

L 4 Kr 125/95

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 Kr 37/94
Datum
29.08.1995
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 Kr 125/95
Datum
27.11.1997
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Umfang des Leistungsanspruchs eines Versicherten richtet sich im EG-Bereich nach den Vorschriften des Trägers des Aufenthaltsortes. Kosten, die dieser Träger nicht erbringt, werden von der deutschen GKV nicht erstattet.

- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 29. August 1995 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung in Luxemburg.

Die am ...1948 geborene Klägerin ist bei der Beklagten pflichtversichert. Sie leidet unter anderem an einem cervico-brachialen Syndrom bei degenerativen Bandscheibenschäden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) hielt im Gutachten vom 19.02.1992 eine Operation des cervikalen Wurzelreizsyndroms in Übereinstimmung mit dem behandelnden Orthopäden für angezeigt, der eine Operation durch Prof.Dr ..., unter Umständen in einem Luxemburger Krankenhaus, empfohlen hatte. Die Beklagte erkannte mit Schreiben vom 28.02.1992 ihre Leistungspflicht an, machte die Klägerin aber auf eine zu erwartende Eigenbeteiligung aufmerksam. Nach dem zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht bestehe ein Anspruch auf die Sachleistungen, sie seien hinsichtlich des Ausmaßes sowie der Art und Weise von dem aushelfenden ausländischen Träger so zu gewähren wie dem eigenen Versicherten. Für eine nach luxemburgischem Recht vorgesehene Eigenbeteiligung komme eine Leistungspflicht der Kasse nicht in Betracht. Im übrigen sei eine ausreichende medizinische Versorgung auch in Erlangen sichergestellt. Mit diesem Schreiben übersandte die Beklagte der Klägerin den Vordruck E 112.

Die Klägerin wurde in der Zeit vom 11.03. bis 26.03.1992 stationär in einem Krankenhaus in Esch/Luxemburg behandelt, wo Prof.Dr ... am 14.03.1992 die Operation durchführte und dafür 3.786,09 DM berechnete. Einen Tag vor diesem Eingriff begab die Klägerin sich zur präoperativen Diagnostik in das Brüderkrankenhaus in Trier.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 20.03.1992 die Übernahme der Kosten der Fahrt von Esch nach Trier und zurück ab. Mit Bescheid vom 08.12.1992 lehnte sie auch die Kostenerstattung für die Untersuchungen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier ab. Die Klägerin legte dagegen Widerspruch ein. Mit dem weiteren Bescheid vom 14.07.1993 verweigerte die Beklagte die Vergütung von Aufwendungen, die nicht durch die luxemburgische Krankenkasse abgedeckt sind; nach Auskunft des aushelfenden luxemburgischen Trägers habe die Klägerin offensichtlich neben der allgemeinen Krankenhausleistung Privatleistungen in Anspruch genommen, für die sich nach dem luxemburgischen Recht keine zusätzliche Vergütung ergebe. Die Klägerin legte auch gegen diesen Bescheid Widerspruch ein und machte geltend, die Wartezeit für eine Behandlung bei Prof.Dr ... in Deutschland betrage ein bis zwei Jahre; sie hätte wegen ihrer Schmerzen nicht länger warten können. Die Beklagte habe mitgeteilt, die Kosten würden über den Vordruck E 112 abgerechnet. Außer den "OP-Privatleistungen von Prof.Dr ..." hätte sie keine weiteren Privatleistungen gewünscht. Die Kosten für das Privatzimmer seien erheblich günstiger als die Pflegesätze in Deutschland gewesen.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 15.04.1993 den ersten Widerspruch mit der Begründung zurück, mit der Sachleistung in Luxemburg seien auch die Kosten für die Behandlung in Trier abgegolten. Aus dem Schreiben der luxemburgischen Krankenkasse vom 19.08.1992 geht hervor, daß der Versicherungsträger alle Behandlungskosten abrechnet bis auf die zusätzlichen Kosten für Inanspruchnahme der ersten Klasse, die Operationskosten von Prof.Dr ..., die Kosten der Voruntersuchung in Trier und des Krankentransports.

Am 11.02.1994 wies die Beklagte den zweiten Widerspruch mit der Begründung zurück, über die im Wege der Leistungsaushilfe übernommenen Beträge könnten keine weiteren Kosten erstattet werden. Maßgebend sei das Recht des aushelfenden Versicherungsträgers. Dieser habe die Kosten der Krankenhausbehandlung übernommen bis auf den Eigenanteil und die Zuschläge für die Privatbehandlung.

Die Klägerin hat hiergegen am 07.05.1993 und 24.02.1994 Klagen beim Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben. Das SG hat ärztliche Unterlagen über die stationäre Behandlung von Dr ..., Prof. Dr ... und dem behandelnden Orthopäden Dr ... beigezogen. Die Klägerin hat unter anderem geltend gemacht, die Beklagte habe sie nicht ordnungsgemäß und umfassend über die zu tragenden Kosten aufgeklärt. Eine Operation im Inland wäre für die Beklagte teurer gewesen als in Luxemburg; sie hätte dringend einer Operation bedurft, und eine Wartezeit von zwei Jahren sei für sie unzumutbar gewesen. Die Beklagte hat eine Stellungnahme der zuständigen Sachbearbeiterin vorgelegt, wonach sie der Klägerin die Übernahme der vollständigen Behandlungskosten und der Kosten des stationären Aufenthalts nicht zugesagt habe; sie habe die Klägerin auf ihre Eigenbeteiligung hingewiesen. Das SG hat mit Urteil vom 29.08.1995 die Klage mit der Begründung abgewiesen, weitergehende Leistungsansprüche habe die Klägerin nicht. Ihre Ansprüche seien begrenzt durch das Recht, das für den aushelfenden Versicherungsträger gelte. Die Beklagte habe auf die Leistungseinschränkungen im Schreiben vom 28.02.1992 ausdrücklich hingewiesen. Die Klägerin sei auch bereit gewesen, die Restkosten selbst zu tragen. Der luxemburgische Versicherungsträger habe Kosten in Höhe von 242.702 lfr mitgeteilt, davon habe die Beklagte 215.899 lfr übernommen. Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 11.10.1995, mit der sie wieder geltend macht, die Beklagte sei verpflichtet, auch die Restkosten des Krankenhausaufenthalts in Luxemburg zu übernehmen. Die Beklagte habe ihr lediglich mitgeteilt, daß sie allenfalls Fahrkosten selbst zu tragen hätte. Ein Hinweis auf die eingeschränkte Leistungspflicht sei nicht erfolgt. Sie habe noch Anspruch auf Kostenerstattung der Arztrechnungen in Höhe von 3.848,43 DM. Kostenerstattung für die ärztliche Behandlung im Brüderkrankenhaus in Trier und Fahrkosten werden nicht mehr beansprucht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 29.08.1995 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 14.07.1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.02.1994 zu verurteilen, die restlichen Kosten des Krankenhausaufenthalts in Luxemburg zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 29.08.1995 zurückzuweisen.

Beigezogen wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten wird im übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) eingelegte und gemäß [§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#) statthafte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Der Senat konnte mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs.2 SGG](#)).

Das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung bzw. Übernahme der restlichen Kosten der stationären Behandlung in Luxemburg in der Zeit vom 11.03. bis 26.03.1992. Grundsätzlich darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs.2 Sozialgesetzbuch V - SGB V -](#)) Kosten nur in den gesetzlich vorgesehenen Fällen erstatten ([§ 13 Abs.1 SGB V](#)). Ausnahmen von diesem Sachleistungsgrundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten die [§§ 13 Abs.3, 18 SGB V](#).

Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) ist nicht begründet. Nach dieser gesetzlichen Bestimmung sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, falls die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind; ferner setzt der Anspruch voraus, daß die Leistung notwendig war.

Auch wenn die Operation des Bandscheibenleidens medizinisch indiziert war, ergibt sich aus der ersten Alternative dieser Vorschrift kein Anspruch für die Klägerin. Denn zu den unaufschiebbaren Leistungen zählen Notfälle im Sinne des SGB V ([§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)), die voraussetzen, daß die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar war und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nicht-Vertragsarztes angewiesen war. Ferner gehören hierzu andere dringliche Bedarfslagen, Systemstörungen oder Versorgungslücken (Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr.8 mit weiteren Nachweisen). Ein Notfall, dringliche Bedarfslage bzw. Systemstörung haben nicht vorgelegen; denn aus dem Gutachten des Medizinischen Dienstes (MDK) vom 19.02.1992 ergibt sich unter anderem, daß die Klägerin sich nach der Empfehlung des operativen Eingriffs von ihrem behandelnden Orthopäden beraten lassen und sich anschließend entscheiden wollte. Die Operation hat fast einen Monat nach der Untersuchung durch den MDK stattgefunden. Damit hat eine akute Behandlungsbedürftigkeit verbunden mit der Notwendigkeit eines sofortigen Eingriffs nicht vorgelegen. Eine Systemstörung oder Versorgungslücke ist zu verneinen, da die Klägerin auf Empfehlung ihres behandelnden Orthopäden von vornherein sich für die Operation durch Prof.Dr ... entschieden hat, der zwar für diesen Eingriff offensichtlich eine besondere Sachkunde besitzt, aber in einem inländischen Krankenhaus einen zeitnahen Termin nicht angeboten hat. Die (angeblich) mangelnde Operationskapazität eines einzelnen inländischen Krankenhauses für eine nicht außergewöhnliche Operation rechtfertigt nicht nach dem im Zeitpunkt des Eingriffs geltenden Recht vom Sachleistungsanspruch abzugehen, zumal die Beklagte die Klägerin im Schreiben vom 28.02.1992 auf eine Behandlungsmöglichkeit in Erlangen hingewiesen hat. Daher und auch aus den folgenden Gründen läßt sich nicht feststellen, daß die Beklagte die von der Klägerin gewünschte Operation zu Unrecht abgelehnt hat.

Die Beklagte war nicht nach [§ 18 SGB V](#) zur streitigen Kostenübernahme der Behandlung in Luxemburg verpflichtet. Nach [§ 18 Abs.1 SGB V](#) kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Diese Voraussetzungen sind nicht gegeben, da Prof.Dr ..., wie seinem Schreiben vom 13.05.1992 zu entnehmen ist, die Operation auch in dem von ihm geleiteten Rehabilitationskrankenhaus Karlsbad-Langensteinbach hätte durchführen können, allerdings mit einer Wartezeit von etwa einem Jahr. [§ 18](#)

[Abs.1 SGB V](#) erfaßt nicht die Fälle, in denen allein eine sofortige Behandlung nur im Ausland möglich ist. Die Bestimmung setzt vielmehr voraus, daß eine dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes möglich ist. Vor Bewilligung einer Auslandsbehandlung sind daher zunächst alle in Betracht kommenden inländischen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Sie kann zwar auch angewendet werden, wenn wegen mangelnder Kapazitäten eine frühzeitigere Auslandsbehandlung unbedingt erforderlich ist (Kasseler Kommentar-Peters, [§ 18 SGB V](#), Rdnr.3). Es ist aber hier nicht erwiesen, daß eine andere als die von der Klägerin genannte inländische Klinik die Klägerin nicht hätte früher behandeln können. Abgesehen davon wäre die Beklagte nicht verpflichtet, die Kosten in voller Höhe zu übernehmen, da die Leistungspflicht in ihrem Ermessen steht. Die Erfüllung des Tatbestandes des [§ 18 Abs.1 SGB V](#) kann aber dahinstehen, da diese Vorschrift durch vorrangiges EG-Recht überlagert wird (Kasseler Kommentar-Peters, [§ 16 SGB V](#), Rdnrn.15, 17, 20; von Maydell in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd.1, Krankenversicherungsrecht, § 64, Rdnr.85).

Von dem Grundsatz der nur ausnahmsweisen Leistungsgewährung bei Auslandsaufenthalt (Kasseler Kommentar-Peters, [§ 18 SGB V](#), Rdnr.2), der auf dem Sachleistungs- und Territorialitätsprinzip beruht, macht das EG-Recht eine Ausnahme. Nach Art.22 Abs.1c, i EWG-Verordnung (VO) 1408/71 hat ein Arbeitnehmer, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung des Art.18, erfüllt und der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedsstaats zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, Anspruch auf Sachleistung für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei diesem versichert wäre. Auch wenn die Beklagte sich mit der Behandlung in Luxemburg einverstanden erklärt hat, sind die übrigen Voraussetzungen der Vorschrift nicht zweifelsfrei erfüllt. Denn als zweite Voraussetzung wird verlangt, daß der Arbeitnehmer die Leistung in seinem Wohnsitzland unter Berücksichtigung seiner Erkrankung nicht in der Zeit erlangen kann, die normalerweise in seinem Wohnland erforderlich ist. Das heißt, wenn es in einem Mitgliedsstaat allgemein und üblicherweise Warteschlangen für wichtige ambulante oder stationäre Leistungen gibt, kann man nicht aus der Schlange ausscheren und sich die Leistung in einem anderen Land besorgen. Der Wortlaut des Art.22 Abs.2 Satz 2 EWG-VO 1408/71 läßt es nicht zu, sich generell über nationale Engpässe hinwegzusetzen, sondern nur dann, wenn die Warteschlangen vorübergehend und ungewöhnlich, also nicht normal, sind (Bieback in Fuchs, Kommentar zum Europäischen Sozialrecht, Art.22 EWG-VO 1408/71, Rdnr.16 f.).

Selbst wenn unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung ein dringender Eilfall unterstellt wird (Bieback, a.a.O.), ergibt sich hieraus für die Klägerin noch kein Anspruch auf Übernahme der Restkosten. Denn der Umfang des Leistungsanspruchs richtet sich nach dem, was der luxemburgische Krankenversicherungsträger für die Behandlung eines Versicherten in Luxemburg zu gewähren hätte. Dies ergibt sich im übrigen auch aus der Formvorschrift des Art.34 EWG-VO 574/72, die das Verwaltungsverfahren vereinfacht. Nach Abs.1 dieser Vorschrift sind die entstandenen Kosten auf Antrag des Arbeitnehmers vom zuständigen Träger (hier: die Beklagte) nach den für den Träger des Aufenthaltsorts (hier: Luxemburg) maßgebenden Sätzen zu erstatten. Damit kann die Klägerin nicht mit Recht mehr beanspruchen, als der luxemburgische Krankenversicherungsträger für die Behandlung eines eigenen Versicherten in Luxemburg hätte aufwenden müssen.

Die vom Europäischen Gerichtshof zu entscheidenden Fälle (... - Rs. [C-120/95](#); ... - Rs. [C-158/96](#)) betreffend die Gestaltung der Freizügigkeit im Gesundheitswesen (vgl. Ersk 1997, 422) gehen von einem anderen Sachverhalt aus, da - anders als im vorliegenden Fall - die Versicherten nicht die Genehmigung zur Behandlung im Ausland eingeholt hatten bzw. die Genehmigung verweigert wurde. Damit bestand für den Senat kein Grund, den Ausgang dieser Verfahren abzuwarten.

Im vorliegenden Fall ist auch ein Herstellungsanspruch nicht begründet. Ein derartiger Anspruch, der zu einer Kostenerstattung führt, setzt voraus, daß 1. der Sozialleistungsträger eine gesetzliche oder eine aus einem bestehenden Sozialrechtsverhältnis resultierende Verpflichtung verletzt hat, die ihm gerade gegenüber dem Anspruchsteller oblag, 2. die Pflichtverletzung muß als nicht hinwegdenkbare Bedingung - zumindestens gleichwertig neben anderen Bedingungen - ursächlich einen Nachteil des Betroffenen bewirkt haben und 3. die verletzte Pflicht muß darauf gerichtet gewesen sein, den Betroffenen gerade vor den eingetretenen Nachteilen zu bewahren. Es muß also ein Schutzzweckzusammenhang zwischen Pflichtverletzung und Nachteil im Sinne eines inneren Zusammenhangs bestehen. Als weitere Einschränkung ist zu beachten, daß der Herstellungsanspruch nur in Fällen zum Tragen kommt, in denen der Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden kann, also die Korrektur mit dem jeweiligen Gesetzeszweck in Einklang steht (BSG vom 30.03.1995 - [7 RA R 22/94](#); BSG vom 25.01.1996 - [7 RA R 60/94](#)). Es fehlt hier schon an der ersten Voraussetzung, nämlich an der Verletzung einer Auskunftspflicht ([§§ 14, 15 Sozialgesetzbuch I - SGB I -](#)). Nach [§ 14 SGB I](#) hat jeder Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch; gemäß [§ 15 SGB I](#) sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskunft zu erteilen. Die Beklagte hat die Klägerin nach einer Untersuchung durch den MDK mit Schreiben vom 28.02.1992 über die Behandlungsmöglichkeiten in Erlangen informiert. Sie hat ferner im Schreiben vom 28.02.1992 die Klägerin "vorsorglich auf eine zu erwartende Eigenbeteiligung aufmerksam" gemacht. Ferner ist dem Schreiben zu entnehmen, daß die Klägerin nicht mit einer vollständigen Übernahme der Behandlungskosten rechnen konnte. Denn die Beklagte hat hier mitgeteilt, daß die Sachleistungen hinsichtlich des Ausmaßes sowie der Art und Weise von dem aushelfenden ausländischen Träger so zu gewähren sind wie den eigenen Versicherten.

Ebensowenig ist die Beklagte aufgrund einer Zusage zu einer weiteren Kostenerstattung verpflichtet, ohne daß es darauf ankommt, was bei der Vorsprache des Ehemanns der Klägerin mit der zuständigen Sachbearbeiterin der Beklagten besprochen worden ist. Denn eine Zusicherung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Form, die hier fehlt ([§ 34 Abs.1 Sozialgesetzbuch X](#)).

Der Anspruch der Klägerin läßt sich auch nicht darauf stützen, daß die stationäre Behandlung in Luxemburg billiger als im Inland gewesen ist und die Beklagte somit angeblich Kosten erspart hat. Denn es gibt in der gesetzlichen Krankenversicherung keinen allgemeinen Vermögensausgleich. Ein allgemeiner Ausgleich von Lasten und Vermögen zwischen Versicherten und Krankenkassen ist dem SGB V fremd (Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 27 SGB V](#), Rdnr.60).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nr.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login
FSB
Saved
2004-03-15