahr 2003 bestätigt, dass in Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene jeder Mitgliedstaat der EU weiterhin selbst bestimme, unter welchen Voraussetzungen Leistungen der Krankenversicherung überhaupt gewährt würden. Der Versicherte, der sich im EU-Ausland mit Zahnersatz versorgen lassen wolle, sei somit ebenso zu behandeln wie der Versicherte, der eine Versorgung im Inland in Anspruch nehme. Auch bei einer prothetischen Versorgung in einem anderen EU-Staat seien folglich alle tatbestandlichen Voraussetzungen wie bei einer Behandlung im Inland zu erfüllen. Nach den Regelungen des [§ 30 SGB V](#) gelte insbesondere das Antragserfordernis, der Genehmigungsvorbehalt sowie das Begutachtungsrecht der Krankenkasse. Deswegen müsse auch vor der Versorgung mit Zahnersatz im EU-Ausland von dem ausländischen Zahnarzt ein Kostenvoranschlag erstellt werden, der ein Zahnschema enthalte, in dem die zu versorgenden Zähne ausgewiesen seien. Zusätzlich seien die Leistungen und Kosten der zahnprothetischen Behandlung im einzelnen aufzuschlüsseln. Dieser Kostenvoranschlag sei in deutscher Sprache durch den Versicherten zur Prüfung bei der entsprechenden Krankenkasse einzureichen. Diese Voraussetzungen seien vorliegend jedoch nicht beachtet worden. Ein Antrag unter Vorlage eines Heil- und Kostenplanes sowie eine Genehmigung durch die Kasse seien nicht erfolgt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und insbesondere statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#). Denn ausgehend von dem in Rechnung gestellten Betrag von insgesamt 1.363,21 EUR abzüglich der bereits erfolgten Erstattung in Höhe weiterer 182,10 EUR und der begehrten Kostenerstattung von 60% ([§ 30 Abs. 2 SGB V](#)) wird die erforderliche Berufungssumme von 500,- EUR erreicht.

Die zulässige Berufung ist indessen unbegründet. Das SG sowie die Beklagte haben im Ergebnis zu Recht entschieden, dass der Kläger keinen Anspruch auf Kostenerstattung hat.

Rechtsgrundlage hierfür ist [§ 13 Abs. 4 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift, die mit Wirkung vom 01.01.2004 in Kraft trat, sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.

Der Kläger hat zwar die streitige Behandlung bereits im Juli 2002, d.h. vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung durchgeführt und begehrt nun deren Kostenerstattung. In einem solchem Falle ist grundsätzlich auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Erbringung der Leistung abzustellen (BSG [SozR 4-2500 § 28 Nr. 1](#)). Dies gilt aber vorliegend deswegen nicht, weil [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) lediglich eine Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH (Rs. [C - 120/95 Decker NZS 1998, 283 = NJW 1998, 1769](#) und Rs. [C - 158/96 Kohll in NZS 1998, 280 = NJW 1998, 1771](#)) darstellt. Deswegen darf bei Leistungserbringern im Europäischen Wirtschaftsraum auch vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung die Kostenerstattung nicht von einer vorherigen Genehmigung der Krankenversicherung abhängig gemacht werden, d.h. der Kostenerstattungsanspruch scheidet nicht daran, dass die beklagte Krankenkasse vorher nicht eingeschaltet wurde oder dass dieselbe Behandlung in Deutschland zur Verfügung gestanden hätte (so BSG, Urteil vom 13. Juli 2004 - [B 1 KR 11/04 R](#) - Pressevorbericht Nr. 40/04 -). Insbesondere richtet sich die Kostenerstattung daher auch nicht nach [§ 18 SGB V](#).

Kann der Kläger danach grundsätzlich auch die Behandlung eines spanischen Arztes in Anspruch nehmen, so eröffnet dies lediglich den Zugang des Europäischen Leistungserbringers zum inländischen Leistungsrecht, zur Überzeugung des Senats können jedoch nicht dadurch die Sachleistungsgrundsätze umgangen werden. Dies folgt bereits daraus, dass der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) anstelle der Sachleistung tritt, deswegen Voraussetzung ist, dass die begehrte Leistung auch als Sachleistung hätte erbracht werden können.

Das ist - wie die Beklagte zutreffend ausgeführt hat - bei der bei dem Kläger durchgeführten Behandlung nicht der Fall. Nach [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) setzt nämlich die Versorgung mit Zahnersatz voraus, dass der Zahnarzt vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan erstellt (Satz 1) und dieser von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt geprüft wird (Satz 2). Das dient auch dem Schutz des Versicherten gerade bei Auslandsbehandlungen vor einer aufwändigeren Mehrversorgung, die ggf. nach § 30 Abs. 3 Satz 2 von dem Versicherten selbst zu tragen wäre (BSG 03.09.2003 - [B 1 KR 34/01 R](#) - nv).

Diesen vorgesehenen Leistungsweg hat der Kläger nicht eingehalten, sondern der Beklagten nach Abschluss der Behandlung lediglich eine Kostenrechnung vorgelegt, die weder den Erfordernissen eines Heil- und Kostenplanes entspricht, noch vorher geprüft werden konnte.

Hiervon kann auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass es sich angeblich um eine Notfallbehandlung gehandelt habe, abgesehen werden. Eine Notfallbehandlung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Erste Alternative SGB V](#) liegt nämlich nur dann vor, wenn der übliche Beschaffungsweg für den Berechtigten zu einer unvermeidbaren Verzögerung führt, d.h. mit medizinischen Risiken, nicht unbedingt aber Lebensgefahr, verbunden ist, und somit die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährdet werden könnte oder der für den Versicherten nicht zumutbar ist (BSG [SozR 3-2500 § 29 Nr. 3](#)). Im Wege der Notfallbehandlung können aber zum einen nur vorläufige Maßnahmen bei Zahnersatz eingeleitet werden, d.h. die Anfertigung von Provisorien (vorliegend mit 121,66 beziffert), keinesfalls aber eine endgültige Versorgung (vgl. Urteil des Senats vom 30.06.2004 - L 11 KR 3066/03). Zum anderen lag bei dem Kläger zur Überzeugung des Senats kein Notfall vor. Er hat zwar geltend gemacht, ihm sei eine Prothese zerbrochen und er hätte keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen können. Diese Angaben hat er dann weiter im Berufungsverfahren dahingehend verifiziert, dass nicht die Prothese zerbrochen, sondern zwei Zähne abgebrochen wären, auf denen eine Brücke befestigt worden sei. Die Richtigkeit dieses Vortrages wird aber bereits durch die von den Zahnarzt Dr. K. vorgelegte Rechnung widerlegt. Danach hat sich der Kläger lediglich zwei Zähne im Oberkiefer überkronen lassen, nämlich die Zähne 13, d.h. den oberen rechten Eckzahn, sowie 27, d.h. den zweiten Molaren. Es handelt sich hierbei nicht einmal um nebeneinanderliegende Zähne. Aus der zahnärztlichen Rechnung geht auch nicht hervor, dass eine Prothese oder Brücke oder Teleskopbrücke hätte neu angefertigt werden müssen oder diese auf den beiden Kronen befestigt worden wäre. Warum der Kläger wegen der Überkronung zweier Zähne keine feste Nahrung mehr zu sich hätte nehmen können, ist für den Senat nicht nachvollziehbar und war deswegen nicht glaubhaft. Er hätte nämlich, selbst wenn er mit einer Brücke über den halben Oberkiefer versorgt worden wäre - was schon technisch unmöglich und deswegen keine vertragszahnärztliche Leistung ist ([§ 30 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) - noch auf der anderen Kauleiste kauen und somit Nahrung zu sich nehmen können. Demnach hat es sich nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt, zumal diese bei einem Zahnersatz allenfalls die Reparatur, nicht aber die Neuanfertigung einer Prothese hätte beinhalten können. Mangels Notfallbehandlung war daher von den Voraussetzungen des [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) nicht abzusehen.

Da der Kläger folglich die durchgeführte Behandlung nicht hätte als Sachleistung erstattet erhalten können, scheidet auch eine Kostenerstattung aus.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-12-07