

## L 4 KR 59/00

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 18 KR 226/97  
Datum  
25.11.1999  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 59/00  
Datum  
15.12.2000  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. November 1999 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, die den Klägern seit 01.10.1996 in Frankreich entstandenen Kosten für ihre medizinische Versorgung zu erstatten.

Die Kläger sind beide Mitglied bei der Beklagten in der Krankenversicherung der Rentner - KVdR -. Vermutlich seit 1986, aktenkundig zumindest seit Anfang 1994, bewohnten sie über längere Zeit das Anwesen " ...", Haus Nr ... an der Straße nach Nizza in Rouret in Südfrankreich. Sie verfügten über eine bis 30.09.1999 dauernde ständige Aufenthaltsbewilligung in Frankreich und waren seit dem 10.11.1995 in Ottobrunn mit Wohnsitz gemeldet in einer ihren Kindern gehörenden Wohnung. Bei Auftreten von Krankheit haben sich beide Kläger in Frankreich in ärztliche, zahnärztliche und stationäre Behandlung begeben, die Rechnungen (auch für Medikamente) beglichen und dann der Beklagten vorgelegt. Diese hat die vorgelegten Rechnungen (ohne Vergleiche mit französischen oder deutschen Kassensätzen) in DM erstattet. Anfang November 1995 kündigte die Beklagte an, zukünftig von der Erstattungspraxis abzusehen und begründete dies in einem Schreiben vom 27.08.1996 mit dem ständigen Aufenthalt der Kläger in Frankreich, der die Leistungspflicht auf den dortigen Träger der Krankenversicherung übergehen lasse. Dazu müssten ihm die Kläger lediglich die ihnen von der Beklagten ausgestellte Bestätigung auf Formblatt E 121 aushändigen. Dem kamen die Kläger nicht nach, weil die Leistungen des französischen Versicherungsträgers niedriger seien als die bislang von der Beklagten erbrachten Erstattungen. Daraufhin entschied die Beklagte, ab 01.10.1996 keine Erstattung mehr vorzunehmen (Bescheide vom 27.09.1996) und bestätigte dies in den Widerspruchsbescheiden vom 12.03.1997 unter Bezugnahme auf die Angaben des Klägers zu 2.). Dieser hatte mit Schreiben vom 05.09. 1996 der Beklagten unter anderem mitgeteilt "PS. Sie wissen, dass meine Frau an einem Lungenemphysem leidet und wir auf mehrfaches ärztliches Anraten in das milde Klima hier umgezogen sind."

Am 16.09.1997 erhoben beide Eheleute Klage beim Sozialgericht München, die mit Beschluss vom 22.04.1999 zu einer Streitsache verbunden wurden. Zur Begründung der Klage gaben sie an, sich zwischen vier und sechs Monate, vorwiegend im Winter, in Frankreich aufzuhalten, ansonsten überwiegend in München. Der Kläger zu 2.) habe sich bislang nur notfallmäßig in Frankreich behandeln lassen. Die Beklagte müsse sich an einer zehn Jahre lang geübten Praxis der Kostenerstattung festhalten lassen. Dies gebiete die verfassungskonforme Auslegung des [§ 16 Abs.1 Nr.1 SGB 5](#). Die Betriebskrankenkasse hätten bereits 1989 für chronische Kranke wie die Klägerin zu 1.) eine Kostenerstattung vorgesehen, wenn sie in entsprechende klimatische Zonen verzögen. Von daher bestehe ein Anspruch auf Beibehaltung des Erstattungsverfahrens. Die Beklagte erwiderte, sie habe erst durch das Schreiben vom 05.09.1996 von dem Umzug nach Frankreich erfahren. Im Übrigen habe der Kläger zu 2.) bei einer Vorsprache selbst angegeben, die Anschrift in Deutschland bestehe nur pro forma (was im Folgenden vom Kläger heftig bestritten wurde). Mit Urteil vom 25.11.1999 hat das Sozialgericht die zuletzt auf generelle Kostenerstattung ärztlicher Behandlung in Frankreich gerichtete Klage abgewiesen. Dazu wird ausgeführt, die Beklagte habe zu Recht auf die vorrangige Leistungspflicht der französischen Krankenversicherung verwiesen. Die klägerische Auskunft vom Umzug nach Frankreich sei zutreffend gewesen, weil sich aus der Übersicht der seit 1994 in Frankreich in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen ergebe, dass sich die Kläger seitdem allenfalls für fünf Monate außerhalb Frankreichs aufgehalten haben könnten.

Gegen das am 27.03.2000 zugestellte Urteil haben die Kläger am 27.04.2000 Berufung beim Bayer. Landessozialgericht einlegen lassen und unter Wiederholung ihres bisherigen Vortrages und unter Vorlage einer umfangreichen Liste von in Deutschland (ohne Datumsangabe) in Anspruch genommenen Ärzten eine Aufenthaltsverlegung nach Frankreich erneut in Abrede gestellt. Die Berechnung des Sozialgerichts sei

unmaßgeblich, da es nur auf die Zeit seit 01.10.1996 ankomme. Im August 2000 habe man die Unterkunft in Frankreich aufgelöst und ein Einfamilienhaus in Oberbayern gekauft. Dort halte man sich überwiegend auf. Die Weigerung der Beklagten zur Kostenerstattung verstoße gegen Art.34 der EGVO 574/72 und berücksichtige nicht ausreichend die Grundsätze des freien Dienstleistungsverkehrs im europäischen Raum.

Auf richterlichen Hinweis haben die Kläger die nach dem 30.09. 1996 bis 11.04.2000 angefallenen Kosten aufgelistet und diese für ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung mit ca. 5.000,00 DM beziffert.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.11.1999 und die zugrundeliegenden Bescheide der Beklagten vom 27.09.1996 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 12.03.1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin zu 1.) die Kosten der ärztlichen Versorgung in Frankreich in der Zeit vom 30.09.1996 bis 11.04.2000 in Höhe von DM 3.533,39 und dem Kläger zu 2.) die Kosten der ärztlichen Versorgung in Frankreich für den Zeitraum 30.09.1996 bis 11.04.2000 in Höhe von DM 1.708,90 zu erstatten und festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin zu 1.) und dem Kläger zu 2.) auch über den 11.04.2000 hinausgehende Kosten der ärztlichen Versorgung in Frankreich zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat haben die Leistungsakten der Beklagten und die Gerichtsakten beider Instanzen vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist hinsichtlich der geltend gemachten Leistungsansprüche statthaft und form- und fristgerecht im Sinn des [§ 151 SGG](#) eingelegt worden.

Was die Berufung hinsichtlich der begehrten Feststellung anlangt, ist diese zwar statthaft, aber unzulässig, weil den Klägern das Feststellungsinteresse für die Zeit nach dem August 2000 abhanden gekommen ist, denn sie haben vorgetragen, nunmehr vollständig aus Frankreich verzogen zu sein, so dass sich die Frage einer generellen Erstattungspflicht der Beklagten nicht mehr stellen kann. Prüfungsmaßstab ist ein berechtigtes Interesse an baldiger Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses ([§ 55 Abs.1 SGG](#)). Dazu ist aber der konkrete Anlass verloren gegangen. Dieser hat sich durch die Aufgabe der Wohnung in Frankreich und der Verlegung des Wohnsitzes in ein eigenes Haus in Oberbayern geändert. Der Senat könnte bei einer Entscheidung allenfalls eine allgemeine Rechtsauskunft über die Leistungsansprüche von nach Frankreich reisenden Rentnern erteilen. Im umgekehrten Fall - die Kläger beabsichtigen nach Frankreich zu ziehen und wollen zuvor Rechtsicherheit über ihre Krankenversorgung erlangen - wäre ein Rechtsschutzinteresse zu bejahen, nicht aber wenn Art und Weise bzw. Dauer künftiger Auslandsaufenthalte ungewiss sind. Soweit die bislang abstrakt geltend gemachten Ansprüche nunmehr im Wege eines Verpflichtungsantrages konkretisiert werden, ist insoweit der prozessuale Form Genüge getan. Über sie liegen zwar keine einzelnen Verwaltungsentscheidungen vor, jedoch ist nach den Grundsätzen des [§ 99 Abs.3 Nr.3 SGG](#) eine derartige Umstellung der Klage sachdienlich und zulässig.

Die streitigen Ansprüche der beiden Kläger sind zwar nicht identisch, ihre rechtliche Einordnung im Bezug auf die verlangten Erstattungen unterliegen aber den gleichen Maßstäben, so dass die vom Senat anzustellende Würdigung auf die jeweiligen Einzelansprüche zutrifft. Diese Würdigung ergibt, dass die geltend gemachten Forderungen sich keiner der überhaupt in Betracht kommenden Anspruchsnormen zuordnen lassen und damit die Entscheidungen der Beklagten und des Sozialgerichts zutreffend und nicht zu beanstanden sind.

Beide Kläger sind Mitglieder der Beklagten auf der Grundlage des [§ 5 Abs.1 Nr.11 SGB V](#). Die dadurch begründete Versicherteneigenschaft führt zu den Rechten aus [§ 2 SGB V](#) insbesondere mit dem umfassenden Versorgungsanspruch auf Dienst- und Sachleistungen. Die von den Klägern erwünschte Erstattung sieht das SGB V gemäß [§ 13 Abs.1 SGB V](#) nur in gesetzlich ausdrücklich normierten Sonderfällen vor, keiner davon trifft auf die Kläger zu.

Einen solchen Fall beschreibt [§ 18 SGB V](#). Danach kann die Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen Kosten einer Auslandsbehandlung erstatten. Voraussetzung dafür ist nach Abs.1 dieser Vorschrift eine Situation, in der eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Eine solche Auslandsbehandlung stellt, wie das BSG in seiner Entscheidung vom 16.06.1999 - [BSGE 84,90,92](#) zusammenfasst, einen bloßen Notbehelf für den Fall dar, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Mitteln des Sachleistungssystems im Inland nicht erfüllt werden kann. Zwar hat der Kläger zu 2.) hinsichtlich einer bereits erstatteten Leistung Anfang der 90er Jahre die in Frankreich erforderte Behandlung als wesentlich erfolgreicher und durchschlagender als die in Deutschland geschildert, doch fehlt es an einem derartigen Vortrag zu den nunmehr streitigen Leistungen. Es ist auch nicht ersichtlich, dass von diesen auch nur eine einen Standard aufweist, der in Deutschland nicht erhältlich, jedoch notwendig gewesen wäre um eine hier bestehende Versorgungslücke zu schließen ([BSGE a.a.O S.93](#)). Derartiges wird auch von den Klägern nicht behauptet. Nach den vorgelegten Rechnungen geht es ihnen um die Kostenerstattung durchaus gängiger ambulanter und stationärer Behandlung, wie sie ähnlich oder gleichwertig auch im Inland erbracht werden.

Auch die weiteren in Betracht kommende Erstattungsnorm, nämlich [§ 13 Abs.3 SGB V](#) ermöglicht es der Beklagten nicht, die geltend gemachten Kosten zu übernehmen. Danach müsste die Beklagte die tatsächlich entstandenen Kosten letztlich tragen, wenn sie auf Seiten der Kläger entstanden wären, weil die jeweilige medizinische Leistung unaufschiebbar gewesen, also nicht rechtzeitig erbracht hätte werden können oder die Beklagte zu Unrecht eine Leistungsübernahme abgelehnt hätte. Keine der beiden Fallgestaltungen liegt hier vor. Diese Leistungserbringungspflicht der Beklagten, deren Nichteinhaltung die Rechtsfolgen des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) auszulösen vermag, hat hier in allen Behandlungsfällen nicht bestanden. Die Leistungspflicht der Krankenkasse ruht nämlich gemäß [§ 16 Abs.1 Nr.1 SGB V](#) von vornherein, solange sich die Kläger in Frankreich aufgehalten haben bzw. weiterhin aufhalten werden. Dies ist unabhängig davon, ob der Aufenthalt auf

Dauer (Umzug) oder nur vorübergehend (urlaubsbedingt) geschah bzw. geschieht. Dabei ist es eindeutige Rechtslage (vgl. BSG vom 23.06.1994 - [SozR 3-2500 § 243 Nr.3](#)), dass die Kläger nach Ausbruch der - Krankheit etwa die Zahnerkrankungen beim Kläger zu 2.) - diese mit Betreten deutschen Bodens im Wege der Sachleistung bei einem Vertragszahnarzt zu Lasten der Beklagten hätte auskurieren können. Von dieser Möglichkeit haben sie keinen Gebrauch gemacht.

Die in [§ 16 Abs.1 Nr.1 SGB V](#) normierten Rechtsfolgen sind jedoch durch die sie überlagernden Bestimmungen des supranationalen Rechts der Europäischen Union gemildert. Diese sehen die Mitnahme des Sachleistungsanspruchs in das Vertragsausland vor, das kann für Urlaubsreisende über Art.22 bzw. bei Rentnern Art.31 EU-VO 1408/71 i.V.m. Art.21 bzw. 31 EU-VO 574/72 geschehen oder für übergesiedelte Rentner nach Art.28 EU-VO 1408/71 i.V.m. Art.29 EU-VO 574/72. Die Mitgliedschaft bei der Beklagten bleibt erhalten, der französische Träger hilft für diese aus, indem er die Leistungen in dem Umfange erbringt, wie er dies für die bei ihm Versicherten zu tun hat und dann mit der Beklagten abrechnet. Diese Möglichkeiten haben die Kläger allerdings nicht genutzt und nicht nutzen wollen, obwohl die Beklagte sie auf die dabei zu beachtenden Formalien (Beschaffung der entsprechenden Bescheinigungen und deren Vorlage im Vertragsausland) hingewiesen hatte.

Neben diesen beiden Varianten der "aushelfenden Sachleistungsgewährung" sieht Art.34 EU-VO 574/72 eine Erstattungsmöglichkeit vor, nämlich dann, wenn für einen Touristen bzw. jemanden der sich nur vorübergehend im Sinne des Art.22 bzw. 31 EU-VO 1408/71 im Vertragsausland aufhält bei akutem Krankheitsausbruch eine Versorgungsleistung unverzüglich erforderlich ist und sich die Formvorschriften nach Art.21 bzw. 31 EU-VO 574/72 nicht einhalten lassen. Der Senat kann hier offen lassen, welche der geltend gemachten Behandlungen ein sofortiges Eingreifen verlangten und welche bis zur Rückkehr nach Deutschland zurückgestellt werden konnten, weil Art.34 EU-VO 574/72 als Nothilfe zu Art.22, 31 EU-VO 1408/71 zu sehen ist und lediglich dann eingreifen kann, wenn dessen praktische Durchführung scheitert. Hier haben die Kläger möglicherweise wohl wissend, dass bei ihnen schon am "vorübergehenden Aufenthalt" fehlte, es von vornherein gegenüber der Beklagten abgelehnt, die aushelfende Sachleistung überhaupt ernstlich zu erwägen und gar nicht erst versucht, sich in dieses System einzugliedern, sondern verlangen von vornherein eine Erstattung auch außerhalb einer akut auftretenden Krankheitssituation. Deswegen ist es auch unerheblich, dass von der Kommentarliteratur eine großzügige Anwendung dieser Bestimmung gefordert wird (vgl. Bieback in Fuchs, Kommentar zum Europ. Sozialrecht, 2.Aufl., Art.22 Nr.6.) Von daher, also der bewussten Ignorierung des Systems, besteht auch kein Anlass, dem Europäischen Gerichtshof Fragen zur Auslegung der zitierten Vertragsvorschriften vorzulegen oder deren Vereinbarkeit mit den EG-Verträgen prüfen zu lassen. Unterstellt, die Versorgung durch die französische Versicherung sei tatsächlich unzulänglich oder erfordere Zusatzkosten, berührt das die Freizügigkeit nicht, denn es ist sichergestellt, dass die Kläger das bekommen hätten, was dem Einheimischen zusteht, und für eine Gleichstellung gesorgt ist. Art.51 des Vertrages verbietet die Diskriminierung, eine solche ist aber nicht ersichtlich.

Die Kläger können sich auch nicht auf einen Vertrauensschutz berufen, der die Beklagte verpflichten würde, weiterhin an der Erstattungspraxis festzuhalten. Eine Zusicherung, wie sie der Klägervorteiler daraus ableiten will, hat nicht vorgelegen. Eine solche muss aus dem Grunde der Rechtsklarheit schriftlich abgegeben werden, um eine derartig weitreichende Selbstbindung der Verwaltung herbeiführen zu können ([§ 34 Abs.1 Satz 1 SGB X](#)). Eine solches formales Schriftstück liegt nicht vor. Es steht jedoch fest, dass bereits Anfang November 1995 die Beklagte die Klägerin hat wissen lassen, sie werde das bisherige Verfahren der Erstattung nicht länger fortsetzen. Dazu hat sie eine Übergangszeit bis Ende Juni 1996 eingeräumt und bis dahin angefallene Rechnungen beglichen, nicht ohne dabei mehrfach die bestehenden Möglichkeiten der Leistungsgewährung aufzuzeigen.

Schließlich lassen sich auch keine Folgen zu Gunsten der Kläger aus der von ihnen zitierten Besprechungsnotiz der Landesverbände der Betriebskrankenkassen vom 23./24.02.1989 (BKK 89, 347) herleiten. Dort ist ohne jegliche Verbindlichkeit versucht worden, für chronisch Kranke einen längeren Auslandsaufenthalt zu ermöglichen, was aber bei dieser Umgehung des [§ 16 SGB V](#) immer die vorherigen Einschaltung und Genehmigung der Krankenkasse vorausgesetzt hat. Ein derartiges Einverständnis im Bezug auf das von der Klägerin behauptete Lungenemphysem hat hier nicht bestanden.

Die von EuGH in den Streitsachen K ... ([C-158/96](#)) und D ... ([C-120/95](#)) am 28.04.1998 aufgestellten Grundsätze lassen sich auf den vorliegenden Fall nicht übertragen. Es ging dort von vornherein um Erstattungsleistungen d.h. die Versicherten hatten keine Sachleistungs-, sondern stets nur einen Erstattungsanspruch gegen ihre Versicherung. Der EuGH hat ihnen freigestellt, wo sie die ihn auslösende medizinische Versorgung durchführen.

Angesichts des Verfahrensausgangs und weil auch die Beklagte keinen Anlass für den Rechtsstreit gesetzt hat, sind den Klägern ihre außergerichtlichen Kosten nicht zu erstatten ([§ 193 SGG](#)).

Gründe, die Revision nach [§ 160 SGG](#) zuzulassen liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-28