

L 4 KR 177/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 3 KR 12/92
Datum
10.09.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 177/01
Datum
19.05.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 10. September 2001 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Behandlungen in der Schweiz.

Der 1954 geborene und bei der Beklagten pflichtversicherte Kläger leidet an einer Papillitis und Papillenatrophie beidseits (hier Sehnervenentzündung). Er wurde deswegen vom 23.05. bis 20.06.1980 und 19.09. bis 22.12.1980 in der Universitätsaugenklinik W. - nach seinen Angaben erfolglos - behandelt.

Der Kläger reiste in den folgenden Jahren mehrmals zur ambulanten und stationären augenärztlichen Behandlung in die Schweiz. Die dort erbrachten Leistungen bestanden in Injektionen hinter beide Augen, Sehschulung und Ozontherapie. Die Beklagte erstattete dem Kläger aufgrund der vorgelegten Rechnungen die geltend gemachten Kosten jeweils unter Anwendung der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) und lehnte eine Erstattung der Ozontherapie ab. Im einzelnen ging es um folgende Behandlungen: Am 12.09. 1981 ambulante Behandlung durch Prof.Dr.B. in St. G. (Rechnung 160,00 SFr., Kostenerstattung 77,75 DM), stationäre Behandlung vom 08.10. bis 23.10.1981 durch Prof.Dr.B. und OPOS (Rechnung 1.800,00 SFr. und 1.938,00 SFr., Kostenerstattung 3.600,00 DM), stationäre Behandlung vom 16.01. bis 03.02.1982 durch Prof.Dr.B. und OPOS (Rechnung 2.146,00 SFr., 1.800,00 SFr. und 1.502,00 SFr., Kostenerstattung 4.050,00 DM), ambulante Behandlung durch Prof.Dr.B. und Behandlung in der Klinik am R. , H. (Rechnung 1.332,40 SFr. und 800,00 SFr., Kostenerstattung 1.016,38 DM), ambulante Behandlung vom 26.07.1982 bis 06.08.1982 durch Prof. Dr.B. und die Klinik am R. , H. (Rechnung 1.600,00 SFr. und 430,00 SFr., Kostenerstattung 344,00 DM und 91,65 DM), ambulante Behandlung vom 07.03.1983 bis 19.03.1983 durch Dr.T. und die Klinik am R. , H. (Rechnung 2.139,50 SFr. und 1.580,00 SFr., Kostenerstattung 290,75 DM und 677,12 DM).

Auf Anfrage der Beklagten teilte Prof. Dr.D. (Universitätsklinik und Poliklinik für Augenranke, W.) am 26.01.1982 mit, bei der während eines stationären Aufenthalts in der Schweiz vorgenommenen Amnionimplantation handle es sich um eine wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methode, die an der Universitätsaugenklinik in W. nicht durchgeführt werde. Die übrigen Untersuchungen (Visusprüfung, Refraktion, Applanation, Dreispiegelkontaktglasuntersuchung und Untersuchung an der Spaltlampe) würden auch in der Klinik in W. routinemäßig erbracht.

Die Beklagte lehnte mit den ohne Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Bescheiden vom 13.08.1982, 11.10.1982, 07.06.1983 und 23.07.1984 eine weitergehende Kostenerstattung mit der Begründung ab, laut Auskunft der Universitätsaugenklinik W. könne die Pleoptik- und Orthoptik in dieser Klinik durchgeführt werden. Der Kläger legte hiergegen jeweils am 05.10.1982, 04.05.1983 und 16.06.1983 Widerspruch ein.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 24.08.1983 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 07.06.1983 zurück. Nach ihren Versicherungsbedingungen habe sie bei der Auslandsbehandlung Leistungen in der Höhe zu gewähren, wie sie die Kasse bei einer Erkrankung innerhalb des Geschäftsgebietes am ständigen Aufenthaltsort des Mitglieds zu zahlen hätte. Hierbei dürften die Leistungen der Krankenpflege das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Kasse habe sich an den Kosten der verschiedenen Behandlungen in den Jahren 1982 und 1983 in der Schweiz mit einem Betrag beteiligt, der den Kosten entspreche, die ihr im Falle eines Sachleistungsanspruchs entstanden wären. Demgemäß habe der Kläger die Leistung erhalten, die die Kasse jedem Mitglied in einem vergleichbaren Falle gewährt

hätte; die Entscheidung sei daher ermessensfehlerfrei. Nach dem Sachleistungsprinzip habe derjenige, der einem Arzt oder Krankenhaus einen privaten Behandlungsauftrag erteile, grundsätzlich auch die aufgrund dieses Auftrages entstandenen Behandlungskosten zu tragen. Die Entfernung des Versicherten aus dem Geltungsbereich der Vorschriften habe nicht die Durchbrechung, sondern das Ende der Leistungspflicht zur Folge, soweit eine Durchbrechung nicht durch zwischen- oder überstaatliche Regelung vom Gesetzgeber gewollt sei. Somit sei ein Krankenversicherungsträger grundsätzlich nicht zur Krankenpflege und Krankenhauspflege im Ausland verpflichtet.

Der Kläger hat hiergegen am 31.08.1983 Klage beim Sozialgericht Würzburg (SG) erhoben (S 6 KR 68/83) und Kostenerstattung in voller Höhe geltend gemacht; die Leistungen der Augenklinik in W. seien unzureichend gewesen, vielmehr hätten die Behandlungen in der Schweiz mittels der Ozontherapie Erfolg gebracht. Die Streitsache hat mit Einverständnis der Beteiligten seit 02.12.1983 geruht.

Der Kläger wurde in der Zeit vom 13.08.1985 bis 26.08.1985 ein weiteres Mal in der Schweiz durch Prof.Dr.B. behandelt (Rechnung 1.200,00 SFr. und 2.304,35 SFr., Kostenerstattung 1.015,99 DM und 279,55 DM). Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 10.12.1986 eine weitergehende Kostenerstattung ab und wies den Widerspruch des Klägers vom 29.12.1986 mit Widerspruchsbescheid vom 19.03.1987 mit der gleichen Begründung wie zuvor zurück.

Dagegen hat der Kläger am 21.04.1987 gleichfalls Klage beim SG erhoben (S 3 KR 25/87). In dieser Streitsache hat das SG ein Sachverständigengutachten der Medizinaloberrätin Dr. K. zur Höhe der anfallenden Kosten nach der E-GO im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung und der Erstattungsfähigkeit der erbrachten Leistungen eingeholt. Im Gutachten vom 30.09.1991 hat die Sachverständige Zweifel geäußert, ob die Behandlung mit ozoniertem Blut und die Oxycarbon-Inhalation, die der Sauerstofftherapie zuzurechnen sind und der besseren Durchblutung des Gewebes dienen sollen, von der Schulmedizin allgemein anerkannt seien; es handle sich hierbei um Außenseitermethoden. Im Erörterungstermin vom 13.02.1992 haben die Beteiligten sich auf eine teilweise Kostenerstattung geeinigt und den Rechtsstreit für erledigt erklärt.

Am 21.02.1992 hat der Klägerbevollmächtigte das zuerst anhängig gemachte Verfahren wieder aufgenommen und geltend gemacht, die Ozontherapie sei wissenschaftlich anerkannt, sie sei damals nur durch Prof.Dr.B. erbracht worden. Das SG hat mit Urteil vom 10.09.2001 ohne mündliche Verhandlung die Klage abgewiesen.

Hiergegen hat am 11.10.2001 der Klägerbevollmächtigte Berufung eingelegt ([L 4 Kr 177/01](#)) und am 19.10.2001 der frühere Prozessbevollmächtigte des Klägers (L 4 KR 175/01); der Kläger hat am 05.12.2001 die zuletzt eingelegte Berufung zurückgenommen. Er macht geltend, die Behandlungen in der Schweiz seien ausreichend und zweckmäßig sowie erfolgreich gewesen. Ohne sie wäre er erblindet.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 10.09.2001 aufzuheben und die Bescheide der Beklagten von 11.10.1982 und 07.06.1983 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.08.1983 abzuändern und dem Kläger die durch die Behandlungen in der Schweiz in der Zeit zwischen 12.09.1981 und 19.03.1983 angefallenen Kosten in vollem Umfang zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 1.000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#) a.F.).

Die Berufung ist unbegründet.

Ein Anspruch auf (weitergehende) Kostenerstattung ergibt sich nicht aus dem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsrecht. Für die hier streitigen Behandlungen ist insbesondere das Deutsch-Schweizerische Abkommen über soziale Sicherheiten vom 25.02. 1964 einschlägig (BGBl. II Nr.37 S.1293). Nach dessen Art.10b Nr.1 hat eine Person, die sich vorübergehend im Gebiet der anderen Vertragspartei aufhält, Anspruch auf Leistungen nur, wenn sie wegen ihres Zustandes sofort Leistungen benötigt. Diese Vorschrift regelt daher eine Notfallbehandlung, die hier nicht vorliegt, da der Kläger zur Behandlung von L. (Deutschland) in die Schweiz eingereist ist und zum Teil vorher einen Kostenvoranschlag eingeholt hat. Art.10b Abs.1 Nr.3 des Abkommens sieht vor, dass eine Person, die den gewöhnlichen Aufenthalt in das Gebiet der anderen Vertragspartei verlegt, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, oder bei der absehbar ist, dass Leistungen benötigt werden, nur dann Anspruch auf Leistungen hat, wenn der zuständige Träger der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts vorher zugestimmt hat. Diese Bestimmung ist nicht erfüllt, da der Kläger seinen gewöhnlichen Aufenthalt nicht in die Schweiz verlegt hat.

Als Anspruchsgrundlage kommt hier § 22 Abs.4 der Versicherungsbedingungen der Beklagten vom 01.01.1971 in der Fassung des 38. Nachtrages in Frage. Danach konnte die Kasse den Mitgliedern, die auf anderen als den in Abs.3 angegebenen Gründen (d.h. vorübergehender Auslandsaufhalt wegen einer beruflichen notwendigen Tätigkeit) vorübergehend das Geschäftsgebiet verlassen, bei einer Erkrankung Leistungen nach den Versicherungsbedingungen in der Höhe gewähren, wie sie die Kasse bei einer Erkrankung innerhalb des Geschäftsgebietes am ständigen Aufenthaltsort des Mitglieds zu zahlen hätte. Es handelt sich hierbei um eine Ermessensleistung im Sinne des [§ 39](#) Sozialgesetzbuch I (SGB I). Danach hat die Kasse das Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten.

Eine rechtliche Überprüfung der Bescheide, insbesondere ihrer Begründung, ergibt, dass die Beklagte ihr Ermessen pflichtgemäß ausgeübt hat ([§ 54 Abs.2 Satz 2 SGG](#)). Es ist hier durch das Gericht nur zu überprüfen, ob die Beklagte die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Die Beklagte hat in den Bescheiden ausgeführt, dass sie den Kläger gegenüber den anderen Versicherten, auf die § 23 Abs.4 der Versicherungsbedingungen anzuwenden ist, gleich behandelt und sie ferner entsprechend dieser Vorschrift der Versicherungsbedingungen

die geltend gemachte Kostenerstattung in der Höhe vergütet, als ob der Kläger im Inland durch zugelassene Leistungserbringer behandelt worden wäre. Das heißt, sie hat die ambulanten Leistungen nach der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO) und die stationären Leistungen nach dem Pflegesatz der nächstgelegenen Universitätsklinik in W. vergütet. Hierbei ist es für den Kläger ohne Bedeutung, dass die geltend gemachte Leistung Amnionimplantation nach den Angaben der Universitätsklinik und Poliklinik für Augenkrankheiten in W. dort nicht erbracht wird, denn es handelt sich hierbei um eine stationäre Leistung, die von der Beklagten mit dem Pflegesatz vergütet wird. Gemäß § 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29.06.1972 ([BGBl. I S.1009](#)) in der bis 31.12.1985 geltenden Fassung sind die Pflegesätze für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhauses decken. § 3 Abs.1 Bundespflegesatzverordnung vom 25.04.1973 ([BGBl. I S.333](#)) regelt hierzu, dass für jedes im Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgeführte Krankenhaus sowie für jedes sonstige Krankenhaus ein allgemeiner Pflegesatz festzusetzen ist, durch den alle unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen (allgemeine Krankenhausleistung) abgegolten werden. Damit ist es unerheblich, dass die streitige Leistung in der Augenklinik in W. nicht erbracht worden wäre; gegebenenfalls hätte sich für den Kläger eine höhere Erstattung nicht ergeben.

Soweit die Beklagte die ambulanten Leistungen in der Schweiz nach der E-GO vergütet hat, ist dies gleichfalls nicht zu beanstanden. Denn gemäß § 525c Abs.2 Reichsversicherungsordnung (RVO) galten für die Verträge der Ersatzkassen über die vertragsärztliche Versorgung § 368f Abs.1 bis 3, 5 und 6 sowie § 368g RVO sinngemäß. In § 368g Abs.4 RVO war vorgesehen, dass als Bestandteil der Bundesmantelverträge die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vereinbarten und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Diese Bewertungsmaßstäbe bestimmten den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Auf der Grundlage des § 368g Abs.1 RVO wurde mit Wirkung vom 01.10.1963 der Arzt/Ersatzkassenvertrag (EKV) in Kraft gesetzt und auf der Grundlage dieses Vertrages mit Wirkung zum 01.07.1978 durch den Bewertungsausschuss für den Bereich der Ersatzkassen die E-GO festgelegt, die bei der Berechnung und Verteilung der Gesamtvergütung für die Vertragsärzte heranzuziehen ist (Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, S.463g, 464g, i, m.w.N.). Es ist nicht ersichtlich und vom Kläger auch nicht geltend gemacht worden, dass die Beklagte die einzelnen Bestimmungen der E-GO fehlerhaft angewendet hätte. Ebenso wenig sieht der Senat einen Grund, an der Überweisung der Kostenerstattung auf das Konto des Klägers zu zweifeln.

Soweit der Kläger sich in diesem Zusammenhang darauf beruft, die Beklagte hätte auch Leistungen der Ozontherapie vergüten müssen, ist die Berufung gleichfalls unbegründet. Denn zum einen ist diese Leistung in der E-GO nicht vorgesehen und eine entsprechende Anwendung anderer Abrechnungsbestimmungen scheidet aus. Der Bewertungsmaßstab enthält insoweit eine abschließende Regelung mit dem Inhalt, dass nur Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Bewertungsmaßstab aufgeführt sind; die analoge Anwendung anderer Bewertungsmaßstäbe oder Gebührenordnungen ist unzulässig (Brackmann a.a.O., S.465). Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Ozontherapie nach der Rechtsprechung der Landessozialgerichte eine Außenseitermethode ist, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind. Denn die Vergütung wäre nicht mit dem damals in § 368e RVO geregelten Wirtschaftlichkeitsgebot (nunmehr [§ 12 Abs.1 Sozialgesetzbuch V](#)) zu vereinbaren. Danach hat der Versicherte Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs.2 RVO). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht erbringen oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen. Es handelt sich bei der Ozon- bzw. Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie um eine unwirtschaftliche Außenseitermethode (z.B. Landessozialgericht für das Saarland Urteil vom 07.12.1994 L 3/2 KR 10/91, Bayer. Landessozialgericht Beschluss vom 17.10.1990 [NJW 1991, 1566](#), Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht Urteil vom 12.01.1993 E-LSG KR-023). In der letztgenannten Entscheidung hat das Gericht unter Bezugnahme auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ausgeführt, dass die Wirksamkeit dieser Therapiemaßnahmen auf der Basis kontrollierter Studien nicht nachgewiesen ist. Dies wurde auch von anderen Gutachtern und insbesondere dem gerichtlichen Sachverständigen bestätigt. Die Hypothese einer durch die Ozontherapie herbeigeführten Stärkung der immunologischen Funktion konnte nicht aufrecht erhalten werden.

Es ist nicht von Bedeutung, dass der Kläger, abgesehen von der stationären Behandlung im Oktober 1981, die Beklagte nicht über die geplante Auslandsbehandlung in der Schweiz informiert und deren Entscheidung abgewartet hat. Denn die hier anzuwendende Bestimmung des § 23 Abs.4 der Versicherungsbedingungen war eine reine Kostenerstattungsregelung. Es bedurfte daher nicht einer vorherigen Entscheidung der Kasse über die Kostenübernahme einer Auslandsbehandlung, wie dies nunmehr durch [§§ 18, 275 Abs.2 Nr.3 SGB V](#) vorgesehen ist (BSG vom 03.09.2003 [B 1 KR 34/01 R](#)). Auch die Entscheidung des BSG vom 10.02.1993 ([SozR 3-2200 § 182 Nr.15](#)), die zum damals geltenden Recht der RVO ergangen ist, führt nicht zu einer anderen Beurteilung, da das BSG sich in diesem Fall mit einer privatärztlichen ambulanten Behandlung im Inland befasst und seine Ansicht auf das Sachleistungsprinzip gestützt hat. Im vorliegenden Fall jedoch gilt das Sachleistungsprinzip in der Schweiz nicht.

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

2004-09-20