S 3 KR 12/92

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 KR 12/92
Datum	10.09.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 177/01
Datum	19.05.2004

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts WÃ¼rzburg vom 10. September 2001 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung fÃ¼r ambulante und stationÃ¤re Behandlungen in der Schweiz.

Der 1954 geborene und bei der Beklagten pflichtversicherte KlÃ¤ger leidet an einer Papillitis und Papillenatrophie beidseits (hier SehnervenentzÃ¼ndung). Er wurde deswegen vom 23.05. bis 20.06.1980 und 19.09. bis 22.12.1980 in der UniversitÃ¤tsaugenklinik W. â□□ nach seinen Angaben erfolglos â□□ behandelt.

Der KlÃ¤ger reiste in den folgenden Jahren mehrmals zur ambulanten und stationÃ¤ren augenÃ¤rztlichen Behandlung in die Schweiz. Die dort erbrachten Leistungen bestanden in Injektionen hinter beide Augen, Sehschulung und Ozontherapie. Die Beklagte erstattete dem KlÃ¤ger aufgrund der vorgelegten

Rechnungen die geltend gemachten Kosten jeweils unter Anwendung der ErsatzkassengebÃ¼hrenordnung (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), stationÃ¤re 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), stationÃ¤re 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. (UniversitÃ¤tsklinik und Poliklinik fÃ¼r Augenkranke, W.) am 26.01.1982 mit, bei der wÃ¤hrend eines stationÃ¤ren Aufenthalts in der Schweiz vorgenommenen Amnionimplantation handle es sich um eine wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methode, die an der UniversitÃ¤tsaugenklinik in W. nicht durchgefÃ¼hrt werde. Die Ã¼brigen Untersuchungen (VisusprÃ¼fung, Refraktion, Applanation, Dreispiegelkontaktglasuntersuchung und Untersuchung an der Spaltlampe) wÃ¼rden auch in der Klinik in W. routinemÃ¤Ãig 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 BegrÃ¼ndung ab, laut Auskunft der UniversitÃ¤tsaugenklinik W. kÃ¶nne die Pleoptik- und Orthoptik in dieser Klinik durchgefÃ¼hrt werden. Der KlÃ¤ger 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 zurÃ¼ck. Nach ihren Versicherungsbedingungen habe sie bei der Auslandsbehandlung Leistungen in der HÃ¶he zu gewÃ¤hren, wie sie die Kasse bei einer Erkrankung innerhalb des GeschÃ¤ftsgebietes am stÃ¤ndigen Aufenthaltsort des Mitglieds zu zahlen hÃ¤tte. Hierbei dÃ¼rften die Leistungen der Krankenpflege das MaÃ des Notwendigen nicht Ã¼berschreiten. 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 wÃ¤ren. DemgemÃ¤Ã habe der KlÃ¤ger die Leistung erhalten, die die Kasse jedem Mitglied in einem vergleichbaren Falle gewÃ¤hrt hÃ¤tte; die Entscheidung sei daher ermessensfehlerfrei. Nach dem Sachleis-tungsprinzip habe derjenige, der einem Arzt oder Krankenhaus einen privaten Behandlungsauftrag erteile, grundsÃ¤tzlich 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 Ã¼berstaatliche Regelung vom Gesetzgeber gewollt sei. Somit sei ein KrankenversicherungstrÃ¤ger grundsÃ¤tzlich nicht zur Krankenpflege und Krankenhauspflege im Ausland verpflichtet.

Der KlÃ¤ger hat hiergegen am 31.08.1983 Klage beim Sozialgericht WÃ¼rzburg (SG) erhoben (S 6 KR 68/83) und Kostenerstattung in voller HÃ¶he geltend gemacht; die Leistungen der Augenklinik in W. seien unzureichend gewesen, vielmehr hÃ¤tten die Behandlungen in der Schweiz mittels der Ozontherapie Erfolg gebracht. Die Streitsache hat mit EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten seit 02.12.1983 geruht.

Der KlÃ¤ger 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 KlÃ¤gers vom 29.12.1986 mit Widerspruchsbescheid vom 19.03.1987 mit der gleichen BegrÃ¼ndung wie zuvor zurÃ¼ck.

Dagegen hat der KlÃ¤ger am 21.04.1987 gleichfalls Klage beim SG erhoben (S 3 KR 25/87). In dieser Streitsache hat das SG ein SachverstÃ¤ndigengutachten der MedizinaloberrÃ¤tin Dr. K. zur HÃ¶he der anfallenden Kosten nach der E-GO im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Behandlung und der ErstattungsfÃ¤higkeit der erbrachten Leistungen eingeholt. Im Gutachten vom 30.09.1991 hat die SachverstÃ¤ndige Zweifel geÃ¤uÃ□ert, ob die Behandlung mit ozoniertem Blut und die Oxycarbon-Inhalation, die der Sauerstofftherapie zuzurechen sind und der besseren Durchblutung des Gewebes dienen sollen, von der Schulmedizin allgemein anerkannt seien; es handle sich hierbei um AuÃ□enseitermethoden. Im ErÃ¶rterungstermin vom 13.02.1992 haben die Beteiligten sich auf eine teilweise Kostenerstattung geeinigt und den Rechtsstreit fÃ¼r erledigt erklÃ¤rt.

Am 21.02.1992 hat der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte das zuerst anhÃ¤ngig 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 mÃ¼ndliche Verhandlung die Klage abgewiesen.

Hiergegen hat am 11.10.2001 der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte Berufung eingelegt (L 4 Kr 177/01) und am 19.10.2001 der frÃ¼here ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers (L 4 KR 175/01); der KlÃ¤ger hat am 05.12.2001 die zuletzt eingelegte Berufung zurÃ¼ckgenommen. Er macht geltend, die Behandlungen in der Schweiz seien ausreichend und zweckmÃ¤Ã□ig sowie erfolgreich gewesen. Ohne sie wÃ¤re er erblindet.

Der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts WÃ¼rzburg 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 abzuÃ¤ndern und dem KlÃ¤ger 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 zurÃ¼ckzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Ãbrigen Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig (Â§ 151 Sozialgerichtsgesetz â SGG -); der Wert des Beschwerdegegenstandes Ã¼bersteigt 1.000,00 DM (Â§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG a.F.).

Die Berufung ist unbegrÃ¼ndet.

Ein Anspruch auf (weitergehende) Kostenerstattung ergibt sich nicht aus dem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsrecht. FÃ¼r die hier streitigen Behandlungen ist insbesondere das Deutsch-Schweizerische Abkommen Ã¼ber soziale Sicherheiten vom 25.02. 1964 einschlÃ¤gig (BGBl. II Nr.37 S.1293). Nach dessen Art.10b Nr.1 hat eine Person, die sich vorÃ¼bergehend im Gebiet der anderen Vertragspartei aufhÃ¤lt, Anspruch auf Leistungen nur, wenn sie wegen ihres Zustandes sofort Leistungen benÃ¶tigt. Diese Vorschrift regelt daher eine Notfallbehandlung, die hier nicht vorliegt, da der KlÃ¤ger 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 gewÃ¶hnlichen Aufenthalt in das Gebiet der anderen Vertragspartei verlegt, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, oder bei der absehbar ist, dass Leistungen benÃ¶tigt werden, nur dann Anspruch auf Leistungen hat, wenn der zustÃ¤ndige TrÃ¤ger der Verlegung des gewÃ¶hnlichen Aufenthalts vorher zugestimmt hat. Diese Bestimmung ist nicht erfÃ¼llt, da der KlÃ¤ger seinen gewÃ¶hnlichen Aufenthalt nicht in die Schweiz verlegt hat.

Als Anspruchsgrundlage kommt hier Â§ 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 GrÃ¼nden (d.h. vorÃ¼bergehender Auslandsaufhalt wegen einer beruflichen notwendigen TÃ¤tigkeit) vorÃ¼bergehend das GeschÃ¤ftsgebiet verlassen, bei einer Erkrankung Leistungen nach den Versicherungsbedingungen in der HÃ¶he gewÃ¤hren, wie sie die Kasse bei einer Erkrankung innerhalb des GeschÃ¤ftsgebietes am stÃ¤ndigen Aufenthaltsort des Mitglieds zu zahlen hÃ¤tte. Es handelt sich hierbei um eine Ermessensleistung im Sinne des Â§ 39 Sozialgesetzbuch I (SGB I). Danach hat die Kasse das Ermessen entsprechend dem Zweck der ErmÃ¤chtigung auszuÃ¼ben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten.

Eine rechtliche ÃberprÃ¼fung der Bescheide, insbesondere ihrer BegrÃ¼ndung,

ergibt, dass die Beklagte ihr Ermessen pflichtgemÃ¤Ã ausgeÃ¼bt hat (Â§ 54 Abs.2 Satz 2 SGG). Es ist hier durch das Gericht nur zu Ã¼berprÃ¼fen, ob die Beklagte die gesetzlichen Grenzen des Ermessens Ã¼berschritten oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der ErmÃ¤chtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Die Beklagte hat in den Bescheiden ausgefÃ¼hrt, dass sie den KlÃ¤ger gegenÃ¼ber den anderen Versicherten, auf die Â§ 23 Abs.4 der Versicherungsbedingungen anzuwenden ist, gleich behandelt und sie ferner entsprechend dieser Vorschrift der Versicherungsbedingungen die geltend gemachte Kostenerstattung in der HÃ¶he vergÃ¼tet, als ob der KlÃ¤ger im Inland durch zugelassene Leistungserbringer behandelt worden wÃ¤re. Das heiÃt, sie hat die ambulanten Leistungen nach der ErsatzkassengebÃ¼hrenordnung (E-GO) und die stationÃ¤ren Leistungen nach dem Pflegesatz der nÃ¤chstgelegenen UniversitÃ¤tsklinik in W. vergÃ¼tet. Hierbei ist es fÃ¼r den KlÃ¤ger ohne Bedeutung, dass die geltend gemachte Leistung Amnionimplantation nach den Angaben der UniversitÃ¤tsklinik und Poliklinik fÃ¼r Augenkranke in W. dort nicht erbracht wird, denn es handelt sich hierbei um eine stationÃ¤re Leistung, die von der Beklagten mit dem Pflegesatz vergÃ¼tet wird. GemÃ¤Ã Â§ 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29.06.1972 (BGBl.I S.1009) in der bis 31.12.1985 geltenden Fassung sind die PflegesÃ¤tze fÃ¼r alle Benutzer nach einheitlichen GrundsÃ¤tzen zu bemessen. Sie mÃ¼ssen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfÃ¤higen und bedarfsgerechten Krankenhauses decken. Â§ 3 Abs.1 Bundespflegesatzverordnung vom 25.04.1973 (BGBl.I S.333) regelt hierzu, dass fÃ¼r jedes im Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgefÃ¼hrte Krankenhaus sowie fÃ¼r jedes sonstige Krankenhaus ein allgemeiner Pflegesatz festzusetzen ist, durch den alle unter BerÃ¼cksichtigung der LeistungsfÃ¤higkeit des Krankenhauses medizinisch zweckmÃ¤Ãigen und ausreichenden Krankenhausleistungen (allgemeine Krankenhausleistung) abgegolten werden. Damit ist es unerheblich, dass die streitige Leistung in der Augenklinik in W. nicht erbracht worden wÃ¤re; gegebenenfalls hÃ¤tte sich fÃ¼r den KlÃ¤ger eine hÃ¶here Erstattung nicht ergeben.

Soweit die Beklagte die ambulanten Leistungen in der Schweiz nach der E-GO vergÃ¼tet hat, ist dies gleichfalls nicht zu beanstanden. Denn gemÃ¤Ã Â§ 525c Abs.2 Reichsversicherungsordnung (RVO) galten fÃ¼r die VertrÃ¤ge der Ersatzkassen Ã¼ber die vertragsÃ¤rztliche Versorgung Â§ 368f Abs.1 bis 3, 5 und 6 sowie Â§ 368g RVO sinngemÃ¤Ã. In Â§ 368g Abs.4 RVO war vorgesehen, dass als Bestandteil der BundesmantelvertrÃ¤ge die Vertragspartner durch die BewertungsausschÃ¼sse einen einheitlichen BewertungsmaÃstab fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen vereinbarten und einen einheitlichen BewertungsmaÃstab fÃ¼r die zahnÃ¤rztlichen Leistungen. Diese BewertungsmaÃstÃ¤be bestimmten den Inhalt der abrechnungsfÃ¤higen Ã¤rztlichen Leistungen und ihr wertmÃ¤Ãiges, in Punkten ausgedrÃ¼cktes VerhÃ¤ltnis zueinander. Auf der Grundlage des Â§ 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 fÃ¼r den Bereich der Ersatzkassen die E-GO festgelegt, die bei der Berechnung und Verteilung der GesamtvergÃ¼tung fÃ¼r die VertragsÃ¤rzte heranzuziehen ist (Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, S.463g, 464g, i, m.w.N.). Es ist nicht ersichtlich und vom

KlÃ¤ger auch nicht geltend gemacht worden, dass die Beklagte die einzelnen Bestimmungen der E-GO fehlerhaft angewendet hÃ¤tte. Ebenso wenig sieht der Senat einen Grund, an der Ãberweisung der Kostenerstattung auf das Konto des KlÃ¤gers zu zweifeln.

Soweit der KlÃ¤ger sich in diesem Zusammenhang darauf beruft, die Beklagte hÃ¤tte auch Leistungen der Ozontherapie vergÃ¼ten mÃ¼ssen, ist die Berufung gleichfalls unbegrÃ¼ndet. Denn zum einen ist diese Leistung in der E-GO nicht vorgesehen und eine entsprechende Anwendung anderer Abrechnungsbestimmungen scheidet aus. Der BewertungsmaÃstab enthÃ¤lt insoweit eine abschlieÃende Regelung mit dem Inhalt, dass nur Leistungen abrechnungsfÃ¤hig sind, die im BewertungsmaÃstab aufgefÃ¼hrt sind; die analoge Anwendung anderer BewertungsmaÃstÃ¤be oder GebÃ¼hrenordnungen ist unzulÃ¤ssig (Brackmann a.a.O., S.465). Zum anderen ist zu berÃ¼cksichtigen, dass die Ozontherapie nach der Rechtsprechung der Landessozialgerichte eine AuÃenseitermethode ist, fÃ¼r die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind. Denn die VergÃ¼tung wÃ¤re nicht mit dem damals in Â§ 368e RVO geregelten Wirtschaftlichkeitsgebot (nunmehr Â§ 12 Abs.1 Sozialgesetzbuch V) zu vereinbaren. Danach hat der Versicherte Anspruch auf die Ã¤rztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst zweckmÃ¤Ãig und ausreichend ist (Â§ 182 Abs.2 RVO). Leistungen, die fÃ¼r die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassenÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf sie nicht erbringen oder verordnen; die Kasse darf sie nachtrÃ¤glich nicht bewilligen. Es handelt sich bei der Ozon- bzw. Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie um eine unwirtschaftliche AuÃerseitermethode (z.B. Landessozi- algericht fÃ¼r 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 ausgefÃ¼hrt, dass die Wirksamkeit dieser TherapiemaÃnahmen auf der Basis kontrollierter Studien nicht nachgewiesen ist. Dies wurde auch von anderen Gutachtern und insbesondere dem gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen bestÃ¤tigt. Die Hypothese einer durch die Ozontherapie herbeigefÃ¼hrten StÃ¤rkung der immunologischen Funktion konnte nicht aufrecht erhalten werden.

Es ist nicht von Bedeutung, dass der KlÃ¤ger, abgesehen von der stationÃ¤ren Behandlung im Oktober 1981, die Beklagte nicht Ã¼ber die geplante Auslandsbehandlung in der Schweiz informiert und deren Entscheidung abgewartet hat. Denn die hier anzuwendende Bestimmung des Â§ 23 Abs.4 der Versicherungsbedingungen war eine reine Kostenerstattungsregelung. Es bedurfte daher nicht einer vorherigen Entscheidung der Kasse Ã¼ber die KostenÃ¼bernahme einer Auslandsbehandlung, wie dies nunmehr durch Â§Â§ 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 Â§ 182 Nr.15), die zum damals geltenden Recht der RVO ergangen ist, fÃ¼hrt nicht zu einer anderen Beurteilung, da das BSG sich in diesem Fall mit einer privatÃ¤rztlichen ambulanten

Behandlung im Inland befasst und seine Ansicht auf das Sach- leistungsprinzip gestÃ¼tzt hat. Im vorliegenden Fall jedoch gilt das Sachleistungsprinzip in der Schweiz nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Abs.2 Nr.1, 2 SGG).

Erstellt am: 20.09.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024