
S 6 KR 221/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 221/16
Datum	21.07.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 558/17
Datum	14.03.2019

3. Instanz

Datum	26.05.2020
-------	------------

Die Revision der KlÄgerin gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. MÄrz 2019 wird zurÄckgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

1

Die Beteiligten streiten Äber die Erstattung der Kosten fÄr eine ambulante Operation am linken Auge der KlÄgerin.

2

Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte KlÄgerin leidet an einem Keratokonus an beiden Augen (kugelfÄrmige VorwÄlbung der Hornhaut mit einer irregulÄren HornhautkrÄmmung und zu geringer HornhautstabilitÄt). Sie beantragte bei der Beklagten die KostenÄbernahme fÄr einen minimal-invasiven

Eingriff an beiden Augen, eine ambulant durchzuführende CISIS-Behandlung mit MyoRing-Implantation, durch den in Österreich praktizierenden Augenarzt Dr. D. (Antragsschreiben mit Datum vom 19.9.2015). Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat bislang für diese Therapie keine Empfehlung abgegeben. Die Beklagte teilte der Klägerin mit, die Unterlagen seien an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Stellungnahme weitergeleitet worden (Schreiben vom 2.10.2015). Nachdem der MDK eine Kostenübernahme unter Verweis auf die mangelnde Studienlage zur beantragten Operation nicht empfohlen hatte (23.10.2015), lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab (Bescheid vom 11.11.2015). Die Klägerin ließ währenddessen die Operation des rechten Auges am 19.10.2015 und die Operation des linken Auges am 14.12.2015 in Österreich durch Dr. D. für jeweils 3000 Euro durchführen. Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin zurück (Widerspruchsbescheid vom 8.6.2016). Das SG hat unter Verweis auf den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) den Bescheid der Beklagten in Gestalt des Widerspruchsbescheids aufgehoben, soweit die Beklagte die Versorgung des linken Auges mit einer CISIS-Behandlung abgelehnt hatte und die Beklagte verurteilt, der Klägerin die verauslagten Kosten für die Operation am linken Auge in Höhe von 3000 Euro zu erstatten. Im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen (Urteil vom 21.7.2017). Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG das SG-Urteil geändert und die Klage insgesamt abgewiesen: Ein Kostenerstattungsanspruch ergebe sich nicht aus [Â§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#). Der sachliche Anwendungsbereich des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) sei schon nicht berührt. Ein Kostenerstattungsanspruch ergebe sich auch nicht aus [Â§ 2 Abs 1a](#), [Â§ 13 Abs 3](#), [Â§ 13 Abs 4 SGB V](#) oder dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch (Urteil vom 14.3.2019).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#). [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) sei anwendbar. Sie habe keine Kostenerstattung, sondern nur eine Kostenübernahme beantragt. Zu berücksichtigen sei, dass es ihr nicht auf eine Behandlung im Ausland angekommen sei, sondern Dr. D. der einzige Arzt gewesen sei, der die beantragte Behandlung durchführe. Zudem sei [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) auch dann anwendbar, wenn bei Antragstellung eine Behandlung im Ausland geplant sei. Es sei auch nicht offensichtlich, dass die beantragte Leistung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehöre. Denn Behandlungsalternativen hätten gefehlt. Die Behandlung des linken Auges sei erst nach Ablauf der Frist aus [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) erfolgt. Die beiden Augenoperationen bildeten auch keine einheitlich zu beurteilende Leistungsbeschaffung.

4

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. März 2019 aufzuheben und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet ([Â§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Das LSG hat auf die Berufung der Beklagten die Klage zu Recht auch hinsichtlich der Erstattung der Kosten für die Behandlung des linken Auges abgewiesen und das Urteil des SG insoweit geändert. Die auf GKV-Recht außerhalb von [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) gestützte, zulässige kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (dazu 1.) ist ebenso unbegründet (dazu 2.) wie die auf eine Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs 3a Satz 6](#) iVm Satz 7 SGB V gestützte allgemeine Leistungsklage (dazu 3.). Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die operative Versorgung ihres linken Auges mit einer CISIS-Behandlung mit Implantation eines MyoRings in die Hornhaut.

8

1. Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ist zulässig. Die isolierte Anfechtungsklage ist schon wegen Unanwendbarkeit des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) auf Kostenerstattungsfälle (näher dazu unten 3.) nicht vorrangig.

9

2. Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin ergibt sich weder aus [Â§ 13 Abs 4 SGB V](#) (dazu a), [Â§ 2 Abs 1a SGB V](#) (dazu b), [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) (dazu c), dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch (dazu d), [Â§ 27](#) iVm [Â§ 140e SGB V](#) (dazu e) noch aus unmittelbar anwendbarem Gemeinschaftsrecht (dazu f).

10

a) [Â§ 13 Abs 4 SGB V](#) eröffnet Kostenerstattungsansprüche ohne sachliche Leistungsausweitung im Umfang des deutschen Leistungsrechts der GKV (dazu aa). Das Leistungsrecht der GKV sieht aber keinen Anspruch der Klägerin auf die Versorgung mit einer CISIS-Behandlung vor (dazu bb).

11

aa) Versicherte sind nach [Â§ 13 Abs 4 SGB V](#) (idF durch Art 4 Nr 3 Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22.6.2011, [BGBl I 1202](#), mWv 29.6.2011) 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 aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Wie sich aus der Formulierung "anstelle der Sach- oder Dienstleistung" in [Â§ 13 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) ergibt, setzt die Vorschrift einen Anspruch auf die entsprechende Naturalleistung nach dem SGB V voraus (vgl BSG vom 30.6.2009 [B 1 KR 19/08 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 21 RdNr 10](#); BSG vom 18.11.2014 [B 1 KR 19/13 R](#) [BSGE 117, 212](#) = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 26, RdNr 29). Sie entspricht unter diesem Aspekt den Bestimmungen $\frac{1}{4}$ ber gewillk $\frac{1}{4}$ rte und sachleistungsersetzende Kostenerstattung wegen Systemversagens ([Â§ 13 Abs 2](#) und 3 SGB V, vgl dazu stRspr, zB BSG vom 2.9.2014 [B 1 KR 11/13 R](#) [BSGE 117, 10](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 32, RdNr 8 mwN). Sie entpflichtet nicht von der Beachtung des nationalen Leistungsrechts des SGB V im $\frac{1}{4}$ brigen (vgl zB BSG vom 13.7.2004 [B 1 KR 33/02 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 3](#) RdNr 14).

12

bb) Das Leistungsrecht der GKV sieht jedoch keinen Anspruch der KI $\frac{1}{4}$ xgerin auf die Versorgung mit einer CISIS-Behandlung vor.

13

(1) Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt den sich aus [Â§ 2 Abs 1](#) und [Â§ 12 Abs 1 SGB V](#) ergebenden Einschr $\frac{1}{4}$ nkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckm $\frac{1}{4}$ ssig und wirtschaftlich sind und deren Qualit $\frac{1}{4}$ t und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, ggf modifiziert durch die Grunds $\frac{1}{4}$ tze grundrechtsorientierter Auslegung (vgl [Â§ 2 Abs 1a SGB V](#), zuvor BVerfG vom 6.12.2005 [1 BvR 347/98](#) [BVerfGE 115, 25](#) = [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 5](#) sowie zB BSG vom 17.12.2013 [B 1 KR 70/12 R](#) [BSGE 115, 95](#) = SozR 4-2500 Â§ 2 Nr 4, RdNr 28 mwN zur Rspr). Diese allgemeinen Vorgaben werden f $\frac{1}{4}$ r den ambulanten Bereich durch [Â§ 135 SGB V](#) konkretisiert. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertrags $\frac{1}{4}$ rztlichen Versorgung sind gem $\frac{1}{4}$ ss [Â§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) grunds $\frac{1}{4}$ tlich nur dann von der Leistungspflicht der GKV umfasst, wenn zun $\frac{1}{4}$ chst der GBA in Richtlinien nach [Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung $\frac{1}{4}$ ber den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat und der Bewertungsausschuss sie zudem zum Gegenstand des Einheitlichen Bewertungsma $\frac{1}{4}$ stabs f $\frac{1}{4}$ r vertrags $\frac{1}{4}$ rztliche Leistungen (EBM- $\frac{1}{4}$) gemacht hat (stRspr, vgl zum Ganzen zB BSG vom 16.5.2001 [B 6 KA 20/00 R](#) [BSGE 88, 126, 128](#) = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29](#) S 147; BSG vom 17.6.2008 [B 1 KR 24/07 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 17](#) RdNr 14; BSG vom 7.5.2013 [B 1 KR 44/12 R](#) [BSGE 113, 241](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 29, RdNr 13 mwN). Durch Richtlinien nach [Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5](#) iVm [Â§ 135 Abs 1 SGB V](#) wird nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertrags $\frac{1}{4}$ rztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer ($\frac{1}{4}$ rzte, Zahn $\frac{1}{4}$ rzte usw) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der KKn erbringen und abrechnen d $\frac{1}{4}$ rfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den KKn geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich

festgelegt (stRspr, vgl BSG vom 7.11.2006 [B 1 KR 24/06 R](#) [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 12](#), RdNr 12; BSG vom 3.7.2012 [B 1 KR 6/11 R](#) [BSGE 111, 137](#) = [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 25](#), RdNr 16; zur Bindungswirkung gegenÃ¼ber allen Systembeteiligten vgl [Â§ 91 Abs 6 SGB V](#); zur VerfassungsmÃ¤Ãigkeit und ihrer ÃberprÃfung vgl nunmehr BSG vom 11.5.2017 [B 3 KR 6/16 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 33 Nr 51 RdNr 46 ff](#); s ferner BSG vom 15.12.2015 [B 1 KR 30/15 R](#) [BSGE 120, 170](#) = [SozR 4-2500 Â§ 34 Nr 18](#), RdNr 45 ff zur Arzneimittel-RL des GBA).

14

Ãrztliche bzw Ãrztlich verordnete Behandlungsmethoden im Sinne der GKV sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll (vgl nur BSG vom 7.5.2013 [B 1 KR 44/12 R](#) [BSGE 113, 241](#) = [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 29](#), RdNr 15 mwN). "Neu" ist eine Methode, wenn sie (bisher) nicht als abrechnungsfÃhige Ãrztliche Leistung im EBM-Ã enthalten ist (stRspr, vgl nur BSG vom 17.2.2010 [B 1 KR 10/09 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 18 RdNr 21 mwN](#); BSG vom 11.5.2017 [B 3 KR 6/16 R](#) [SozR 4-2500 Â§ 33 Nr 51 RdNr 33 ff](#)).

15

Die CISIS-Behandlung kann nach diesen MaÃstÃben als neue Behandlungsmethode nicht zulasten der GKV erbracht werden. Die CISIS-Behandlung mit Implantation eines MyoRings ist bislang nicht als abrechnungsfÃhige Leistung im EBM-Ã enthalten und damit neu. Die erforderliche positive Empfehlung des GBA liegt nicht vor (anders dagegen zur UV-Vernetzung mit Riboflavin bei Keratokonus (sog UV-Crosslinking); vgl Beschluss des GBA Ãber eine Ãnderung der Richtlinie Methoden vertragsÃrztliche Versorgung vom 19.7.2018, BAnz AT 11.10.2018 B2).

16

(2) Ein Anspruch der KIÃgerin auf Versorgung mit einer CISIS-Behandlung ergibt sich auch nicht aus den GrundsÃtzen des Systemversagens.

17

Ungeachtet des in [Â§ 135 Abs 1 SGB V](#) statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt kann nach der Rspr des Senats eine Leistungspflicht der KKn ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurÃckzufÃhren ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz ErfÃllung der fÃr eine ÃberprÃfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃhrt wurde (sog Systemversagen). Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen FÃllen die in [Â§ 135 Abs 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien

rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (vgl BSG vom 16.9.1997 – [1 RK 28/95](#) – [BSGE 81, 54](#), 65 f = [SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 21](#); BSG vom 19.2.2002 – [B 1 KR 16/00 R](#) – [SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 12 S 70](#): "rechtswidrige Untätigkeit des Bundesausschusses").

18

Das Fehlen einer GBA-Empfehlung zur CISIS-Behandlung ist keine Folge eines Systemmangels in dem beschriebenen Sinne. Die Befürwortung der Methode durch einen behandelnden Arzt bei Fehlen einer Richtlinie des GBA genügt dafür nicht. Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([Â§ 163 SGG](#)) liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Antragstellung zur Prüfung der Methode bis zur Behandlung der Klägerin hintertrieben, verhindert oder in einer den KKn oder dem GBA sonst zurechenbaren Weise unzulässig verzögert worden sein könnte.

19

b) Ein Sachleistungsanspruch ergibt sich auch nicht aus [Â§ 2 Abs 1a SGB V](#) (zu den Voraussetzungen der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsrechts vgl BVerfG vom 6.12.2005 – [1 BvR 347/98](#) – [BVerfGE 115, 25](#) = [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 5](#); BSG vom 17.12.2013 – [B 1 KR 70/12 R](#) – [BSGE 115, 95](#) = [SozR 4-2500 Â§ 2 Nr 4, RdNr 28 mwN](#)). [Â§ 2 Abs 1a SGB V](#) setzt ua voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tÄdlich verlaufende Erkrankung oder wertungsmÄÄig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt. Daran fehlt es. Der bei der Klägerin festgestellte Keratokonus stellt keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tÄdlich verlaufende Erkrankung dar. Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([Â§ 163 SGG](#)) drohte der Klägerin auch keine Erblindung als wertungsmÄÄig vergleichbare Erkrankung (vgl BSG vom 2.9.2014 – [B 1 KR 4/13 R](#) – [SozR 4-2500 Â§ 18 Nr 9](#)).

20

c) Ein Anspruch der Klägerin ergibt sich ferner nicht aus [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#). Es fehlt – wie bereits ausgeführt (siehe 2. a bb) – an einem von [Â§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) vorausgesetzten Anspruch der Klägerin auf eine entsprechende Sachleistung (stRspr, vgl BSG vom 11.7.2017 – [B 1 KR 30/16 R](#) – [BSGE 124, 1](#) = [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 29, RdNr 8 mwN](#)), der im Ausland hätte realisiert werden können.

21

d) Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich schließlich auch nicht aus den Grundsätzen über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Er wird durch [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) ausgeschlossen (vgl BSG vom 4.4.2006 – [B 1 KR 5/05 R](#) – [BSGE 96, 161](#) = [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 8, RdNr 18 ff](#)).

e) Die KIÄrgerin kann aus [Â§ 140e SGB V](#) schon deswegen keinen Anspruch herleiten, weil nach den bindenden Feststellungen des LSG ([Â§ 163 SGG](#)) zwischen der Beklagten und dem Behandler Dr. D. keine Vereinbarung Ã¼ber die Erbringung von Leistungen f¼r Versicherte der Beklagten durch Dr. D. besteht.

f) Die KIÄrgerin kann auch keinen Anspruch aus europÃ¤ischem Koordinationsrecht (dazu aa) oder dem europÃ¤ischen PrimÃ¤rrecht (dazu bb) ableiten.

aa) Weder aus Art 20 EGV 883/2004 (Verordnung Nr 883/2004 des EuropÃ¤ischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl EU, Nr L 166, 1 vom 30.4.2004, berichtet in ABl EU 2004 L 200/1 vom 7.6.2004 â VO (EG) 883/2004) noch aus Art 7 Abs 1 der Patientenrichtlinie (Richtlinie 2011/24/EU des EuropÃ¤ischen Parlaments und des Rates vom 9.3.2011 Ã¼ber die AusÃ¼bung der Patientenrechte in der grenzÃ¼berschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl (EU) 2011 L 88/45 vom 4.4.2011) ergibt sich ein Anspruch.

(1) Art 20 EGV 883/2004 (Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen) begrenzt den sekundÃ¤rrechtlich begrÃ¼ndeten Leistungsanspruch f¼r nach dem SGB V Versicherte wie die KIÄrgerin auf die im GKV-Leistungskatalog enthaltenen Leistungen (vgl BSG vom 18.11.2014 â [B 1 KR 19/13 R](#) â [BSGE 117, 212](#) = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 26, RdNr 25). Die Regelung lautet: Sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, muss ein Versicherter, der sich zur Inanspruchnahme von Sachleistungen in einen anderen Mitgliedstaat begibt, die Genehmigung des zustÃ¤ndigen TrÃ¤gers einholen (Abs 1). Ein Versicherter, der vom zustÃ¤ndigen TrÃ¤ger die Genehmigung erhalten hat, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, erhÃ¤lt Sachleistungen, die vom TrÃ¤ger des Aufenthaltsorts nach den f¼r ihn geltenden Rechtsvorschriften f¼r Rechnung des zustÃ¤ndigen TrÃ¤gers erbracht werden, als ob er nach diesen Rechtsvorschriften versichert wÃ¤re. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewÃ¤hrt werden kann (Abs 2). Diese Voraussetzung erf¼llt die KIÄrgerin mit der beantragten CISIS-Behandlung nicht. Nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der KIÄrgerin, hier dem SGB V, hat die KIÄrgerin keinen Anspruch auf eine CISIS-Behandlung (siehe 2. a bb).

(2) Auch Art 7 Abs 1 der Patientenrichtlinie begrenzt den sekundärrechtlich begründeten Leistungsanspruch für nach dem SGB V Versicherte wie die Klägerin auf die im GKV-Leistungskatalog enthaltenen Leistungen. Er regelt als einen allgemeinen Grundsatz für die Kostenerstattung: Der Versicherungsmitgliedstaat stellt unbeschadet EGV 883/2004 und vorbehaltlich der Art 8 und 9 der Patientenrichtlinie sicher, dass die Kosten, die einem Versicherten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind, erstattet werden, sofern die betreffende Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die der Versicherte im Versicherungsmitgliedstaat Anspruch hat. Ungeachtet der Frage, ob und in welchem Umfang die Patientenrichtlinie geeignet ist, individuelle Rechte der Patienten zu begründen, weicht ihr Inhalt von den zu Art 20 EGV 883/2004 aufgezeigten gemeinschaftsrechtlichen Grundlinien nicht ab (vgl BSG vom 18.11.2014 – B 1 KR 19/13 R – BSGE 117, 212 = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 26, RdNr 27).

27

bb) Aus dem europäischen Primärrecht ergeben sich im vorliegenden Fall neben den durch [Â§ 13 Abs 4](#) und 5 SGB V kodifizierten Ansprüchen keine weitergehenden Ansprüche. [Â§ 13 Abs 4](#) und 5 SGB V setzen das europäische Primärrecht hinreichend um (vgl BSG vom 30.6.2009 – B 1 KR 22/08 R – BSGE 104, 1 = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 23, RdNr 48; BSG vom 18.11.2014 – B 1 KR 19/13 R – BSGE 117, 212 = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 26, RdNr 28).

28

3. Die Klägerin erfüllt nicht die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs nach [Â§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#). Der Anspruch scheidet bereits daran, dass – wie das LSG zutreffend erkannt hat – [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) auf Geldleistungsansprüche nach [Â§ 13 Abs 4 SGB V](#) sachlich nicht anwendbar ist (dazu a). Dem steht nicht entgegen, dass auch bei einer (geplanten) Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union der Antrag grundsätzlich auf eine Versorgung mit der begehrten Behandlung als Naturalleistung gerichtet bleibt (vgl BSG vom 27.8.2019 – B 1 KR 36/18 R – SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 48 RdNr 17). Einen solchen Antrag hat das LSG im konkreten Fall verneint. Die Rüge der Klägerin, das LSG hätte nicht von einem auf eine Geldleistung gerichteten Antrag ausgehen dürfen, greift nicht durch (dazu b).

29

a) [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) ist sachlich nicht anwendbar. Die Klägerin beantragte eine Geldleistung nach [Â§ 13 Abs 4 SGB V](#), nicht eine Naturalleistung.

30

aa) Wie der Senat bereits entschieden hat (vgl grundlegend BSG vom 8.3.2016 – B 1 KR 25/15 R – BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 11), findet [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) keine Anwendung auf Ansprüche gegen KKn, die unmittelbar auf

eine Geldleistung gerichtet sind. Das sind andere Ansprüche der Versicherten wegen naturalleistungsersetzender Kostenerstattung [§ 13 Abs 2 SGB V](#) und wegen Geldleistungen mit Unterhaltersatzfunktion. Der gesetzliche Erstattungsanspruch für selbstbeschaffte erforderliche Leistungen passt hierauf nicht. Versicherte können sich jederzeit Kredite zur Überbrückung von Zeiten verschaffen, in denen ein Bedarf entsteht, weil KKn ihnen zustehende Geldleistungsansprüche nicht auszahlen. Es bedarf hierfür keines besonderen Rechtsmechanismus, die gesetzliche Verzinsungsregelung greift (vgl. [§ 44 SGB I](#)). Der Gesetzgeber ging für die Regelung dementsprechend von einer "Ausnahme vom Sachleistungsprinzip" aus (vgl. hierzu Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRVerbG), [BT-Drucks 17/10488 S 32](#)). Die späteren Änderungen des Gesetzentwurfs (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines PatRVerbG der Bundesregierung, [BT-Drucks 17/11710 S 11](#)) geben keinen Anlass zu einer hiervon abweichenden Auslegung (vgl. ausführlich zu Entstehungsgeschichte, Regelungssystem und Regelungszweck des [§ 13 Abs 3a SGB V](#), BSG vom 26.5.2020 [B 1 KR 9/18 R](#) -).

31

bb) Auch der Anspruch auf sachleistungsersetzende Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 4 SGB V](#) ist auf eine Geldleistung gerichtet. Ein entsprechender Antrag auf Übernahme oder Erstattung der bei der Selbstbeschaffung anfallenden Kosten ist kein Antrag im Sinne des [§ 13 Abs 3a SGB V](#) (im Ergebnis ebenso: LSG Baden-Württemberg vom 17.4.2018 [L 11 KR 3833/17](#) [juris RdNr 16](#) und vom 23.7.2019 [L 11 KR 498/19](#) [juris RdNr 23](#); LSG Berlin-Brandenburg vom 27.6.2019 [L 9 KR 292/18](#) [juris RdNr 38](#)). Dabei ist in Fällen sach- oder dienstleistungsersetzender Leistungen nicht allein maßgeblich, dass die Leistungen der KK Geldleistungen sind, sei es durch Erstattung der Kosten einer vom Versicherten bereits bezahlten Rechnung, sei es durch Zahlung an den Leistungserbringer zur Erfüllung einer Zahlungsverpflichtung des Versicherten. Ausschlaggebend ist, dass die KK nicht zusätzlich über die Kostenerstattung, Kostenübernahme oder Kostenfreistellung entscheiden muss, damit für den Versicherten der Weg zur Selbstbeschaffung frei wird. Der Versicherte hat nach [§ 13 Abs 2, 3 und 4 SGB V](#) schon eine Rechtsposition zur Selbstbeschaffung einer Leistung erlangt, bei der er nicht auf eine Entscheidung der KK für sein weiteres Vorgehen zur Erlangung der Leistung angewiesen ist. Die KK kann seinem Kostenerstattungsanspruch den Beschaffungsweg nicht anspruchshindernd entgegenhalten. Er ist anders als derjenige, der zunächst nur einen Naturalleistungsanspruch auf eine nicht unaufschiebbare Leistung gegen die KK hat, zur Beschleunigung der Leistungserbringung nicht auf das Selbstbeschaffungsrecht nach [§ 13 Abs 3a SGB V](#) angewiesen. Dem steht nicht entgegen, dass der Antrag im Sinne von [§ 13 Abs 3a SGB V](#) nicht nur Leistungen erfasst, die zwingend einen Antrag bei der KK voraussetzen. Die Regelung ermöglicht auch einen Antrag bei der KK gerade dann, wenn der Leistungserbringer, zB das Krankenhaus nach [§ 108 SGB V](#) oder der Vertragsarzt ohne Entscheidung der KK, keine Sachleistung erbringen will, weil er befürchtet, dass die KK den Vergütungsanspruch bestreiten oder eine Honorarkürzung veranlassen könnten (vgl. zum Problem der

nicht grob fahrlässigen Unkenntnis der Versicherten über die Rechtswidrigkeit der beantragten Leistung in solchen Fallgestaltungen BSG vom 26.5.2020 (B 1 KR 9/18 R -). Diese Vorgehensweise steht auch dem nach [Â§ 13 Abs 2](#) und 4 SGB V berechtigten Versicherten offen. [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) (Unaufschiebbarkeit und abgelehnter Antrag) scheidet dafür schon tatbestandlich aus. Der Versicherte kann durch einen Antrag sein Risiko, die Kosten einer selbstbeschafften Leistung auch selbst tragen zu müssen, mit einer entsprechenden Entscheidung der KK reduzieren oder ausschließen. Es bedarf dieser Entscheidung jedoch nicht, um die Leistungsbeschaffung zu beschleunigen.

32

cc) Der Zweck der Genehmigungsfiktion des [Â§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) besteht nicht darin, auch den nach [Â§ 13 Abs 2](#) und 4 SGB V berechtigten Versichertengruppen mit dem Fristablauf einen vom materiellen Recht abgekoppelten, eigenständigen Kostenerstattungsanspruch nach Selbstbeschaffung zu ermöglichen. Von dem allgemeinen Beschleunigungszweck der Gesamtvorschrift ist der spezifische Zweck der Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) zu unterscheiden, der nicht in der Beschleunigung des einzelnen Antragsverfahrens liegt. Dies geschieht bereits durch die Eröffnung der Selbstbeschaffung mit Kostenerstattung. Der spezifische Zweck liegt in dem Druck, den die Genehmigungsfiktion auf die KKn ausübt, in allen Verfahren, die eine beantragte Naturalleistung zum Gegenstand haben, eine schnelle Entscheidung herbeizuführen. Die Begünstigung des einzelnen Versicherten, der sich aufgrund der Genehmigungsfiktion eher für eine Selbstbeschaffung entscheiden dürfte als ohne eine solche, erfolgt nicht in erster Linie um seiner selbst willen. Sie ist Mittel zur Erreichung einer Effizienzsteigerung zugunsten der gesamten Versichertengemeinschaft im Rahmen der Versorgung der Versicherten nach dem Naturalleistungsprinzip (vgl BSG vom 26.5.2020 (B 1 KR 9/18 R -).

33

dd) Der Senat lässt offen, ob Fälle, in denen Versicherte auf eine zuvor zu treffende Entscheidung der KK angewiesen bleiben, um ihr Selbstbeschaffungsrecht wirksam ausüben zu können, vom Anwendungsbereich ausgeschlossen sind. Dies betrifft insbesondere das Zustimmungserfordernis nach [Â§ 13 Abs 5 SGB V](#) (vgl zur Zahnersatz-Leistung als in den Anwendungsbereich des [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) fallend BSG vom 27.8.2019 (B 1 KR 9/19 R -).

34

b) Der erkennende Senat ist an die LSG-Feststellung gebunden, dass die Klägerin nur eine Geldleistung beantragt hat. Die Klägerin bringt diesbezüglich keine zulässigen und begründeten Verfahrensrügen vor (vgl [Â§ 163 SGG](#)). Soweit sie mit ihrer Revision sinngemäß rügt, das LSG habe die Grenzen freier Beweiswürdigung ([Â§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG](#)) überschritten, bezeichnet sie im Sinne von [Â§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#) nicht alle Tatsachen, die den Mangel ergeben sollen. Notwendig hierfür ist eine Darlegung, die das Revisionsgericht in die Lage

versetzt, sich allein anhand der Revisionsbegründung ein Urteil darüber zu bilden, ob die angegriffene Entscheidung auf einem Verfahrensmangel beruhen kann (BSG vom 7.4.1987 – [11b RAr 56/86](#) – [SozR 1500 Â§ 164 Nr 31](#) S 49). Im Falle der Rüge eines Verstoßes gegen die Grenzen freier Beweiswürdigung kann das Revisionsgericht nur prüfen, ob das Tatsachengericht bei der Beweiswürdigung gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze verstoßen hat und ob es das Gesamtergebnis des Verfahrens ausreichend und umfassend berücksichtigt hat. Die Beweiswürdigung steht innerhalb dieser Grenzen im freien Ermessen des Tatsachengerichts ([Â§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Wer diesen Verfahrensverstößt rügt, muss das Vorliegen dieser Voraussetzungen im Einzelnen darlegen (vgl BSG vom 27.4.2016 – [B 12 KR 16/14 R](#) – juris RdNr 13; BSG vom 8.9.2005 – [B 13 RJ 10/04 R](#) – [BSGE 95, 112](#) = [SozR 4-2600 Â§ 101 Nr 2](#), RdNr 12 f; BSG vom 31.5.2005 – [B 2 U 12/04 R](#) – [SozR 4-5671 Anl 1 Nr 2108 Nr 2 RdNr 9 mwN](#); BSG vom 19.12.2017 – [B 1 KR 17/17 R](#) – [BSGE 125, 76](#) = [SozR 4-5562 Â§ 6 Nr 1, RdNr 16](#)).

35

Daran fehlt es, wenn die Revisionsbegründung geltend macht, das LSG habe nicht berücksichtigt, dass sie – auf Bitte der Beklagten – nur einen "Kostenplan" vorgelegt habe und es ihr auch nicht auf eine Behandlung im Ausland angekommen sei. Sie habe nur eine Kostenübernahme beantragt. Außerdem komme ein Kostenerstattungsanspruch ohnehin erst in Betracht, wenn die Leistung erbracht sei. Die Klägerin setzt sich weder damit auseinander, dass sie nach den Feststellungen des LSG bereits bei Antragstellung den Operationstermin für das rechte Auge bei Dr. D. in Österreich mitgeteilt hat, noch damit, dass Dr. D. ihr schon mit Datum vom 30.9.2015 eine Honorarnote über 3000 Euro für die Operation des rechten Auges am 19.10.2015 übersandte und dies die Möglichkeit einschloss, dass Dr. D. seine Leistung gerade nicht im Rahmen des staatlichen österreichischen Gesundheitssystems, sondern auf privatvertraglicher Grundlage erbringen wollte. Ein Überschreiten der Grenzen freier Beweiswürdigung durch das LSG zeigt sie schon deshalb nicht auf. Auch sofern die Klägerin einen Mangel der Amtsermittlung im Hinblick auf die Veranlassung des "Kostenplans" geltend machen will, hat sie keine hinreichenden Tatsachen im Sinne von [Â§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#) bezeichnet, die den Mangel ergeben sollen. Sie hat zudem keine konkreten Beweismittel genannt, mithilfe derer sich dem LSG eine weitere Beweiserhebung hätte aufdrängen müssen (vgl [Â§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#); vgl näher zu dessen Voraussetzungen BSG vom 11.12.2008 – [B 9 VS 1/08 R](#) – juris RdNr 69, insoweit in [BSGE 102, 149](#) = [SozR 4-1100 Art 85 Nr 1](#) nicht abgedruckt; BSG vom 3.7.2012 – [B 1 KR 25/11 R](#) – [BSGE 111, 168](#) = [SozR 4-2500 Â§ 31 Nr 22, RdNr 28 mwN](#); BSG vom 24.4.2018 – [B 1 KR 29/17 R](#) – [SozR 4-2500 Â§ 2 Nr 11 RdNr 17](#)).

36

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

Erstellt am: 25.09.2020

Zuletzt verändert am: 21.12.2024