
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	31.08.2001

3. Instanz

Datum	13.07.2004
-------	------------

Auf die Revision der KlÄgerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÄ¼rttemberg vom 31. August 2001 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurÄ¼ckverwiesen.

GrÄ¼nde:

I

Die KlÄgerin ist pflichtversichertes Mitglied der beklagten Krankenkasse. Sie hat Feuermale (Naevus flammeus) mit einer GesamtflÄche von Ä¼ber 6.000 cm² an verschiedenen Stellen des KÄ¼rpers. Seit April 1993 begab sie sich deshalb wiederholt zur Behandlung in die vertragsÄ¼rztliche Gemeinschaftspraxis der HautÄ¼rzte Dres. Vo. in S â. Die Gemeinschaftspraxis beschÄ¼ftigte zeitweise die HautÄ¼rztinnen Dr. Vi. und Dr. D. â mit welchem Status und fÄ¼r welche Zeit hat das Landessozialgericht (LSG) nicht festgestellt. Wie bei anderen Hautarztpraxen auch unterlagen die vertragsÄ¼rztlichen HonoraransprÄ¼che der Praxis infolge der ab Juli 1997 bundesweit geltenden Praxis- und Zusatzbudgets einer Begrenzung in Gestalt einer HÄ¼chstzahl der in jedem Quartal vergÄ¼tungsfÄ¼higen Punkte; darÄ¼ber hinaus gab es mengen- bzw fallzahlabhÄ¼ngige Honorarbegrenzungen im

Honorarverteilungsmaßstab der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung. Dem Antrag der Gemeinschaftspraxis Dres. Vo. , ihr die jeweils halbtägige Beschäftigung der genannten Hautärztinnen im Angestelltenverhältnis zu genehmigen, entsprach der Zulassungsausschuss mit Wirkung zum 1. Juli 1998 und legte zugleich fest, dass dadurch bestimmte Höchstpunktzahlen nicht überschritten werden durften. Von Juni bis August 1998 unterhielten Dr. Vi. und Dr. D. (zusätzlich) eine eigene Praxis im ca 100 km entfernten Bregenz/Österreich und wurden dort nach Auskunft der Vorarlberger Gebietskrankenkasse als sog "Wahlärztinnen" geführt.

Nachdem sich die Klägerin bis Mitte 1998 wegen ihres Feuermals an zahlreichen Terminen (belegt sind mindestens 70) in der Gemeinschaftspraxis Dres. Vo. mit einem Farbstofflaser im Wege der Sachleistung hatte behandeln lassen, stellte ihr Dr. Vi. bzw Dr. D. für jeweils einstündige Farbstofflaserbehandlungen am 27. Juni und am 29. August 1998 in Bregenz 12.288 DM bzw 13.488 DM (zusammen 13.179,05 €) in Rechnung. Diese Beträge ergaben sich aus der Multiplikation der dem deutschen "Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen" (EBM-Ä) entnommenen Punktzahlen (153.600 bei Dr. Vi. bzw 168.600 bei Dr. D.) mit einem angenommenen Punktwert von 0,08 DM. Nach den Angaben der beiden Ärztinnen im Berufungsverfahren ist der Klägerin die Zahlung mit Rücksicht auf die Ablehnung seitens der Beklagten gestundet worden. Am 14. Juli 1998 und vom 8. September 1998 an wurde die Klägerin wegen ihres Feuermals wiederum regelmäßig in der Praxis Dres. Vo. in S. vertragsärztlich behandelt.

Der an die Beklagte gerichtete Antrag der Klägerin auf Freistellung von den Kosten der Behandlungen vom 27. Juni und vom 29. August 1998 hatte weder im Verwaltungsverfahren noch vor den Instanzgerichten Erfolg. Das LSG hat einen Anspruch aus [§ 18](#) des fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) verneint, weil dieselbe Behandlung auch in Deutschland zur Verfügung gestanden und sich die Klägerin speziell zur Behandlung nach Österreich begeben habe. Außerdem habe sich die Klägerin vor der Inanspruchnahme der Leistung nicht an die Beklagte gewandt. Ein Notfall komme nach der Auskunft von Dr. Vo. bei einem Feuermal nicht in Betracht. Der Freistellungsanspruch ergebe sich auch nicht aus europäischem Recht. Art 22 EWGV 1408/71 (= Verordnung über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern) regle nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) nicht den Fall, dass die Kosten für eine in einem anderen Mitgliedstaat ohne vorherige Genehmigung erbrachte Behandlung in der im Versicherungsstaat maßgeblichen Höhe zu erstatten seien. Demgegenüber könne sich die Klägerin auf die europarechtliche Dienstleistungsfreiheit nicht berufen, weil die Besonderheiten des Systems der deutschen Krankenversicherung mit Leistungsbegrenzungen und Budgetierungen für den einzelnen Arzt zu berücksichtigen seien. Eine Aushöhlung dieser Regelungen durch Verlagerung von Leistungen ins Ausland, wie sie gerade im vorliegenden Fall deutlich werde, müsse die Finanzierbarkeit des Systems gefährden (Urteil vom 31. August 2001).

Mit der Revision rügt die Klägerin Verstöße gegen die im Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft garantierte Dienstleistungsfreiheit. Wie der EuGH klargestellt habe, seien die entsprechenden Bestimmungen auch in Krankenversicherungssystemen zu beachten, die ihren Mitgliedern die Krankenbehandlung als Sachleistung gewährleisten. Eine Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts der deutschen Krankenversicherung sei mit der Pflicht zur Kostenerstattung für EU-Auslandsbehandlungen nicht verbunden. Andere zwingende Gründe, die eine Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit rechtfertigen könnten, habe die Beklagte nicht aufgezeigt.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Verwaltungs- und Gerichtsentscheidungen zu verurteilen, die Kosten der am 27. Juni 1998 durchgeführten Farbstofflaserbehandlung in der Höhe zu übernehmen, wie sie bei einer vertragsärztlichen Behandlung in Deutschland angefallen wären.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

In einem Verfahren mit ähnlichem Sachverhalt hat der Senat mit Beschluss vom 30. Oktober 2002 ([B 1 KR 28/01 R](#) = [SGb 2003,160](#)) den EuGH um Vorabentscheidung der Frage gebeten, ob es dem Europarecht widerspricht, dass sich die Versicherten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung nur ausnahmsweise auf deren Kosten von einem nicht als Vertragsarzt zugelassenen Arzt behandeln lassen können und dass die Kostenerstattung für eine derartige Behandlung die vorherige Entscheidung der Krankenkasse voraussetzt. Nachdem der EuGH unter Bezugnahme auf sein Urteil vom 13. Mai 2003 in der Sache [C-385/99](#) [Müller-Fauré](#) und van Riet ([EuGHE 2003, I-4509](#) = SozR 4-6030 Art 59 Nr 1) den Senat um Stellungnahme gebeten hatte, ob er sein Ersuchen um Vorabentscheidung aufrechterhält, hat der Senat diesen Beschluss am 18. Mai 2004 aufgehoben.

II

Die Revision der Klägerin ist im Sinne der Zurückverweisung der Rechtssache an das LSG begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz [§§ SGG](#)). Die bisherigen Tatsachenfeststellungen reichen nicht aus, um abschließend beurteilen zu können, ob der geltend gemachte Anspruch besteht. Jedenfalls scheidet die Verpflichtung der Beklagten zur Freistellung der Klägerin von Honorarforderungen der Hautärztinnen Dr. Vi. und Dr. D. wegen der am 27. Juni und 29. August 1998 außerhalb des deutschen Systems der vertragsärztlichen Versorgung (nach den vorinstanzlichen Feststellungen in Österreich) durchgeführten Farbstofflaserbehandlung nicht schon an den von den Vorinstanzen angeführten Erwägungen.

Anspruchsgrundlage ist [§ 13 Abs 3 SGB V](#) in der zum Zeitpunkt der Behandlung im Jahre 1998 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)), der hier allerdings mit Rücksicht auf höherrangiges Recht,

nämlich [Art 49](#) und [50](#) des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in der Fassung des Amsterdamer Vertrages vom 2. Oktober 1997 (EG [früher Art 59, 60 EGVtr](#) [Neufassung veröffentlicht in: BGBl II 1998, 387](#)), nur mit wesentlichen Einschränkungen anzuwenden ist.

Die in [Art 49 EG](#) garantierte Dienstleistungsfreiheit begründet nach der noch darzustellenden Rechtsprechung des EuGH die Verpflichtung der deutschen Krankenversicherung, für ambulante Gesundheitsleistungen grundsätzlich auch dann aufzukommen, wenn sie auf Wunsch des Versicherten durch ärztliche oder nichtärztliche Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der EU erbracht werden. Dieser Verpflichtung können die Krankenkassen entgegen dem Grundsatz des [Â§ 2 Abs 2, Â§ 13 Abs 1 SGB V](#) nur im Wege der Kostenerstattung und nicht im Wege der Sachleistungsgewährung nachkommen, da eine unmittelbare Abrechnung zwischen Kasse und ausländischen Leistungserbringern mangels Integration letzterer in das deutsche Leistungserbringungssystem typischerweise ausscheidet. Die im Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin noch anwendbaren Bestimmungen des SGB V erlauben Kostenerstattungen jedoch nur unter Voraussetzungen, die mit höherrangigem Europarecht nicht zu vereinbaren sind; erst zum 1. Januar 2004 hat das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl I 2190](#)) weitergehende Regelungen getroffen, um das deutsche Krankenversicherungsrecht an die europarechtlichen Vorgaben anzupassen. Bis dahin beschränkte [Â§ 13 Abs 2 SGB V](#) das Recht, sich Kosten für selbstbeschaffte Leistungen erstatten zu lassen, auf freiwillig Versicherte, die überdies nur Vertragsärzte in Anspruch nehmen durften (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 22](#) S 104 mwN) und ggf für eine bestimmte Mindestzeit an die Wahl der Kostenerstattung gebunden waren. Daneben hat die Krankenkasse nach [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) Kosten nur zu erstatten, wenn sie dem Versicherten dadurch entstanden sind, dass er sich eine notwendige Leistung selbst beschaffen musste, weil sie die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte (Fallgruppe 1) oder zu Unrecht abgelehnt hat (Fallgruppe 2). Die Voraussetzungen der Fallgruppe 1 verschärft [Â§ 18 Abs 1 SGB V](#) speziell für Auslandsbehandlungen dadurch, dass der Leistungsanspruch ausgeschlossen ist, wenn eine gleichwertige Behandlungsmöglichkeit im Inland besteht. Nach herkömmlichem Gesetzesverständnis, wie es beispielsweise noch dem Vorlagebeschluss des Senats an den EuGH vom 30. Oktober 2002 zu Grunde gelegen hat (vgl BSG [SGB 2003, 160](#)), konnten die angeführten Anspruchsvoraussetzungen bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU daher grundsätzlich nur dann erfüllt sein, wenn die Kasse die begehrte Leistung zwar schuldete, aber nicht im Inland erbringen konnte, und wenn der Versicherte sie zuvor entweder erfolglos beantragt hatte oder ihm die vorherige Einschaltung der Kasse nicht möglich war.

Wie sich jedoch aus der seither ergangenen Rechtsprechung des EuGH ergibt, steht der in den dargestellten Regelungen des SGB V zum Ausdruck gebrachte Vorrang des Sachleistungsprinzips im Widerspruch zu der durch [Art 49 EG](#) gewährleisteten Dienstleistungsfreiheit. Denn er bewirkt, dass die in Deutschland zugelassenen Leistungserbringer gegenüber Anbietern von medizinischen Sach- und

Dienstleistungen, die in anderen Mitgliedstaaten der EU ansässige sind, ungerechtfertigt privilegiert werden. Die diesbezüglichen Grundsätze hat der EuGH zwar nicht speziell anhand des deutschen Krankenversicherungsrechts entwickelt, sie ergeben sich aber aus seinen Erwägungen zur entsprechenden rechtlichen Problematik in anderen Mitgliedstaaten. Dass ein im Inland verfügbares gleichwertiges Leistungsangebot den Anspruch auf Kostenübernahme für eine im Ausland selbstbeschaffte Krankenbehandlung nicht von vornherein auszuschließen vermag, steht bereits seit den Urteilen des EuGH in Sachen Kohll und Decker vom 28. April 1998 fest. Nationale Aspekte der Kostenbegrenzung und -kontrolle, der Qualitätssicherung sowie des Gesundheitsschutzes rechtfertigen danach im Bereich der ambulanten Krankenbehandlung keine Einschränkungen der durch das Europarecht garantierten Dienstleistungsfreiheit ([EuGHE 1998, I-1931](#) RdNr 37 ff = SozR 3-6030 Art 59 Nr 5 S 11 ff; [EuGHE 1998, I-1831](#) RdNr 37 ff = SozR 3-6030 Art 30 Nr 1 S 7 ff); Ausnahmen bestehen insoweit nur nach den speziellen europarechtlichen Regelungen über die Versorgung mit Arzneimitteln (dazu Senatsurteil vom 18. Mai 2004 – [B 1 KR 21/02 R](#) – mwN, zur Veröffentlichung bestimmt). Nach der neueren Rechtsprechung des EuGH gilt das Verbot der Diskriminierung von im EU-Ausland angebotenen Gesundheitsleistungen grundsätzlich auch für Krankenversicherungssysteme, die wie die deutsche gesetzliche Krankenversicherung dem Sachleistungsprinzip folgen; lediglich für die Krankenhausbehandlung gelten Besonderheiten (vgl. die Urteile Smits/Peerbooms vom 12. Juli 2001,