
S 8 (4) KR 155/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 (4) KR 155/00
Datum	27.08.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 181/02
Datum	12.02.2004

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 27.08.2002 geändert. Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer stationären Behandlung in der Schweiz.

Der Kläger ist der Alleinerbe seiner am 00.00.1999 verstorbenen Ehefrau (Versicherte), die bei der Beklagten freiwillig versichert war. Die 1936 geborene Versicherte hatte nach Angabe des Klägers einen Wohnsitz sowohl in N/Spanien wie in D/Italien, wo sie seit 1993 gemeldet war.

Im September 1998 wurde bei der Versicherten ein großer Hirntumor (Glioblastom) festgestellt. Die Versicherte hielt sich seinerzeit in N auf. Sie wurde zunächst nach einem Grand mal-Anfall stationär in N behandelt und am 14.09.1998 zur weiteren Behandlung in Begleitung ihrer Schwester in die Universitätsnervenklinik I1/T gebracht. Dort wurde sie bis zum 22.09.1998 stationär behandelt und danach in das Universitäts-Krankenhaus I-F verlegt. Dort wurde am 23.09.1998 operativ der Tumor

entfernt. Die weitere Behandlung dauerte bis 13.10.1998. Nach ihrer Entlassung wurde die Versicherte von ihrer in I lebenden Schwester aufgenommen. Bei der sich anschließenden Strahlenbehandlung im Universitäts-Krankenhaus F verschlechterte sich der Allgemeinzustand der Versicherten derart, dass sie am 03.12.1998 stationär aufgenommen werden musste. Da sich unter der laufenden Bestrahlung ein Progress des Tumors fand, wurde infolge der infausten Prognose die Bestrahlungstherapie abgebrochen. Am 16.12.1998 wurde die Versicherte zur weiteren palliativen Versorgung in das Krankenhaus L verlegt, wo sie bis zum 15.01.1999 stationär behandelt wurde.

Auf Wunsch der Angehörigen erfolgte am 15.01.1999 die Verlegung der Versicherten in die Clinica B in M (im Folgenden: Clinica). Ein privates Krankenversicherungsunternehmen hatte gegenüber der Clinica unter dem 11.01.1999 eine generelle Kostenzusage für eine stationäre Behandlung erteilt. Diese Zusage widerrief das Unternehmen mit Schreiben vom 18.02.1999, da man aus Versehen davon ausgegangen sei, dass eine Versicherung auch für die allgemeinen Krankenhausleistungen bestehe. Tatsächlich sei die Versicherte lediglich für die Wahlleistungen versichert. Daraufhin stellte die Clinica am 05.03.1999 einen Kostenübernahmeantrag bei der Beklagten. Mit Schreiben vom 31.03.1999 teilte die Beklagte der Klinik mit, eine Prüfung hinsichtlich der Kostenübernahme habe noch nicht abgeschlossen werden können. Nachdem der Kläger mit Schreiben vom 14.04.1999 um umgehende Bezahlung der bisher an die Beklagte ausgestellten Rechnungen über insgesamt 12.000 Schweizer Franken gebeten hatte, holte die Beklagte u. a. eine Auskunft des Chefarztes des Krankenhauses L Dr. C ein. Dieser gab an, die Versicherte sei nicht zur Weiterbehandlung in die Schweiz entlassen worden, sie habe auf Wunsch der Familie in Wohnortnähe untergebracht werden sollen. Eine ausreichende medizinische Versorgung hätte in der Bundesrepublik zur Verfügung gestanden. Mit Schreiben vom 16.04.1999 teilte die Beklagte der Klinik mit, eine Kostenübernahme sei nicht möglich. Eine Verlegung in die Schweiz sei aus medizinischen Gründen zur Weiterbehandlung nicht nötig gewesen.

Der Kläger wandte sich in der Folgezeit mit mehreren Schreiben an die Beklagte und trug vor, die Verlegung nach M sei aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen. Ferner bestehe wegen der italienischen Enklave D eine Abmachung mit der Schweiz hinsichtlich der medizinischen Versorgung ihrer Bürger im Kanton Tessin. Als EG-Resident in D habe die Versicherte deshalb in M behandelt werden dürfen. Im Übrigen ergebe sich aus dem deutsch-schweizerischen Sozialversicherungsabkommen ein Behandlungsanspruch. Die Beklagte holte nochmals eine Auskunft des Klinikums L vom 25.06.1999 ein, in der erneut bestätigt wurde, dass die Verlegung auf Wunsch der Angehörigen erfolgt und eine Versorgung in der Bundesrepublik möglich gewesen sei.

Mit Bescheid vom 31.08.1999 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme für die stationäre Behandlung ab. Der Anspruch auf Leistungen ruhe, wenn und solange sich Versicherte im Ausland aufhielten. Eine Auslandsbehandlung sei nicht erforderlich gewesen, da eine ausreichende medizinische Versorgung in der Bundesrepublik hätte erfolgen können. Ansprüche nach dem deutsch-

schweizerischen Sozialversicherungsabkommen bestünden nicht, da die Versicherte gezielt in die Klinik in M verlegt worden sei und nicht während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz erkrankt sei. Auch eine Leistungsaushilfe nach EG-Recht sei nicht möglich, da die Versicherte nach den vorliegenden Informationen ihren Lebensmittelpunkt in Spanien gehabt habe. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, die Versicherte haben ihren Lebensmittelpunkt sowohl in Spanien als auch in Italien gehabt. Nach EG-Recht bestehe Anspruch auf eine Behandlung in der Schweiz, da die medizinische Versorgung der Bewohner der Enklave D in der Schweiz sichergestellt werde. Soweit für die Behandlung eine vorherige Antragsstellung verlangt werde, verstoße dies gegen EG-Recht. Mit Widerspruchsbescheid vom 10.04.2000 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Zur Begründung der Klage hat der Kläger erneut vorgetragen, die Versicherte sei in L nicht optimal versorgt worden. Er habe deshalb in M nachgefragt, ob eine Weiterbehandlung möglich gewesen sei. Die Verlegung sei aus medizinischen Gründen erfolgt, außerdem wegen der Nähe zu den Angehörigen. Als EG-Bürgerin habe die Versicherte Freizügigkeit genossen und sich in jedem EG-Land behandeln lassen dürfen. Als Residentin in D habe dies die Behandlung im Tessin eingeschlossen. Ferner hat der Kläger gemeint, die Versicherte müsse so behandelt werden, als sei sie während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz erkrankt, weil wegen der Kostenzusage des privaten Krankenversicherungsträgers keine Veranlassung bestanden habe, vor der Verlegung die Beklagte um die Genehmigung für die Behandlung in M zu bitten.

Mit Urteil vom 27.08.2002 hat das Sozialgericht die Beklagte antragsgemäß zur Erstattung der nicht von der privaten Versicherung gedeckten Behandlungskosten in Höhe von 25.480 Schweizer Franken verurteilt. Es hat gemeint, ein Anspruch ergebe sich hier aus dem deutsch-schweizerischen Sozialversicherungsabkommen, denn die Versicherte habe nach Eintritt der Krankheit ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das Gebiet der Schweiz verlegt, wobei sie aus entschuldigen Gründen die Zustimmung der Beklagten nicht vorher habe einholen können.

Die Beklagte bezweifelt im Berufungsverfahren, dass die Versicherte mit der Behandlung in M ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz begründet habe. Nach der Begriffsdefinition im Abkommen sei der gewöhnliche Aufenthalt mit Wohnen gleichzusetzen. Einen Wohnsitz habe die Versicherte aber in Spanien gehabt. Für eine Auslandsbehandlung habe keine medizinische Notwendigkeit vorgelegen. Ferner rügt die Beklagte, dass das Sozialgericht nicht geprüft habe, ob hier tatsächlich eine stationäre Behandlung im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften notwendig gewesen sei. Insoweit müsse beachtet werden, dass die Versicherte nicht mehr behandlungsfähig gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 27.08.2002 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt die angefochtene Entscheidung und weist erneut darauf hin, dass die Versicherte zwei Wohnsitze gehabt habe und von ihrem Wohnsitz in D aus berechtigt gewesen sei, sich in der Schweiz behandeln zu lassen. Entgegen der Annahme der Beklagten sei eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen, da eine Pflege nicht ausreichend gewesen sei.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat auch in der Sache Erfolg, denn das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht zur Erstattung der (Rest)kosten der stationären Behandlung der Versicherten in M verurteilt. Der Versicherten stand insoweit kein Kostenerstattungsanspruch zu, der auf den Kläger hätte übergehen können.

Die Klage ist zulässig. Die Klagefrist ([§ 87 Absatz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) ist gewahrt, obwohl die Klage erst am 12.07.2000 erhoben worden ist. Die Dreimonatsfrist des [§ 87 Absatz 1 Satz 2 SGG](#) gilt nämlich nicht, wenn die Zustellung an einen inländischen Bevollmächtigten erfolgt (Meyer- Ladewig, SGG, 7. Auflage, § 87 Rdnr. 3). Die Beklagte hat aber in der Rechtsmittelbelehrung des Widerspruchsbescheides diese Frist genannt, so dass wegen der unzutreffenden Rechtsmittelbelehrung die Jahresfrist des [§ 66 Absatz 2 SGG](#) lief. Als Alleinerbe ist der Kläger berechtigt, einen möglichen Kostenerstattungsanspruch der Versicherten nach [§ 13 Absatz 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) zu verfolgen ([§ 58 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#)).

Der Versicherten stand wegen der streitigen Behandlung grundsätzlich kein Leistungsanspruch gegen die Beklagte zu, so dass dahinstehen kann, ob im konkreten Fall die Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung im Sinne des [§ 39 Absatz 1 SGB V](#) vorgelegen haben.

Nach [§ 16 Absatz 1 Nr. 1 SGB V](#) ruht bei einem Auslandsaufenthalt der Leistungsanspruch, so dass hier nur nach Maßgabe des § 18 SGB V oder nach über- oder zwischenstaatlichem Recht Leistungsansprüche in Betracht kommen.

Ein Anspruch nach [§ 18 Absatz 1 SGB V](#) (in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung) besteht offenkundig nicht, denn nach der eindeutigen Auskunft des Krankenhauses L vom 25.06.1999 wäre eine Behandlung in der Bundesrepublik möglich gewesen. Auch die Schwester der Versicherten hat in ihrer Auskunft vom 03.07.2003 bestätigt, dass die Verlegung nach M deshalb erfolgte, weil dort die Versicherte durch den Kläger besser versorgt werden konnte. Letztlich hat auch der Kläger in der mündlichen Verhandlung eingeräumt, dass medizinische Gründe bei der

Verlegung nicht im Vordergrund gestanden haben.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts lässt sich ein Anspruch nicht aus Artikel 10 b Absatz 1 Nummer 3 des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweizerischen Eidgenossenschaft über Soziale Sicherheit vom 25.02.1964 (SVA) – in der Fassung des Zusatzabkommens vom 2.3.1989 (BGBl. II Seite 892) begründen. Nach dieser Vorschrift hat eine Person, die den gewöhnlichen Aufenthalt in das Gebiet der anderen Vertragspartei (hier: der Schweiz) verlegt, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, Anspruch auf Leistungen, wenn der zuständige Träger (hier: die Beklagte) der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts vorher zugestimmt hat. Die Versicherte hat aber nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Clinica verlegt. In der Begriffsbestimmung in Artikel 1 Nr. 3 SVA wird der Begriff "Wohnen" mit "gewöhnlicher Aufenthalt" gleichgesetzt. Einen Wohnsitz im Sinne des [§ 30 Absatz 3 Satz 1 SGB I](#) hat die Versicherte in der Klinik nicht begründet. Einen Wohnsitz hat nach dieser Vorschrift jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen inne hat, die darauf schließen lassen, dass er diese Wohnung beibehalten und benutzen wird (Kasskomm – Seewald, [§ 30 SGB I](#) Rdnr. 6). Es muss sich dabei um Räumlichkeiten handeln, die als ständiges Heim geeignet sind; Ausstattung und sonstige Gegebenheiten müssen auf eine zumindest regelmäßige Benutzung hinweisen (a. a. O. Randnr. 8). Diese Voraussetzungen liegen bei einem Krankenhausaufenthalt ersichtlich nie vor, zumal dieser, auch wenn er länger dauert, immer nur auf einen vorübergehenden Aufenthalt angelegt ist. Der Kläger hat auch selbst während des Verfahrens vorgetragen, die Versicherte sei an ihren Wohnort zurückgebracht worden – und dies war D. Aber selbst einen gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne des [§ 30 Absatz 3 Satz 2 SGB I](#) hatte die Versicherte im Krankenhaus nicht, denn der tatsächliche Lebensmittelpunkt liegt regelmäßig weiter am bisherigen Wohnsitz. Dies zeigt schon die Überlegung, dass die Klägerin sicher nicht in der Klinik geblieben wäre, wenn sich ihr Zustand wider Erwarten gebessert hätte. Insoweit ist es irrelevant, dass es absehbar war, dass die Versicherte im Krankenhaus versterben werde. Entscheidend ist, dass jeder Krankenhausaufenthalt seiner Natur nach nicht auf Dauer angelegt ist. Insoweit geht der vom Sozialgericht gewählte Vergleich mit einem Umzug älterer oder schwerkranker Personen in ein Pflegeheim fehl, denn in ein Pflegeheim begeben sich typischerweise Personen, die auf Dauer dort zu bleiben wünschen. Es kann daher dahinstehen, ob im vorliegenden Fall tatsächlich die Zustimmung zur Verlegung aus entschuldigen Gründen nicht vorher erteilt werden konnte.

Auch aus EG-Recht folgt kein für den Kläger günstigeres Ergebnis. Dabei kann dahinstehen, ob die Versicherte, die offenkundig auf Dauer im Ausland lebte, sich nach Artikel 29 EWG-VO 574/72 bei einem Wohnsitzträger eingeschrieben hatte. Dagegen spricht allerdings, dass der Versicherten nach dem vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben der Beklagten an die Versicherte vom 18.10.1995 eine Versicherungskarte nach Spanien übersandt worden war. Die gleichfalls vorgelegte Bescheinigung E 121 von Mai 1990 (die nach dem angegebenen Wohnsitz für den spanischen Versicherungsträger bestimmt war) ist an den Kläger selbst gerichtet, kann also nur seine eigene Einschreibung betroffen haben. Dass er (damals) über seine Ehefrau familienversichert war, also letztlich

einen Anspruch gegen den Wohnortträger nur über die Mitgliedschaft der Versicherten erwerben konnte, ist angesichts der Tatsache, dass in der Bescheinigung für ihn und seine Familienangehörigen als Rentenbezieher ein Leistungsanspruch bestätigt wird, unwahrscheinlich. Die Frage kann aber offen bleiben, da der Versicherten in beiden Fällen kein Leistungsanspruch gegen die Beklagte zustand. War sie bei dem spanischen Träger eingeschrieben, hätte sie nach Artikel 28 Abs. 1 EWG-VO 1408/71 hinsichtlich der Sachleistungen nur einen Anspruch gegen den spanischen Träger gehabt. Die Versicherte hat sich zwar nach der Rechtsprechung des BSG zu Lasten der Beklagten in der Bundesrepublik behandeln lassen dürfen (Urteil vom 16.06.1999 – BA [1 KR 5/98 R](#)), eine Behandlung in einem anderen EG-Staat hätte aber der spanische Träger genehmigen (und bezahlen) müssen (vgl. EuGH, Urteil vom 03.07.2002 – Rs. C – 156/01 "Van Duin"). War die Versicherte nicht bei einem ausländischen Träger eingeschrieben, kommt ein Anspruch gegen die Beklagte nur unter den Voraussetzungen des Artikels 22 EG-VO 1408/71 in Betracht. Dabei kann zugunsten des Klägers davon ausgegangen werden, dass sich die Bewohner der Enklave D in M behandeln lassen können, rechtlich also die dortige Behandlung als Behandlung in Italien zu bewerten ist. Da die Behandlungsbedürftigkeit bereits bei Aufenthaltswechsel vorlag, hätte für die Behandlung in M zuvor eine Genehmigung der Beklagten eingeholt werden müssen (Artikel 22 Absatz 1 lit c EG-VO 1408/71), was nicht geschehen ist. Dabei ist irrelevant, ob der Kläger aufgrund der umfassenden Kostenzusage des privaten Versicherungsunternehmens davon ausgegangen war, er brauche die Beklagte nicht einzuschalten, denn insoweit kommen allenfalls Schadensersatzansprüche gegen die private Krankenversicherung in Betracht.

Schließlich beruft sich der Kläger auch zu Unrecht auf die Dienstleistungsfreiheit des EG-Vertrages (Artikel 59, 60 EG-VO). Die Möglichkeit, im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit innerhalb der EG uneingeschränkt unter den Leistungserbringern zu wählen, besteht im stationären Bereich gerade nicht. Vielmehr hat der EuGH für den stationären Bereich im Hinblick auf die in diesem Sektor notwendige Planung die Einschränkung der Freizügigkeit der Versicherten gebilligt und es grundsätzlich für zulässig gehalten, dass Versicherte nicht beliebig Krankenhäuser aufsuchen dürfen, mit dem ihre Krankenkasse keinen Vertrag hat (EuGH, Urteil vom 12.07.2001 – Rs. C – 157/99 "Smits/Peerbooms" = SozR 3-6030 Artikel 59 Nr. 6). Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse zu einer Auslandsbehandlung, das auch [§ 18 Absatz 1 SGB V](#) (in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung) voraussetzt (vgl. BSG, Urteil vom 3.9.2003 – [B 1 KR 34/01 R](#)) ist nach der genannten Rechtsprechung unbedenklich, wenn die Genehmigung nach objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien erteilt wird (a. a. O. Tz. 90). Die Genehmigung darf versagt werden, wenn im Inland innerhalb zumutbarer Zeit in einem Vertragskrankenhaus eine Behandlung erlangt werden kann, die dem international üblichen Standard entspricht (a. a. O. Tz. 104). Diese Bedingungen sind erfüllt, denn die Genehmigung muss nach [§ 18 Absatz 1 SGB V](#) a. F. (siehe jetzt [§ 13 Absatz 5 Satz 2 SGB V](#)) erteilt werden, wenn die medizinische erforderliche Behandlung nur im Ausland erlangt werden kann. Dabei gibt es, wie dargelegt, im konkreten Fall ohnehin keine Hinweise dafür, dass die adäquate medizinische Behandlung der Versicherten im Inland nicht gewährleistet gewesen wäre.

Von der in der mündlichen Verhandlung beantragten Beiladung der Hanse- Merkur Krankenversicherungs AG nach [§ 75 Absatz 1 SGG](#) hat der Senat abgesehen. Es erscheint schon zweifelhaft, ob ungeachtet der vom Kläger angekündigten Schadensersatzansprüche die berechtigten Interessen der Hanse- Merkur Krankenversicherungs AG durch die Senatsentscheidung berührt sind. Jedenfalls hätte eine Beiladung zu einer Verzögerung des Verfahrens geführt: Wenn auch eine Beiladung jederzeit während der Anhängigkeit des Verfahrens erfolgen kann (Meyer-Ladewig, § 75 Rdnr. 5), hätte der Senat bei einer Beiladung den Rechtsstreit vertagen müssen. Der Hanse-Merkur Krankenversicherungs AG hätte gerade im Hinblick auf die angekündigten Schadensersatzansprüche die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben werden müssen, zumal bei einer Beiladung nach Verkündung des Urteils auf die Revision des Beigeladenen das Urteil aufzuheben und zurückzuverweisen ist (a. a. O. Rdnr. 5 c).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 24.03.2004

Zuletzt verändert am: 24.03.2004