

---

## S 10 KR 1371/00

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Inanspruchnahme nichtärztlicher Krankenbehandlung im EU-Ausland Kostenerstattung setzt ärztliche Verordnung und Qualifikation des ausländischen Leistungserbringers voraus sozialgerichtliches Verfahren Klageart Begriff des Wohnortes keine Identität der Leistungsansprüche Kollisionsnorm
Leitsätze	Die Inanspruchnahme nichtärztlicher Krankenbehandlung im EU-Ausland zu Lasten einer deutschen Krankenkasse setzt trotz der im EG-Vertrag
Normenkette	<a href="#">SGB V § 15 Abs 1</a> <a href="#">SGB V § 28 Abs 1</a> <a href="#">EG Art 49</a> EWGV 1408/71 Art 31 Abs 1 S 2 Buchst a <a href="#">SGG § 54 Abs 4</a> <a href="#">SGG § 55 Abs 1</a> <a href="#">SGB V § 13 Abs 1</a> <a href="#">SGB V § 13 Abs 2</a> <a href="#">SGB V § 13 Abs 3 Alt 1</a> F: 1998-12-19 <a href="#">SGB V § 13 Abs 3 Alt 2</a> F: 1998-12-19 <a href="#">EG Art 50</a> <a href="#">SGB V § 27 Abs 1 S 2 Nr 1</a> <a href="#">SGB V § 73 Abs 2 S 1 Nr 7</a> <a href="#">SGB V § 124 Abs 2 S 1</a> EWGRL 51/92 Art 1 Buchst a Ziff ii EWGRL 51/92 Anh C Nr 1 EWGV 1408/71 Art 28 Abs 1 S 2 Buchst a EWGV 1408/71 Art 31 Abs 1 Buchst a EWGV 1408/71 Art 19 Abs 1 Buchst a EWGV 1408/71 Art 22 Abs 1 UAbs 1 Buchst a

---

EWGV 1408/71 Art 1 Buchst h  
EWGV 1408/71 Art 1 Buchst i  
EWGV 1408/71 Art 71  
EWGV 1612/68 Art 7 Abs 2  
SGB V [§ 13 Abs 4 S 1 Halbs 2](#) F:  
2003-11-14  
GMG F: 2003-11-14

### 1. Instanz

Aktenzeichen S 10 KR 1371/00  
Datum 06.12.2000

### 2. Instanz

Aktenzeichen L 4 KR 5020/00  
Datum 27.09.2002

### 3. Instanz

Datum 13.07.2004

Auf die Revisionen der KlÄger wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÄ¼rttemberg vom 27. September 2002 geÄndert. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurÄ¼ckverwiesen, soweit die KlÄger Kostenerstattung fÄ¼r physiotherapeutische Behandlungen begehren. Im Ä¼brigen werden die Revisionen zurÄ¼ckgewiesen.

GrÄ¼nde:

I

Die KlÄger begehren die Erstattung von in Spanien aufgewandten Kosten fÄ¼r eine Blutuntersuchung, Arzneimittel und physiotherapeutische Leistungen.

Der KlÄger zu 1) ist als Rentner bei der beklagten Ersatzkasse freiwillig versichert, seine Ehefrau (KlÄgerin zu 2) ist familienversichert. Beide Eheleute haben seit 1989 an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewÄ¼hlt. Sie unterhalten eine Wohnung in Deutschland, wo sie sich nach ihren Angaben Ä¼ abgesehen von hÄ¼ufigen Reisen Ä¼ regelmÄ¼sig etwa die HÄ¼lfte des Jahres aufhalten. Die Ä¼brige Zeit des Jahres bewohnen sie eine zweite Wohnung auf Teneriffa (Spanien).

AnlÄ¼sslich des Abrechnungsverfahrens fÄ¼r Krankheitsaufwendungen in Spanien wÄ¼hrend der Wintermonate 1998/99 stellte die Beklagte mit einem an den KlÄger zu 1) gerichteten Bescheid fest, dass beiden KlÄgern Ä¼ anders als bisher Ä¼ die Kosten fÄ¼r die Inanspruchnahme von Heilmitteln auf Teneriffa nicht mehr erstattet werden kÄ¼nnten. WÄ¼hrend ihrer nicht nur vorÄ¼bergehenden Aufenthalte in Spanien mÄ¼ssten sich die KlÄger beim spanischen KrankenversicherungstrÄ¼ger

---

eintragen lassen und hätten dann Ansprüche auf Sachleistungen nach spanischem Krankenversicherungsrecht. Im Widerspruchsverfahren begehrte der Kläger zu 1) für sich und seine Ehefrau die grundsätzliche Feststellung, zur Kostenerstattung für in Spanien beanspruchte Leistungen berechtigt zu sein, und legte die während des folgenden Aufenthalts von November 1999 bis Mai 2000 auf Teneriffa angefallenen Rechnungen für ärztlich verordnete physiotherapeutische Behandlungen (764,07 DM = 390,66 EUR) sowie ohne ärztliche Verordnung für eine von einer Pharmazeutin durchgeführte Blutuntersuchung (111,68 DM = 57,10 EUR) und für Arzneimittel (122,77 DM = 62,77 EUR) vor. Entsprechend den Hinweisen der Beklagten hatten sich die Kläger ab dem 8. November 1999 beim spanischen Träger der Krankenversicherung in Santa Cruz auf Teneriffa als Leistungsberechtigte einschreiben lassen. Ihre Widersprüche hatten nur insoweit Erfolg, als die Beklagte die Kosten der medizinisch notwendigen Versorgung während der Wintermonate 1998/99 letztmalig ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erstattete; im übrigen wurden die Widersprüche zurückgewiesen (Widerspruchsbescheide vom 16. Juni 2000).

Die Kläger erhoben getrennte Klagen und legten weitere Rechnungen aus Spanien für Arzneimittel über 46,85 EUR (Kläger zu 1) sowie für ärztlich verordnete physiotherapeutische Behandlungen über 781,32 EUR (Kläger zu 1) bzw 125,01 EUR (Klägerin zu 2) vor, sodass insgesamt 1.463,71 EUR im Streit sind. Das Sozialgericht (SG) hat die zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klagen abgewiesen. Auch das Berufungsverfahren hatte keinen Erfolg. Der Kostenerstattung für die Blutuntersuchung und Arzneimittel hat das Landessozialgericht (LSG) entgegengehalten, es liege keine ärztliche Verordnung vor. Die Versagung des Anspruchs verstöße nicht gegen die im Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in der Fassung des Amsterdamer Vertrages vom 2. Oktober 1997 (EG veröffentlicht in BGBl II 1998, 387) garantierte Dienstleistungsfreiheit. Soweit in Spanien physiotherapeutische Leistungen wie Massage, Fango und Krankengymnastik in Anspruch genommen worden seien, seien diese zwar von einem deutschen Vertragsarzt in Deutschland verordnet worden. Die Massagepraxis in Spanien sei aber kein zugelassener Leistungserbringer, was auch im Lichte der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) eine Kostenerstattung ausschließe. Die Klage auf Feststellung der Kostenübernahmepflicht für künftige Gesundheitsleistungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) sei als Elementenfeststellungsklage unzulässig (Urteil vom 27. September 2002).

Mit ihrer Revision rügen die Kläger sinngemäß die Verletzung von [Â§ 13 Abs 2](#) und [Â§ 16 Abs 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie der [Art 49, 50](#) und [28 EG](#). Das LSG habe die Reichweite der Dienstleistungsfreiheit verkannt, indem es den Anspruch auf Kostenerstattung allein wegen fehlender Zulassung des spanischen Leistungserbringers abgelehnt habe. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) könne die territoriale Begrenzung von Leistungsansprüchen nach [Â§ 16 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) nicht greifen, soweit das nationale Recht selbst einen Kostenerstattungsanspruch (vgl zB [Â§ 13 Abs 2 SGB V](#)) vorsehe. Forderte man für ausländische Leistungserbringer eine Zulassung nach deutschem Recht, so läge darin eine Behinderung der grenzüberschreitenden

---

Leistungsnachfrage und eine mittelbare Diskriminierung, die sachlich gerechtfertigt werden müsste. Die Angleichung und gegenseitige Anerkennung der Diplome von Leistungserbringern in allen Ländern der Gemeinschaft sei für die Qualitätssicherung und damit die Sicherung der Gemeinwohlinteressen ausreichend. Zudem führe die grenzüberschreitende Leistungsnachfrage über den Wettbewerb zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der finanziellen Leistungsfähigkeit des deutschen Krankenversicherungssystems.

Das LSG habe sich auch fehlerhaft nicht mit der Exportpflicht von Sozialleistungen gemäß Art 7 Abs 2 der Verordnung über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft (EWGV 1612/68) auseinandergesetzt, der nach der Rechtsprechung des EuGH das Abstellen auf den Wohnsitz als diskriminierend verbiete. Die von der Beklagten praktizierte Lösung der Leistungsaushilfe stelle die Betroffenen schutzlos, wenn sie wie hier entsprechende Leistungen am Ort des gewöhnlichen Aufenthalts nicht zur Verfügung ständen. Auch die spanischen Leistungsanbieter würden diskriminiert, da sie mit Rücksicht auf [Â§ 16 Abs 1 SGB V](#) keine Verträge mit der Beklagten abschließen und damit auch keine entsprechenden Leistungen erbringen könnten.

Soweit das LSG einen Erstattungsanspruch wegen des Kaufs der Arzneimittel und der Kosten für die Blutuntersuchung verneine, verstoße dies gegen die Warenverkehrsfreiheit nach [Art 28 EG](#) und die Dienstleistungsfreiheit nach [Art 49](#) und [50 EG](#). Denn im Anschluss an die Rechtsprechung des EuGH vom 28. April 1998 verdränge der Anspruch auf Kostenerstattung die territoriale Begrenzung von Leistungsansprüchen nach [Â§ 16 Abs 1 Nr 1 SGB V](#). Die Verweisung auf das Recht der Sachleistungsaushilfe stelle ein Systemversagen dar, das einen Kostenerstattungsanspruch nach [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) rechtfertige. Entgegen der Ansicht des LSG seien auch die Feststellungsklagen zulässig, da die Kostenerstattung generell und damit die Ungewissheit der Leistung dem Grunde und der Höhe nach in Frage stehe.

Die Kläger beantragen,

1. die Beklagte unter Aufhebung der Urteile der Vorinstanzen und der angefochtenen Bescheide zu verurteilen, die vom Kläger zu 1) verauslagten Kosten in Höhe von 1.338,70 Euro die von der Klägerin zu 2) verauslagten Kosten in Höhe von 125,01 Euro unter Berücksichtigung der Verwaltungskosten nach Maßgabe der Satzung zu erstatten,
2. festzustellen, dass die Beklagte den Klägern zukünftig entstehende Kosten der ärztlichen Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln in Staaten der Europäischen Union zu übernehmen hat, soweit diese im Rahmen des [Â§ 13 Abs 2 SGB V](#) erstattungsfähig sind,
3. hilfsweise den Rechtsstreit auszusetzen und dem Europäischen Gerichtshof die folgende Frage zur Vorabentscheidung vorzulegen: Sind die Art 28 (Warenverkehrsfreiheit) und Art 49, 50 (Dienstleistungsfreiheit) EG-Vertrag dahin auszulegen, dass sie einer Regelung entgegenstehen, die das Ruhen der Ansprüche auf Übernahme der Kosten für ärztliche Behandlungen sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnstaat des Versicherten betreffen, wenn der Versicherte sich länger als

---

sechs Wochen innerhalb eines Kalenderjahres in einem anderen Mitgliedstaat aufhört, ferner hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das LSG-Urteil für zutreffend, insbesondere liege kein Verstoß gegen die Dienstleistungsfreiheit nach [Art 49, 50 EG](#) vor. Trotz der nach [Â§ 13 Abs 2 SGB V](#) wählbaren Kostenerstattung ändere sich der Charakter der deutschen Krankenversicherung bezüglich des Sachleistungsprinzips nicht. Eine Verweisung auf die Sachleistungsaushilfe nach Art 28 Abs 1 Buchst a der Verordnung über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (EWGV 1408/71) sei daher möglich. Selbst wenn der freie Dienstleistungsverkehr durch die LSG-Entscheidung berührt werde, liege doch keine unzulässige Einschränkung vor. Denn die Beschränkung des deutschen Leistungsrechts auf zugelassene Leistungserbringer nach [Â§ 124 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) sei gerechtfertigt, um einen hohen Gesundheitsschutz zu erreichen und eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung zu gewährleisten. Im Übrigen läge ein Systemversagen nur dann vor, wenn sie überhaupt nicht in der Lage wäre, die Kläger mit der begehrten Leistung nach dem SGB V zu versorgen. Dies sei offensichtlich nicht der Fall.

II

Die zulässigen Revisionen der Kläger haben im Sinne der Zurückverweisung Erfolg, soweit sie die Kostenerstattung für physiotherapeutische Behandlungen betreffen. Der Senat kann auf Grund der bisherigen Feststellungen nicht abschließend entscheiden, ob dieser Anspruch ausgeschlossen ist oder ob die Sache dem EuGH zur Vorabentscheidung vorgelegt werden muss. Im Übrigen sind die Revisionen unbegründet.

Gegen die Zulässigkeit der Berufungen bestehen keine Bedenken, denn der von beiden Klägern zusammen geltend gemachte Betrag übersteigt den erforderlichen Beschwerdewert von 500 EUR. Nachdem das SG die ursprünglich getrennt erhobenen Klagen verbunden hat, errechnet sich der Beschwerdewert aus der Summe der streitigen Ansprüche. Das gilt auch dann, wenn mehrere Beteiligte klagen (Meyer-Ladewig, SGG 7. Aufl 2002, [Â§ 144 RdNr 17 f](#); vgl auch BSG [SozR 3-4100 Â§ 65 Nr 3 S 9 f](#)).

In prozessrechtlicher Hinsicht hat das LSG zu Recht angenommen, dass die erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklagen ([Â§ 54 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz](#) – SGG) zulässig und die Feststellungsklagen unzulässig sind. Der jetzige Prozess hat sich aus dem Abrechnungsverfahren für Krankheitsaufwendungen in Spanien anlässlich des dortigen Aufenthalts der Kläger während der Wintermonate 1998/1999 entwickelt: Die in diesem

---

Zusammenhang erklärte Weigerung der Beklagten, Rechnungen aus Spanien künftighin anzuerkennen, begründete zunächst ein Rechtsschutzbedürfnis für eine verbindliche Entscheidung über Art und Umfang des während des regelmäßigen Winteraufenthalts in Spanien bestehenden Krankenversicherungsschutzes (im Ergebnis ähnlich für die Feststellung der Familienversicherung: [BSGE 72, 292](#), 294 = [SozR 3-2500 Â§ 10 Nr 2](#) S 3 f mwN). Darauf bezogen sich demnach auch die entsprechenden Feststellungsklagen. Über die Rechtslage bei einem Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten der EU hat die Beklagte nach dem Gang des Verfahrens und der Begründung der Widerspruchsbescheide vom 16. Juni 2000 keine Aussage getroffen und nicht zu treffen. Insoweit fehlten die prozessualen Voraussetzungen für ein Feststellungsurteil von Anfang an.

Im Übrigen ist das Rechtsschutzbedürfnis für die Feststellungsklagen dadurch entfallen, dass die damit zusammenhängenden Rechtsfragen anlässlich eines konkreten Leistungsfalls sowieso zu klären waren. Nachdem die Kläger im Widerspruchs- bzw. Klageverfahren Rechnungen aus Spanien vorgelegt hatten, die neben dem grundsätzlichen Problem der Kostenerstattung weitere Fragen aufwarfen, war es ausgeschlossen, dass die Beteiligten ihre Meinungsverschiedenheiten mit der Feststellungsklage in einem einzigen Prozess wärden beilegen können (anders die Fallgestaltung im Senatsurteil vom 8. Februar 2000 – [B 1 KR 13/99 R](#) – HVBG-INFO 2000, 2178). Die Unzulässigkeit der Feststellungsklagen kann den Klägern allerdings nur entgegengehalten werden, weil sie im Rahmen der auf den konkreten Erstattungsanspruch gerichteten Anfechtungs- und Leistungsklagen eine sachliche Prüfung ihres Begehrens erreichen. Von einem zusätzlichen Verwaltungsverfahren insbesondere über den Leistungsanspruch der Klägerin konnte nach der geschilderten Verfahrensentwicklung unter dem Gesichtspunkt der Antragserweiterung oder -anpassung iS von [Â§ 99 Abs 3 Nr 2](#) bzw. Nr 3 SGG abgesehen werden. Klagegrund ist auch nach der Vorlage von Rechnungen über die Behandlungen in Spanien unverändert die Weigerung der Beklagten, für die dort entstehenden oder entstandenen Kosten aufzukommen; die zwischenzeitliche Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen steht wegen der dadurch geänderten prozessualen Situation lediglich der Fortsetzung desselben Prozesses als abstrakte Feststellungsklage entgegen (im Ergebnis ähnlich zum Verhältnis von Anerkennungsbescheid und Leistungsanspruch beim Kurzarbeitergeld: [BSGE 65, 238](#), 242 f = [SozR 4100 Â§ 72 Nr 11](#) S 23 f mwN; bei der behaupteten Verschlimmerung durch weitere Schädigungsfolgen in einem Zugunstenverfahren: BSG [SozR 1500 Â§ 99 Nr 2](#)).

Ob in der Sache ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht, kann der Senat nicht abschließend entscheiden. In Bezug auf die physiotherapeutischen Leistungen ist ein Anspruch insbesondere im Hinblick auf die in [Art 49 EG](#) garantierte Dienstleistungsfreiheit denkbar. Der Anspruch aus [Â§ 13 Abs 2 SGB V](#) für freiwillig Versicherte ist durch [Â§ 16 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) ausgeschlossen, weil die Leistungen in Spanien erbracht worden sind und die Voraussetzungen des [Â§ 18 Abs 1 SGB V](#) nicht vorliegen. Das in diesen Vorschriften konkretisierte Territorialitätsprinzip (vgl. auch [Â§ 30 Abs 1 SGB I](#), [Â§ 3 bis 5 SGB IV](#)) wird jedoch gemäß [Â§ 30 Abs 2](#)

---

Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), [Â§ 6](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) durch die Vorschriften des Ã¼ber- und zwischenstaatlichen Rechts Ã¼berlagert.

Anspruchsgrundlage ist [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) in der zum Zeitpunkt der Behandlung im Winter 1999/2000 geltenden Fassung des GKV-Solidaritätsstärkungs-Gesetzes vom 19. Dezember 1998 ([BGBl I 3853](#)), der hier allerdings mit Rücksicht auf die höherrangigen [Art 49, 50 EG](#) 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. Insoweit sind der in [Â§ 2 Abs 2](#) und [Â§ 13 Abs 1 SGB V](#) festgelegte Sachleistungsgrundsatz und die Beschränkungen des im Zeitpunkt der umstrittenen Leistungen noch geltenden Rechts bei Auslandsbehandlungen mit dem Europarecht unvereinbar, wie der Senat in anderen Urteilen vom 13. Juli 2004 näher darlegt (ua [B 1 KR 11/04 R](#), zur Veröffentlichung bestimmt). 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 die Inanspruchnahme von Vertragsärzten (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 22 S 104 mwN](#)). Außerhalb des Vertragsarztsystems hatte die Krankenkasse nach [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) Kosten nur zu erstatten, wenn sie dem Versicherten dadurch entstanden waren, 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 verschärfte [Â§ 18 Abs 1 SGB V](#) speziell für Auslandsbehandlungen dadurch, dass der Leistungsanspruch ausgeschlossen war, wenn eine gleichwertige Behandlungsmöglichkeit im Inland bestand. 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 dem Versicherten im Rahmen des inländischen Vertragsarztsystems nicht verschaffen konnte, und wenn der Versicherte sie zuvor entweder erfolglos beantragt hatte oder ihm die vorherige Einschaltung der Kasse nicht möglich war.

Nach der seither ergangenen Rechtsprechung des EuGH steht der in den dargestellten Regelungen des SGB V zum Ausdruck gebrachte Vorrang der inländischen Behandlung durch vertraglich gebundene Therapeuten 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 und daher eine Beschränkung auf zugelassene Leistungserbringer enthalten; lediglich für die Krankenhausbehandlung gelten Besonderheiten (vgl die Urteile Smits/Peerbooms vom 12. Juli 2001,