

L 6 KR 226/17 NZB

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 14 KR 2829/15

Datum

12.01.2017

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 226/17 NZB

Datum

16.06.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 12. Januar 2017 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers. Der Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte dem Kläger 462,00 Euro aufgrund der Durchführung einer medizinischen Vorsorgemaßnahme in dem Zeitraum vom 17. Mai bis 7. Juni in Z. in Ungarn zu erstatten hat.

Der Kläger beantragte am 11. März 2015 bei der Beklagten die "Gewährung einer ambulanten Vorsorgeleistung (in einem anerkannten Kurort)" für den Zeitraum 17. Mai bis 7. Juni 2015 in Z./Ungarn. Das Formular enthält auf der Rückseite die "Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V" des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. F. vom 5. März 2014. Mit Bescheid vom 14. April 2015 stimmte die Beklagte einer ambulanten Vorsorgeleistung zu. Der Kläger möge beachten, dass er die Vorsorgeleistung bis zum 13. Oktober 2015 in Z./Ungarn antreten, einen dort ansässigen Kurarzt konsultieren und von diesem verordnete Anwendungen in Anspruch nehmen müsse. Nach der Rückkehr möge er eine kurärztliche Verordnung sowie quitierte Rechnungsbelege über die kurärztliche Behandlung sowie die kurärztlich verordneten Anwendungen vorlegen. Zu den Kurmitteln habe er eine Zuzahlung in Höhe von 10 v.H. und zusätzlich 10,00 Euro je Verordnung zu leisten. Nicht erstattungsfähig seien Angebote verschiedener Reiseveranstalter, bei denen im Reisepreis sowohl Unterkunft, Verpflegung als auch ärztliche Behandlung und die medizinisch therapeutischen Anwendungen enthalten seien. Bei solchen "Pauschalkuren" handle es sich nicht um ambulante Vorsorgeleistungen im Sinne des Gesetzgebers, weil in der Regel weder ein auf seinen individuellen Vorsorgebedarf zugeschnittener Vorsorgeplan, noch eine spezifizierte und quitierte Rechnung des Leistungserbringers vorlägen. Der Erstattungsbetrag für die medizinischen Leistungen vermindere sich um den gesetzlich vorgeschriebenen Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Verwaltungskosten in Höhe von 10 v.H., mindestens 3,00 Euro, höchstens 50,00 Euro. Die übrigen Kosten der ambulanten Vorsorgeleistung wie Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrtkosten könnten bei einer Maßnahmedauer von mindestens 14 Kalendertagen mit einem Pauschalbetrag von 100,00 Euro bezuschusst werden. Beigefügt war dem ein entsprechender Antrag, den der Kläger am 16. Juni 2015 bei der Beklagten einreichte. Er fügte Rechnungen bezüglich der Unterkunft (315,00 Euro) eines Kurpaketes über eine 2-Wochen Kur (14 komplexe Eintrittskarten, eine ärztliche Untersuchung und 24 Behandlungen: 85.600 Forint - ca. 285,00 Euro) sowie zwei weitere Rechnungen über 3.700 Forint (ca. 9,00 Euro) und 7.400 Forint (ca. 24,66 Euro) bei und teilte mit, die Anreise sei mit dem eigenen Pkw erfolgt. Mit Bescheid vom 18. Juni 2015 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung ab. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und führte aus, Dr. F. habe ihm eine Kur im Ausland empfohlen, weil er ihm wegen seines nicht vorhandenen Budgets keine Kur im Inland habe ermöglichen können. Er habe privat die Unterkunft in einer Pension gebucht. Am 18. Mai 2015 habe er die Kurärztin aufgesucht. Er sei untersucht worden und habe dann ein Kurangebot aussuchen müssen. Anhand des gekauften 2-Wochen-Kurpakets habe die Kurärztin die Behandlungen festgelegt. Die von ihm in Anspruch genommenen Sohlenmassagen seien entsprechend der vorliegenden Quittungen extra bezahlt worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. September 2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Neben dem Fehlen spezifizierter und quittierter Rechnungsbelege falle vorwiegend die Tatsache ins Gewicht, dass durch Pauschalkuren wesentliche Kriterien zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen "Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag)" vom 1. Juli 2013 nicht erfüllt seien. Er definiere für ambulante Vorsorgeleistungen im Inland insbesondere die Anforderungen an die Tätigkeit des Kurarztes. Dessen Tätigkeit umfasse vorwiegend das Aufstellen eines schriftlichen individuellen

Vorsorgeplans mit Angabe der anzuwendenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Anamnese und Befunden, die Festlegung des Vorsorgeziels, die kontinuierliche Überwachung und gegebenenfalls Korrektur des Vorsorgeplans, regelmäßige Kontrolluntersuchungen, eine Abschlussuntersuchung mit Beurteilung des Effektes der ambulanten Vorsorgeleistungen sowie spezifische Empfehlungen für weitere Maßnahmen am Wohnort. Insbesondere die auf ein pauschaliertes Angebot ausgerichteten Maßnahmen böten letztlich nicht die Gewähr dafür, dass die vorstehend beschriebenen Elemente einer kurärztlichen Behandlung auch nur ansatzweise erfüllt würden. Hierfür spreche auch die Tatsache, dass im Zusammenhang mit der Durchführung von Pauschalkuren "echte" kurärztliche Verordnungen in der Regel nicht ausgestellt würden.

Im Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) hat der Kläger vertreten, er habe keine Pauschalkur durchgeführt. Dem Bescheid der Beklagten vom 14. April 2015 habe er die jetzt gestellten Anforderungen nicht entnehmen können. Die Beklagte hat ausgeführt, die Behandlungen (Massage, Ultraschall, Schlammpackungen) seien aufgrund eines Pauschbetrages erstattet/bezahlt worden, der offensichtlich auch die kurärztliche Inanspruchnahme umfasst habe. Daher habe es sich um eine Pauschalkur gehandelt, auch wenn Unterkunft/Verpflegung sowie das Behandlungspaket getrennt voneinander bezahlt worden seien. Schließlich bestünden auch Zweifel ob es sich bei dem Vertragspartner - um einen Leistungserbringer im Sinne des [§ 13 Abs. 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehandelt habe. Schließlich sei für die Kostenerstattung auch Voraussetzung, dass die kurärztliche Behandlung im Ausland derjenigen entspreche, die auch bei einer ambulanten Vorsorgekur im Inland nach dem Kurarztvertrag vom 1. Juli 2013 durchgeführt wird.

Mit Urteil vom 12. Januar 2017 hat das SG die Beklagte verurteilt, an den Kläger 462,00 Euro zu zahlen und im Übrigen die Klage abgewiesen. Bei den von dem Kläger in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen habe es sich nicht um eine Pauschalkur gehandelt. Sie sei nach ihrem Bescheid vom 14. April 2015 verpflichtet, ihm die Aufwendungen in der Form der Kosten für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrtkosten mit einem Pauschalbetrag von 21,00 Euro je Kalendertag zu bezuschussen. Daraus ergebe sich ein Erstattungsbetrag in Höhe von insgesamt 462,00 Euro (22 Kalendertage x 21,00 Euro). Kosten für die Heilbehandlungen in Höhe von 85.600,00 Forint (ca. 278 Euro) seien nicht zu erstatten, weil der Kläger ein pauschales Kurpaket gebucht habe, so dass die Beklagte nicht im Einzelnen habe prüfen können, ob und in welcher Höhe sie diese Kosten für medizinische Maßnahmen im Ausland im Inland hätte tragen müssen.

Gegen die Nichtzulassung der Berufung hat die Beklagte am 23. Februar 2017 Beschwerde eingelegt. Die Berufung sei zuzulassen, weil das SG sie entgegen [§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), der nur einen Betrag in Höhe von 13,00 Euro vorsehe, verurteilt habe, Kosten in Höhe von 21,00 Euro täglich zu tragen. Die entsprechende Satzungsregelung, die lediglich die Gewährung eines Zuschusses zu den Kurkosten in Form eines Pauschalbetrages in Höhe von insgesamt 100,00 Euro vorsehe, sei hierbei außer Acht gelassen worden. Zudem könne die Übernahme der Kosten nicht auf einzelne Bestandteile, wie Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrtkosten begrenzt werden. Danach dürfte es bereits an einer Rechtsgrundlage fehlen, den Kurkostenzuschuss ohne die dazugehörige Hauptleistung zu erbringen. Die dieser Rechtssache zu Grunde liegende Streitigkeit habe grundsätzliche Bedeutung, weil die Klärung der Rechtsfrage, ob ein Kurkostenzuschuss nach [§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) trotz eindeutig anderslautender gesetzlicher Bestimmungen auch ohne Bewilligung einer Hauptleistung zu gewähren sei, dringend erforderlich erscheine.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichtes Altenburg vom 12. Januar 2015 zuzulassen.

Der Kläger hat keinen Antrag gestellt.

Nach seinem Schriftsatz vom 4. April 2017 kann er nicht nachvollziehen, warum ihm die entstandenen Kosten nicht (sinngemäß: vollständig) erstattet würden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird ergänzend auf den Inhalt der Beschwerdeakte sowie der beigezogenen Prozessakte des SG Altenburg (Az.: [S 14 KR 2829/15](#)) und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidung war.

II.

Die Nichtzulassungsbeschwerde der Beklagten ist unbegründet.

Nach [§ 145 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) kann die Nichtzulassung der Berufung durch das SG durch Beschwerde angefochten werden. Nach [§ 144 Absatz 1 SGG](#) bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes (1) bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750,00 Euro nicht übersteigt. Die Berufung bedurfte hier der Zulassung durch das SG, weil die Beschwer der Beklagten 462,00 Euro beträgt. Das SG hat sie nicht zugelassen.

Die Berufung war auch nicht nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) auf die Beschwerde durch den Senat zuzulassen. Dies kommt nur in Betracht, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat ([§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)), das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des gemeinsamen Senates der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#)) oder ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann ([§ 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG](#)).

Der Begriff der grundsätzlichen Bedeutung ist wie in [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) auszulegen. Demnach hat eine Rechtssache über den Einzelfall hinaus nur dann eine grundsätzliche Bedeutung, wenn sie eine Rechtsfrage aufwirft, die aus Gründen der Rechtseinheit oder der Rechtsfortbildung im allgemeinen Interesse erforderlich (Klärungsbedürftigkeit) und deren Klärung durch das Berufungsgericht zu erwarten (Klärungsfähigkeit) ist (vgl. BSG, Beschluss vom 3. April 2008 - Az.: [B 11b AS 15/07 B](#) m.w.N., nach juris). Ein Individualinteresse genügt nicht. Maßgebend ist nicht die richtige Einzelfallentscheidung; sie ist nur eine Folge der Klärung der grundsätzlichen Rechtsfrage (vgl. Senatsbeschluss vom 7. Februar 2001 - Az.: L 6 KN 220/99 KR NZB).

Eine grundsätzliche Rechtsfrage in diesem Sinn ist weder dargelegt noch ersichtlich. Soweit die Beklagte meint, es müsse geklärt werden, ob der Kurkostenzuschuss ohne die dazugehörige Hauptleistung zu erbringen sei, fehlt es bereits an der Klärungsbedürftigkeit, weil sich die Antwort unmittelbar aus dem Gesetz ergibt. Nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss bis zu 13 Euro täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 21 Euro erhöht werden. Daraus ergibt sich unmittelbar, dass die Erstattung weiterer Kosten im Zusammenhang mit der Leistung stehen muss. Erbringt die Beklagte keine Leistung, können auch keine Kosten entstehen, die mit dieser Leistung in Zusammenhang stehen. Soweit das SG die Satzungsregelung der Beklagten nicht berücksichtigt hat, wonach für die übrigen Kosten - Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung, Kurtaxe, Fahrtkosten - nur ein Pauschbetrag in Höhe von 100,00 Euro erstattet werden kann, rügt die Beklagte letztendlich nur eine unrichtige Entscheidung des SG.

Eine Abweichung (Divergenz) im Sinne von [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) bedeutet Widerspruch im Rechtssatz, nämlich das Nichtübereinstimmen tragender abstrakter Rechtssätze, die zwei Urteilen zu Grunde gelegt worden sind. Eine Abweichung liegt nicht schon dann vor, wenn das Urteil des SG nicht den Kriterien entspricht, die das BSG oder das Thüringer Landessozialgericht - das Berufungsgericht - aufgestellt haben, sondern erst, wenn es diesen Kriterien widersprochen, also andere Maßstäbe entwickelt, hat (vgl. BSG, Beschluss vom 8. Dezember 2008 - Az.: [B 12 R 37/07 B](#) zu [§ 160 Abs. 2 SGG](#), nach juris). Das SG weicht nur dann von einer Entscheidung ab, wenn es einen abstrakten Rechtssatz aufstellt, der der zum selben Gegenstand gemachten und fortbestehenden aktuellen abstrakten Aussage des BSG oder des Thüringer Landessozialgerichts entgegen steht und dem erstinstanzlichen Urteil tragend zu Grunde liegt. Nicht ausreichend ist ein Rechtsirrtum im Einzelfall (vgl. BSG, Beschluss vom 27. Januar 1999 - Az.: [B 4 RA 131/98 B](#), nach juris). Hier ist nicht ersichtlich, dass das SG einen abstrakten Rechtssatz aufgestellt hat, der zu einem abstrakten Rechtssatz in einem Urteil des Bundessozialgerichts oder des Berufungsgerichts im Widerspruch steht.

Einen Zulassungsgrund nach [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) hat die Beklagte weder dargetan, noch ist ein solcher ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#).

Der Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2017-07-04