

L 4 KR 405/19

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 736/18
Datum
05.06.2019
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 405/19
Datum
27.05.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V ist nur auf Sach- und Dienstleistungen bezogen, nicht jedoch auf Geldleistungen wie hier den reinen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#).
 2. Bei einer Pauschalreise mit einem Gesamtpauschalpreis für eine Kur fehlt es vor allem an der Möglichkeit einer notwendigen Abgrenzbarkeit der Kosten für die medizinischen Leistungen von den sonstigen Kosten.
 3. Eine (nachträgliche) Abgrenzbarkeit in dem Umfang, wie sie nach der Kur von einem Kurarzt bescheinigt wird, lässt Raum für Manipulationen bzw. zum Hinrechnen der Behandlungen im Rahmen des Gesamtpreises. Vor allem aber steht dem entgegen, dass der Gesamtpreis vertraglich bereits vor Kurantritt feststeht.
 4. Der Ausschluss von Pauschalkuren von der Kostenerstattung verstößt auch nicht gegen europäisches Recht.
 5. Der durch richterliche Rechtsfortbildung geschaffene Anspruch aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs wird durch den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) verdrängt.
- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 5. Juni 2019 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger und Berufungskläger, der von seiner Betreuerin A. vertreten wird (Betreuerausweis, ausgestellt vom Amtsgericht A-Stadt am 22.07.2015), begehrt die Erstattung seiner Kosten in Höhe von 797,33 EUR für eine ambulante Vorsorgeleistung im EU-Ausland (M.-Stadt, Tschechien) zzgl. eines Zuschusses zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe in Höhe von 100.- EUR im Rahmen einer sog. Pauschalkur.

Der Kläger beantragte am 21.01.2018 bei der Beklagten und Berufungsbeklagten für Mai 2018 die Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung in M.-Stadt/Tschechien. Der Allgemeinarzt V. unterzeichnete am 02.02.2018 eine entsprechende Anregung wegen erhöhtem Blutdruck, Bewegungsmangel, Stress bei aktuell bestehenden Gelenk- und Muskelschmerzen sowie Schwindel.

Der Sozialmedizinische Dienst bewertete in einer Stellungnahme vom 16.02.2018 die Vorsorgeleistung als medizinische Vorsorgemaßnahme mit primärpräventiver Zielsetzung für erforderlich. Die Beklagte erteilte daraufhin mit Bescheid vom 20.02.2018 die Zustimmung für eine ambulante Vorsorgeleistung; der Kläger solle nach seiner Rückkehr die kurärztliche Verordnung und die quitierten Rechnungsbelege einreichen. Die Kostenzusage sei auf einen Zeitraum von längstens drei Wochen begrenzt. Zugesichert wurde die Erstattung der Kosten hierfür in Höhe der im Inland gültigen Vertragsätze, eventuell begrenzt auf die tatsächlichen Kosten. Der Erstattungsbetrag für die medizinischen Leistungen vermindere sich um den gesetzlich vorgeschriebenen Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Verwaltungskosten in Höhe von 10 Prozent, mindestens 3,00 EUR, höchstens 50,00 EUR. Die übrigen Kosten der ambulanten Vorsorgeleistung wie Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrtkosten könnten gemäß dem Bescheid bei einer Maßnahmedauer von mindestens 14 Kalendertagen mit einem Pauschbetrag von 100,00 EUR bezuschusst werden. Der Bescheid enthielt ferner als "Wichtiger Hinweis:", dass die Kostenzusage nicht gelte, sofern es sich bei der geplanten Maßnahme um eine Pauschalkur handle. Es handle sich um eine Pauschalkur, wenn im Reisepreis sowohl Unterkunft und Verpflegung als auch ärztliche Behandlungen und medizinisch therapeutische Anwendungen enthalten seien.

Der Kläger buchte über ein Reisebüro einen Transfer für zwei Personen von Zuhause ins Sanatorium im Kurhaus P. in M.-Stadt, Tschechien, und zurück (258,00 EUR). Reiseveranstalter war hierfür die Z. Der Aufenthalt selbst wurde über das Reisebüro S. in B.-Stadt gebucht (Rechnung vom 26.02.2018). Als Leistungen sind enthalten für zwei Personen Doppelzimmer, Vollpension und Kur im Kurhaus P. mit drei Anwendungen pro Person/Tag zum Einzelpreis von 1.371.- EUR abzüglich Stammkundenrabat in Höhe von 30.- EUR. Der Gesamtpreis für zwei Personen betrug 2.712.- EUR. Reiseveranstalter war die tschechische Fa. T ... Die fälligen Beträge wurden am 03.04.2018 und 02.05.2018 überwiesen.

Der Kläger beantragte am 24.05.2018 die Erstattung der Kosten für die gebuchte ambulante Vorsorgeleistung im Kurort M.-Stadt vom 03.06. bis 23.06.2018 in Höhe von 1.485.- EUR (1.356.- EUR zzgl. 129.- EUR Transfer). In einem Formblatt der Beklagten sind unter dem (soweit lesbar) 20.06.2018 die Kosten handschriftlich aufgeschlüsselt in 795.- EUR Prozeduren, 561.- EUR Unterkunft, 129.- EUR Transfer. Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 19.07.2018 ab. Sie wies hierbei auf den Bescheid vom 20.02.2018 hin. Dort sei bereits mitgeteilt worden, dass Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Pauschalkur nicht erstattungsfähig seien. Vorliegend sei eine Pauschalreise gebucht und durchgeführt worden, da sowohl Unterkunft und Verpflegung als auch die ärztliche Behandlung und die medizinisch therapeutischen Anwendungen im Reisepreis enthalten seien.

Im Widerspruchsverfahren reichte der Kläger weitere Unterlagen und Rechnungen ein. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 30.10.2018 zurück. Nach [§ 23 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) in Verbindung mit der Satzung der Beklagten würden nach der bis 31.12.2014 geltenden Rechtslage bei ambulanten Vorsorgeleistungen als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe kalendertäglich 13 Euro gewährt. Bei einer Pauschalkur seien die wesentlichen Kriterien des Kurarztvertrages (insbesondere nach § 3 Abs. 3 des Kurarztvertrages) nicht erfüllt. Die auf ein pauschales Angebot ausgerichteten Maßnahmen würden nicht die Gewähr dafür bieten, dass die Elemente einer kurärztlichen Behandlung auch nur ansatzweise erfüllt sind. Bei einem Kurarztvertrag sei erforderlich, dass ein individueller schriftlicher Vorsorgeplan mit den anzuwendenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Anamnese und Befunden aufgestellt und dass das Vorsorgeziel festgelegt werden. Es sei eine kontinuierliche Überwachung und ggf. eine Korrektur des Vorsorgeplans sowie eine regelmäßige Kontrolluntersuchung erforderlich. Die Beklagte verwies ferner auf ein Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 17.10.2018 (L 5 KR 4229/17).

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat für diesen Klage beim Sozialgericht Augsburg erhoben. Er hat die Erstattung der Aufwendungen für die ambulante Vorsorgeleistung in Höhe von 797,33 EUR zzgl. eines Zuschusses zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe in Höhe von 100.- EUR begehrt. Die Ehefrau des Klägers hat mit gesonderten Schriftsatz ebenfalls Klage erhoben (S 10 KR 735/18, z.Z. im Berufungsverfahren [L 5 KR 56/20](#)). Die Betreuerin des Klägers habe ihre Tochter, Frau K. , beauftragt, bei der Beklagten anzurufen, um zu klären, wie die Vorsorgeleistung anzutreten sei, damit später eine Kostenerstattung möglich sei. Diese hätte telefonisch von der Beklagten die Auskunft erhalten, dass man einfach eine Reise im Reisebüro buchen sollte. Der Kläger habe dann im Reisebüro beim Reiseveranstalter T. eine Reise für den 03.06. bis 23.06.2018 für 1.371 EUR pro Person für sich und seine Ehefrau gebucht. Für den Transfer von zuhause zum Sanatorium und umgekehrt sei ein Betrag von 129.- EUR pro Person hinzugekommen. Der Preis sei vor der Reise vollständig gezahlt worden. Am 24.05.2018 hätte der Kläger dann die Kostenerstattung bei der Beklagten geltend gemacht. Der Klägerbevollmächtigte hat ferner geltend gemacht, dass die Genehmigungsfiktion bezüglich der Kosten eingetreten sei, da über den Antrag vom 24.05.2018 nicht innerhalb von drei Wochen entschieden worden sei, sondern erst durch den Bescheid vom 19.07.2018. Außerdem wurde geltend gemacht, dass spezialisierte und quittierte Rechnungsbelege nicht fehlen würden, es liege eine Kurkarte vor, die den ärztlichen Maßnahmeplan belege, auch von einer Anamneseerhebung sei demnach auszugehen. Schließlich werde ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch geltend gemacht, denn wenn seitens der Beklagten telefonisch der Rat erteilt werde, das Reisebüro aufzusuchen und einfach zu buchen, dann habe diese ihre Beratungspflicht nicht erfüllt. Wäre telefonisch der Hinweis erfolgt, dass keine Behandlungsmaßnahmen im Pauschalpreis inbegriffen sein dürfen, dann wäre die Reise so nicht gebucht worden. Es handle sich um eine telefonische Falschberatung, die kausal für die konkreten Buchungen gewesen sei. Gegebenenfalls würden auch Amtshaftungsansprüche vor dem Zivilgericht geltend gemacht werden.

Nach Ansicht der Beklagten ist eine Genehmigungsfiktion nicht eingetreten, da die Regelung des [§ 13 Abs. 3 a SGB V](#) auf Erstattungsanträge keine Anwendung finde. Bezüglich der Pauschalreise sei im Bescheid vom 20.02.2018 der maßgebliche Hinweis enthalten gewesen. Die Beklagte sei damit ihrer Beratungspflicht nachgekommen. Es sei dort ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass es sich um eine Pauschalreise handle, wenn im Reisepreis sowohl die ärztliche Behandlung als auch die therapeutisch medizinischen Anwendungen enthalten seien. Ein Telefongespräch zwischen dem 20.02.2018 und dem Antritt der Maßnahme sei nicht dokumentiert.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 05.06.2019 abgewiesen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung aufgrund des Eintritts einer Genehmigungsfiktion bestehe nicht. Der Kläger könne sich daher nicht mit Erfolg darauf berufen, dass sein Antrag vom 20.05.2018 bzw. 24.05.2018 erst mit dem Bescheid vom 19.07.2018 entschieden worden sei und deswegen die Fiktion eingetreten sei. Insoweit sei zu berücksichtigen, dass die Regelung des [§ 13 Abs. 3 a SGB V](#) nur auf Sach- und Dienstleistungen, nicht jedoch auf Geldleistungen anwendbar sei. Es sei maßgeblich, dass der Antrag des Klägers auf eine Geldleistung bezogen und zum Zeitpunkt dieses Antrags die Reise schon verbindlich gebucht und bezahlt gewesen sei.

Der Kläger könne seinen Kostenerstattungsanspruch auch nicht auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) stützen. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sei nur auf Inlandssachverhalte anwendbar und neben den europarechtskonform auszulegenden Regelungen des deutschen Kostenerstattungsrechts in [§ 13 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V](#) nicht anwendbar. Vorliegend gehe es aber um eine Kostenerstattung für eine Kur in Tschechien.

Auch aus [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ergebe sich kein Erstattungsanspruch des Klägers, da für die Reise nur ein Pauschalpreis vereinbart worden sei. Dies ergebe sich aus [§ 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#). Insoweit sei ersichtlich, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung bestehe, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Wären für den Kläger ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort im Inland erbracht worden, hätte die Krankenkasse nach dem Sachleistungsprinzip die Kosten für eine entsprechende ambulante ärztliche Behandlung sowie Heilmittel durch medizinisches Fachpersonal im Wege einer direkten Kostenerstattung an die einzelnen Leistungserbringer übernommen sowie direkt an den Kläger einen Zuschuss zu den sonstigen Kosten, d.h. insbesondere für Unterkunft und Verpflegung, gezahlt ([§ 23 Abs. 3 SGB V](#)). Aus dieser Regelung werde deutlich, dass die einzelnen Kostenarten, d.h. die medizinischen und sonstigen Leistungen getrennt betrachtet und erstattet werden müssten. Dies bedeute gleichzeitig, dass die einzelnen Kostenarten voneinander abgrenzbar sein müssten, um [§ 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) umsetzen zu können. Seien daher die

Kosten für die medizinischen Leistungen der Höhe nach gerade nicht von den sonstigen Kosten abgrenzbar und umgekehrt, könne seitens der Krankenkasse weder geprüft werden, ob überhaupt und in welcher Höhe sonstige Kosten angefallen sind, noch könne sie die Erstattung auf die medizinischen Kosten begrenzen, die sie bei Umsetzung des Sachleistungsanspruchs im Inland zu tragen gehabt hätte. Im Folgenden hat das Sozialgericht ausgeführt, dass diese Abgrenzbarkeit bei einer Pauschalkur, bei der ein Gesamtpaket bestehend aus Unterkunft, Verpflegung, ärztlichen Behandlungen und Heilbehandlungen pauschal gebucht und über einen Pauschalpreis bezahlt werde, nicht gegeben seien. Eine andere Beurteilung ergebe sich auch nicht aus der vorgelegten Kurkarte bzw. der Rechnung/Bestätigung des Arztes X. vom 20.06.2018 mit den dort genannten Einzelpreisen. Die bereits vorher gebuchte Reise (siehe Rechnungen des Reisebüros vom 26.02.2018 und 08.05.2018) unter Vereinbarung eines Gesamtpauschalpreises werde dadurch nicht abgeändert.

Schließlich bestehe auch kein Anspruch des Klägers aufgrund eines sog. sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs bei Falschberatung. Der Kläger hätte bereits aufgrund des Hinweises in dem Bescheid vom 20.02.2018 erkennen können, dass es sich bei der von ihm im Anschluss gebuchten Reise um eine Pauschalkur handele, für die eine Erstattung ausscheide. Insoweit sei es bereits nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen eine telefonische Nachfrage erfolgt sein sollte. Selbst wenn eine Falschberatung vorgelegen hätte, würde sich vorliegend kein Kostenerstattungsanspruch aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ergeben. Insoweit habe das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 02.11.2007 ([B 1 KR 14/07 R](#)) ausgeführt, dass der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht dadurch unterlaufen werden dürfe, dass weitergehende Rechte aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abgeleitet würden. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch fände als Anspruchsgrundlage neben dem Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) keine Anwendung. Nach Auffassung des Gerichts könne der sozialrechtliche Herstellungsanspruch daher auch neben der hier einschlägigen Regelung des [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) keine Anwendung finden.

Der Kläger hat gegen das am 13.06.2019 zugewandene Urteil am 15.07.2019 (Montag) Berufung zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt. Er hat im Wesentlichen sein erstinstanzliches Vorbringen wiederholt. Ein Anspruch aus [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) sei gegeben. Anhand der vorgelegten Kurkarte mit Rechnung könne eine eindeutige Abgrenzung der Behandlungskosten erfolgen. Dass ein Gesamtpreis bezahlt worden sei, könne dem nicht entgegenstehen, denn zumindest die Behandlungsleistungen seien zu den in der Rechnung genannten Preisen erbracht und von dem Gesamtpreis bezahlt worden, so dass eine Erstattung hierfür jedenfalls erfolgen könne.

Nach Ansicht des Klägers sei auch ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch neben [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) anwendbar. Die vom Sozialgericht zitierte BSG-Entscheidung betreffe lediglich Absatz 3. Dementsprechend hätte das Sozialgericht die Zeugin K. vernehmen müssen. Der Umstand, dass eine telefonische Nachfrage erfolgt sei, zeige, dass die Aufklärung im Bescheid nicht verstanden worden sei und es jedenfalls Nachfragebedarf gegeben habe. Wenn dann eine unzutreffende Information im Telefonat erfolgt sei, könne sich der Kläger sehr wohl auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch berufen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten. Sie hat nochmals auf das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 17.10.2018 (a.a.O.) verwiesen. Es liege kein Fall eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs vor. Die Voraussetzungen zu [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) seien bereits im Grunde nicht erfüllt.

Der Senat hat mit Beschluss vom 08.10.2019 dem Kläger Prozesskostenhilfe bewilligt und den Prozessbevollmächtigten beigeordnet.

Der Kläger beantragte gemäß Schriftsatz vom 15.07.2019,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 05.06.2019 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 19.07.2018 in Form des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Aufwendungen der in M.-Stadt im Zeitraum 03.06.2018 bis 23.06.2018 erbrachten ambulanten Vorsorgeleistungen in Höhe von 797,33 EUR zuzüglich eines Zuschusses zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe in Höhe von 100 EUR zu erstatten.

Hilfsweise beantragt er für den Fall, dass das Gericht einen Anspruch gemäß [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V nicht bejaht oder hierfür die echte Leistungsklage zuzüglich Anfechtungsantrag nicht für zulässig erachtet, die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheides vom 19.07.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2018 ihm die Aufwendungen der in M.-Stadt im Zeitraum 03.06.2018 bis 23.06.18 erbrachten ambulanten Vorsorgeleistungen in Höhe von 797,33 EUR zuzüglich eines Zuschusses zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe in Höhe von 100 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie die Klage- und Berufungsakte hingewiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht ([§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch unbegründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zutreffend hat das Sozialgericht zunächst eine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch verneint und damit im Weiteren auf den gestellten Hilfsantrag abgestellt.

Den Antrag auf Naturalleistung in Form der Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung hat die Beklagte mit bestandskräftigem Bescheid vom 20.02.2018 für den Kläger positiv verbeschieden. Der Kläger bezieht die Annahme, es sei die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V eingetreten, auf den weiteren Antrag vom 24.05.2018. Dieser ist auf Erstattung der für die ambulante Vorsorgeleistung bereits getätigten Kosten gerichtet. Die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V ist nur auf Sach- und Dienstleistungen bezogen, nicht jedoch auf Geldleistungen wie hier den reinen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#). Diese Rechtsprechung des Senats (Bayer. Landessozialgericht, Urt. v. 14.03.2019, [L 4 KR 558/17](#)) hat das BSG mit Urteil vom 26.05.2020 ([B 1 KR 21/19 R](#)) bestätigt und ausgeführt, dass [§ 13 Abs. 3](#) a SGB V auf Ansprüche nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) sachlich nicht anwendbar ist. Dies gilt auch vorliegend, da der

Antrag vom 24.05.2018 unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet war; zum Zeitpunkt des Antrags war die Reise schon verbindlich gebucht und bezahlt gewesen.

Auch der für diesen Fall formulierte "Hilfsantrag" des Klägers ist unbegründet.

Ebenfalls zutreffend hat das Sozialgericht einen Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) abgelehnt, da diese allein für Inlandssachverhalte konzipierte Norm neben den europarechtskonform auszulegenden Regelungen des deutschen Kostenerstattungsrechts in [§ 13 Abs. 4](#) und 5 SGB V nicht anwendbar ist. Für den Kuraufenthalt in der Tschechischen Republik kann die Sperre des [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), der ein Ruhen der Ansprüche nach dem SGB V während eines Auslandsaufenthalts anordnet, durch die Regelungen des koordinierenden Europarechts nach VO (EG) Nr. 883/2004 und VO (EG) Nr. 987/2009 nicht überwunden werden (BSG, Urt. v. 30.06.2009, [B 1 KR 22/08 R](#) - juris; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urt. v. 17.10.2018, L 5 KR 4229/17). Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird insoweit abgesehen, da der Senat die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Zutreffend hat das Sozialgericht auch einen Anspruch aus [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) und aus dem sog. sozialrechtlichen Herstellungsanspruch als nicht gegeben angesehen.

Nach [§ 13 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz 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 auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind ([§ 13 Abs. 4 S. 2 SGB V](#)). Nach Satz 3 besteht der Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen ([§ 13 Abs. 4 S. 4](#) u. 5 SGB V).

Zu den sonstigen Kosten wie insbesondere für Unterkunft und Verpflegung kann ein Zuschuss in Höhe von kalendertäglich 13,00 EUR (damaliger Stand) gezahlt werden, [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) a.F.).

Die Versicherten können sich grundsätzlich nur die im System der deutschen Krankenversicherung vorgesehenen Sach- und Dienstleistungen in anderen EU- und EWR-Staaten selbst beschaffen. Die Leistung muss insbesondere notwendig, wirtschaftlich und wirksam sein (vgl. [§§ 2 Abs. 1, 12](#)). Inländische Leistungsvoraussetzungen gelten uneingeschränkt fort, soweit sie nicht diskriminierend wirken. Sind Ansprüche etwa von der Einhaltung eines besonderen Verfahrens oder einer besonderen vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig, so gelten diese Voraussetzungen grundsätzlich auch bei einer Beschaffung der Leistung im EU-Ausland (KassKomm-Schifferdecker, SGB V, [§ 13 Rn. 174, 175 m.w.N.](#)). [§ 13 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) begrenzt den Kostenerstattungsanspruch auf die Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Dementsprechend hat die Beklagte mit bestandskräftigem Bescheid vom 20.02.2018 einer ambulanten Vorsorgeleistung in M.-Stadt (Tschechische Republik) zugestimmt und die Erstattung der Kosten hierfür in Höhe der im Inland gültigen Vertragssätze, eventuell begrenzt auf die tatsächlichen Kosten, zugesichert. Der Erstattungsbetrag für die medizinischen Leistungen vermindert sich um den gesetzlich vorgeschriebenen Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Verwaltungskosten in Höhe von 10 Prozent, mindestens 3,00 EUR, höchstens 50,00 EUR. Die übrigen Kosten der ambulanten Vorsorgeleistung wie Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrkosten können gemäß dem Bescheid bei einer Maßnahmendauer von mindestens 14 Kalendertagen mit einem Pauschbetrag von 100,00 EUR bezuschusst werden.

Dass der Reisevertrag mit dem tschechischen Reiseveranstalter zu Stande gekommen ist, steht allerdings einem Kostenerstattungsanspruch grundsätzlich [§ 13 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) nicht entgegen. Nach dem Satz 2 dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Unstreitig wurden die Behandlungsleistungen vom medizinischen Personal in M.-Stadt und somit im EU-Ausland erbracht. Anders als im Fall des LSG Baden-Württemberg (a.a.O.) war hier Reiseveranstalter ein tschechischer Reiseveranstalter. Das deutsche Reisebüro S. aus B.-Stadt trat laut Buchung ausschließlich als Vermittler zwischen den Reiseveranstaltern und den Kunden auf. Letztlich kann der Senat die Frage, ob diese Leistungserbringer im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, dahingestellt lassen, denn Maßnahmen im Rahmen einer Pauschalkur sind im Rahmen des [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) nicht erstattungsfähig.

Demgemäß hat die Beklagte - gemäß dem Hinweis in ihrem Bescheid vom 20.02.2018 - Maßnahmen im Rahmen einer Pauschalkur, also Fälle, in denen im Reisepreis sowohl Unterkunft und Verpflegung als auch ärztliche Behandlungen und medizinisch-therapeutische Anwendungen enthalten sind, ausgeschlossen.

Die Betreuerin des Klägers hat mit Vertrag vom 26.02.2018 für den Kläger eine Pauschalreise mit einem Gesamtpreis gebucht. Die Reise bzw. der Aufenthalt wurde über das Reisebüro S. in B.-Stadt gebucht. Als Leistungen waren enthalten für zwei Personen Doppelzimmer, Vollpension und Kur im Kurhaus P. mit drei Anwendungen pro Person/Tag zum Einzelpreis von 1.371,- EUR abzüglich Stammkundenrabat in Höhe von 30,- EUR. Reiseveranstalter ist die Fa. T., laut Internetrecherche ein Reiseveranstalter aus Tschechien und einer der führenden Reiseveranstalter in den tschechischen Thermen.

Dabei hat der Ausschluss einer Pauschalkur seine Rechtsgrundlage nicht in dem Bescheid vom 20.02.2018, sondern ergibt sich aus [§ 13 Abs. 4 S. 3](#) in Verbindung mit [§ 23 Abs. 2](#) und 3 SGB V. Der Ausschluss einer Pauschalkur ist nämlich nicht unmittelbarer

Regelungsgegenstand des Bescheides vom 20.02.2018, sondern nur als "Wichtiger Hinweis" aufgeführt und gesondert am Ende des Bescheidtextes angefügt. Der Hinweis ist somit nicht unmittelbar vom Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes umfasst (a.A. LSG Baden-Württemberg, a.a.O., das angenommen hat, dass mit dem Bescheid die bewilligte ambulante Vorsorgeleistung im Ausland dahingehend begrenzt ist, dass Pauschalkuren von der Bewilligung und damit von der Erstattungsfähigkeit ausgenommen sind). Im Ergebnis ist dieser Hinweis zutreffend:

Das Sozialgericht Stralsund hat z.B. im Urteil vom 20.01.2017 ([S 3 KR 180/14](#) - juris) die Ansicht vertreten, dass in einem solchen Fall einem Kostenerstattungsanspruch nicht entgegenstehe, dass der Versicherte mit einem Leistungserbringer im Sinne des [§ 13 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) nicht nur eine Vereinbarung über die Inanspruchnahme von ärztlichen und ärztlich verordneten Vorsorgemaßnahmen, sondern über die gleichzeitige Zurverfügungstellung von Unterkunft-, Verpflegungs- und sonstigen Leistungen getroffen hat (juris Rn. 29). Werde in einem solchen Fall von dem Versicherten mit dem Leistungserbringer ein Gesamtpreis für die medizinischen Behandlungsmaßnahmen einschließlich Unterkunft, Verpflegung und sonstige Leistungen vereinbart, so stehe dies jedenfalls dann nicht einer Kostenerstattung nach Maßgabe der [§§ 13 Abs. 4 S. 1, 23 Abs. 2 S. 1](#) und 2 SGB V in Verbindung mit den einschlägigen Regelungen der Satzung der Krankenkasse entgegen, wenn von dem Versicherten Art, Umfang und Preis der jeweils in Anspruch genommenen Leistungen ggf. durch eine nachträgliche Erklärung des Leistungserbringers nachgewiesen werde (juris, Rn. 27).

Die entgegengesetzte Ansicht wird von der Vorinstanz sowie z.B. vom Sozialgericht Altenburg (Urteil v. 26.07.2018, [S 14 KR 1924/16](#)) und vom Landessozialgericht Baden-Württemberg (Urteil v. 17.10.2018, a.a.O.) vertreten. Die Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten richtet sich nach [§ 23 Abs. 2](#) und 3 SGB V. `Ambulant´ beinhaltet hierbei keine Unterkunft und Verpflegung - diese müssen sich die Versicherten selbst beschaffen. Gemäß [§ 23 Abs. 2 S. 2](#) und 3 SGB V kann die Krankenkasse hierzu als Satzungsleistung Zuschüsse gewähren (zum damaligen Zeitpunkt höchstens 13,- EUR). Der Senat teilt die auch von der Vorinstanz und vom LSG Baden-Württemberg vertretene Ansicht, dass es bei einer Pauschalreise mit einem Gesamtpauschalpreis vor allem an der Möglichkeit einer notwendigen Abgrenzbarkeit der Kosten für die medizinischen Leistungen von den sonstigen Kosten fehlt. Wenn die Kosten für die medizinischen Leistungen der Höhe nach nicht von den sonstigen Kosten abgrenzbar sind und umgekehrt, kann vom Versicherungsträger nicht geprüft werden, ob überhaupt und in welcher Höhe sonstige Kosten in Höhe von 13,00 EUR kalendertäglich angefallen sind. Außerdem kann die Erstattung nicht auf die medizinischen Kosten begrenzt werden, die bei der Umsetzung des Sachleistungsanspruchs im Inland zu tragen wären (so auch LSG Baden-Württemberg, a.a.O.).

Vorliegend hat der Kläger zwar eine "Rechnung" bzw. "Bestätigung" des tschechischen Arztes X. vom 20.06.2018 über die medizinischen Behandlungen (Lymphmassage, Magnetotherapie, Paraffinhandpackung, Gasspritze, Trock. Gasbad + "Oxygenoterap", ärztliche Bestätigung, ärztliche Untersuchung) im Zeitraum vom 03. bis 23.06.2018 in Höhe von 20.600,-CZK vorgelegt und eingereicht. Gemäß Umrechnung wurde die Summe vom 797,33 EUR eingefordert. Im Rahmen seines Antrags vom 20.06.2018 hat der Kläger die Kosten dementsprechend nachträglich aufgeschlüsselt: 795,- EUR Prozeduren, 561,- EUR Unterkunft und Verpflegung, 129,- EUR Transfer. Begleitend wurde die Kurkarte vorgelegt. Insoweit ist eine (nachträgliche) Abgrenzbarkeit in dem Umfang, wie sie nach der Kur vom Kurarzt bescheinigt wird, gegeben. Dies lässt allerdings Raum für Manipulationen bzw. zum Hinrechnen der Behandlungen im Rahmen des Gesamtpreises. Vor allem aber steht der Gesamtpreis vertraglich bereits vor Kurantritt fest, wobei zum Buchungszeitraum die ärztliche Untersuchung vor Ort und die Art und der Umfang der einzelnen Anwendungen noch offen war. Auch aus der Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten vom 02.02.2018, ausgestellt vom Allgemeinarzt V., ergeben sich keine konkreten Behandlungsmaßnahmen. Es lag also auch in vorliegendem Verfahren z.B. bei der Buchung der Reise am 26.02.2018 keine Verordnung für beispielsweise zehnmal Behandlung x und zehnmal Behandlung y vor. Vielmehr erfolgte erst in M.-Stadt eine ärztliche Untersuchung, die im Gesamtpreis mit verrechnet wurde. Im Gesamtbetrag des Aufenthalts inbegriffen sind nur pauschal "3 Anwendungen pro Person/Tag" (Vertrag/Rechnung vom 26.02.2018). Je nach Art differiert der Unterschied zwischen Prozeduren und sonstigen Kosten. Aus der "Rechnung/Bestätigung" des Arztes X. vom 20.06.2018 ergibt sich, dass der Einzelpreis für Anwendungen unterschiedlich ist; er liegt zwischen 400,00 CZK und 800,00 CZK.

Im Übrigen wurde die Reise für zwei Personen gebucht und der Preis für die begleitende Ehefrau beträgt die Hälfte des Gesamtbetrags. Sie müsste also in derselben Wertigkeit Anwendungen erhalten haben wie der Kläger, was doch eher unwahrscheinlich ist. Vielmehr erfolgt gerade keine Individualisierung der notwendigen Behandlung, sondern es liegt eine Vereinbarung eines Gesamtpauschalpreises vor. Der Kläger hat einen vertraglichen Anspruch auf drei Anwendungen am Tag und bleibt zur Entrichtung des Pauschalpreises verpflichtet, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe für die Erbringung der Einzelleistungen Kosten entstanden sind (so auch LSG Baden-Württemberg, a.a.O. unter 1. b) bb)).

Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ist somit gemäß [§ 13 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) ausgeschlossen.

Der Ausschluss von Pauschalkuren von der Kostenerstattung verstößt auch nicht gegen europäisches Recht. Es findet insbesondere keine Benachteiligung von Reiseveranstaltern aus dem EU-Ausland statt. Denn wie auch aus der Entscheidung des LSG Baden-Württemberg (a.a.O.) ersichtlich, treten als Reiseveranstalter auch Unternehmen mit Sitz in Deutschland auf. Auch in diesen Fällen ist ein Kostenerstattungsanspruch ausgeschlossen. Pauschalkuren werden sowohl von ausländischen Veranstaltern wie hier einem tschechischen Reiseveranstalter als auch von deutschen Veranstaltern angeboten.

Ein Kostenerstattungsanspruch lässt sich schließlich nicht aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs wegen eines Beratungsfehlers, hier einer behaupteten Falschberatung, ableiten.

Zum einen hat die Beklagte umfassend aufgeklärt. Der schriftliche Hinweis im Bescheid vom 20.02.2018, dass für Pauschalkuren keine Kostenerstattung erfolgt, lässt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Der Kläger hätte, wie das Sozialgericht zutreffend ausführt, bereits aufgrund dieses Hinweises erkennen müssen, dass es sich bei der von ihm im Anschluss gebuchten Reise um eine Pauschalkur handelt, für die eine Erstattung ausscheidet. Dem in dem Bescheid auch optisch klar hervorgehobenen Hinweis ist ein besonderer Aussagewert zuzuerkennen.

Sofern der Kläger vorbringt, dass dennoch Beratungsbedarf bestanden hätte, ist dieser nicht substantiiert vorgetragen bzw. nur schwer nachzuvollziehen, zumal auch im Reisebüro im Rahmen der Vertragsanbahnung eine Beratung erfolgen kann. Ein Beratungsbegehren ist im

Übrigen nicht aktenkundig.

Wesentlich ist jedoch, dass im Übrigen der sozialrechtliche Herstellungsanspruch dem Kläger als Rechtsfolge nur einen Anspruch gibt, so gestellt zu werden, als wäre eine zutreffende Beratung erfolgt. Er stellt keinen Schadensersatzanspruch dar. Zum Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) hat das BSG ausgeführt, dass dieser nicht dadurch unterlaufen werden darf, dass weitergehende Rechte aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abgeleitet werden. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch findet nach dieser Rechtsprechung bereits als Anspruchsgrundlage neben dem Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) keine Anwendung (BSG v. 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#)).

Der Senat teilt die Ansicht des Sozialgerichts, das diese Rechtsprechung entsprechend auf den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) übertragen hat. Soweit der Kläger argumentiert, dass der sozialrechtliche Herstellungsanspruch systematisch zu einem "Systemversagen", wie das auch den [§ 13 Abs. 3 und Abs. 3 a SGB V](#) zugrunde liege, passe, nicht jedoch zu [§ 13 Abs. 4 SGB V](#), der lediglich allgemein den Kostenerstattungsanspruch bei Behandlungen im EU-Ausland betreffe, ist diese Argumentation nicht stichhaltig. Es geht nämlich allgemein um den Ausschluss des Unterlaufens der Vorgaben eines Kostenerstattungsanspruchs. Das BSG hat in der o.g. Entscheidung vom 02.11.2007 ([B 1 KR 14/07 R](#) - juris) ausgeführt, dass auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch als richterrechtlich entwickeltes Rechtsinstitut nur dann zurückzugreifen ist, wenn spezielle gesetzliche Regelungen nicht zur Verfügung stehen (BSG, a.a.O., juris Rn. 22 m.w.N.). Diese Entscheidung ist zwar, wie dargelegt, auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bezogen; das LSG Niedersachsen-Bremen hat in einem Urteil vom 24.04.2008 ([L 1 KR 31/07](#) - juris) hierzu in Bezug auf die Nichtanwendbarkeit des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs bei [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) (ohne weitere Begründung) ausgeführt: "Solche speziellen gesetzlichen Regelungen liegen hier aber mit § 13 Abs. 4 und 5 SGB vor." (LSG Niedersachsen-Bremen, a.a.O., juris Rn. 36). Dem schließt sich der Senat an. [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ist mehr noch als der allgemeine Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) eine spezielle gesetzliche Regelung - dies gilt zum einen für die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs bzgl. EU-ausländischem Bezug, zum anderen stellt er einen Anspruch auf eine sachleistungsersetzende Kostenerstattung dar. Er ist auf eine Geldleistung für die vorausgegangene Beschaffung einer Leistung hier im EU-Ausland gerichtet (bestätigt durch BSG, Urt. v. 26.05.2020, [a.a.O.](#)). Der durch richterliche Rechtsfortbildung geschaffene Anspruch aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs wird hierdurch verdrängt.

Ob tatsächlich bei der telefonischen Nachfrage durch die Tochter bei der Beklagten eine Falschberatung erfolgt, ist daher unbeachtlich; die für die angeblich erfolgte telefonische Falschberatung angebotene Zeugin ist daher hierzu nicht zu hören.

Haupt- und Hilfsantrag sind daher nicht stattzugeben. Die Berufung ist somit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2020-10-22