

L 2 K 16/95

Land
Saarland
Sozialgericht
LSG für das Saarland
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG für das Saarland (SAA)
Aktenzeichen
-

Datum
29.03.1995
2. Instanz
LSG für das Saarland
Aktenzeichen
L 2 K 16/95

Datum
25.03.1997
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Übernahme der erforderlichen Behandlungskosten für eine ambulante Rehabilitationskur im Ausland steht nach [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) im Ermessen des Krankenversicherers.

Zu den "weiteren Kosten" gemäß § 18 Abs. 2 SGB V gehören alle Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Fahrkosten.

Bei der Ermessensentscheidung im Rahmen des [§ 18 Abs. 1](#) u. 2 SGB V sind auch die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten zu berücksichtigen.

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 29.03.1995 sowie die Bescheide der Beklagten vom 04.08.1992 und 15.03.1993 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17.01.1994 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Beklagte hat dem Kläger die in beiden Rechtszügen entstandenen Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, welche Kosten die Beklagte für eine ambulante Rehabilitationskur des Klägers in Davos zu erbringen hat.

Der am xx geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er leidet an einem dyshidrotischen Handekzem bei Atopie und Kontaktsensibilisierungen. Wegen dieser Erkrankung führte er im Jahre 1991 eine stationäre Rehabilitationskur in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos durch. Kostenträger war die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

Mit Schreiben vom 12.03.1992 beantragte die Hautärztin Dr. T. für den Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer ambulanten Badekur in Davos. Der Kläger leide seit vielen Jahren an einem dyshidrotischen Handekzem. Nach der stationären Heilbehandlung in Davos sei es zum Abheilen der Hautveränderungen gekommen. Da es jetzt wieder zu einem schweren Schub mit erosiven Hautveränderungen an den Händen gekommen sei, sei eine mindestens dreiwöchige ambulante Badekur in Davos erforderlich.

Die Beklagte holte ein Gutachten (vom 10.04.1992) beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein, der nach Untersuchung des Klägers die Auffassung vertrat, die Durchführung einer ambulanten Reha-Maßnahme vor Ablauf der Dreijahresfrist sei indiziert. Es solle ein Kurort in allergenarmer Gegend gewählt werden.

Mit Formularschreiben vom 21.04.1992 erteilte die Beklagte dem Kläger eine "Leistungszusage für eine ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationskur im Ausland". In dem Schreiben wurde der Kläger darauf hingewiesen, daß mit den Ärzten und Kurverwaltungen im Ausland keine Verträge bestünden, so daß der Arzt am Kurort nicht direkt mit der Beklagten abrechnen könne. Er werde daher eine Privatrechnung für den Kläger ausstellen. Nach beendetem Aufenthalt solle er - der Kläger - die bezahlte Honorarrechnung vorlegen. Er erhalte dann den Betrag erstattet, wie er bei einer vertragsbadeärztlichen Behandlung in der Bundesrepublik entstanden wäre. Auch die Kurmittel müsse er zunächst bezahlen. Er erhalte dann die für Sozialversicherungsträger gültigen Sätze oder, falls keine vereinbart worden seien, die Leistungen vergleichbarer Inlandssätze zurück, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen.

In der Zeit vom 15.05. bis 12.06.1992 führte der Kläger die Kur in Davos durch. Die Behandlung erfolgte ambulant in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos.

Mit Schreiben vom 28.07.1992, das bei der Beklagten am 03.08.1992 einging, beantragte der Kläger die Erstattung der entstandenen Gesamtkosten. Bereits im vergangenen Jahr habe er sich auf Kosten der BfA in stationärer Behandlung in Davos befunden. Nachdem im Frühjahr dieses Jahres nochmals allergische Reaktionen aufgetreten seien, habe seine behandelnde Ärztin erneut eine Behandlung in Davos empfohlen. Als Kenner der Sachlage habe er mit ihr eine ambulante Behandlung in derselben Klinik abgesprochen. Es sei nicht erforderlich gewesen, bei einem teuren Pflegesatz hospitalisiert zu werden. So habe er sich in der Ambulanz der Klinik angemeldet und gleichzeitig einen günstigen Hotelaufenthalt besorgt. Durch sein umsichtiges Verhalten habe er der Beklagten gegenüber einer stationären Behandlung mindestens 15.000,00 DM erspart. Daher dürfe es außer Frage stehen, daß ihm die entstandenen Gesamtkosten zu ersetzen seien.

Mit Bescheid vom 04.08.1992 teilte die Beklagte dem Kläger mit, wie aus ihrem Schreiben vom 21.04.1992 zu ersehen sei, erstatte die Kasse die Kosten der Kurmittel und Arzneien bis zu dem Betrag, den sie im Inland zu zahlen gehabt hätte. Die Kosten der badeärztlichen Behandlung würden in der Höhe vergütet, wie sie im Inland auf Badeartztausweis nach dem Badearztvertrag angefallen wären. Zu den Kosten für die Unterbringung und Verpflegung könne sie keinen Zuschuß zahlen, ebenso nicht für die angefallenen Fahrkosten von H. nach Davos.

Gegen diesen Bescheid wandte sich der Kläger mit Schreiben vom 12.08.1992, das die Beklagte als Widerspruch behandelte. Im weiteren Verlauf des Verfahrens stellte er klar, daß es ihm um die Erstattung der restlichen Arztkosten in Höhe von 437,87 DM, eines Tageszuschusses von insgesamt 420,00 DM (15,00 DM täglich) sowie der Fahrkosten in Höhe von 309,40 DM (Eisenbahnkosten 2. Klasse), insgesamt 1.167,27 DM, gehe.

Mit Bescheid vom 15.03.1993 lehnte die Beklagte erneut die Erstattung weiterer Kosten ab. Dem Kläger seien für eine ambulante Badekur in Davos Leistungen nach den Sätzen zugesagt worden, wie sie bei ärztlichen Leistungen im Inland zugrunde zu legen gewesen wären. Der darüber hinaus nach § 16 Abs. 1 der Satzung der Kasse alle nicht-medizinischen Leistungen abgeltende Zuschuß von 15,00 DM täglich werde nach einem alle Kassen betreffenden Beschluss des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) für Kuren im Ausland nicht erbracht. Die Erstattung der ärztlichen Behandlungskosten und der Kosten für die therapeutischen Maßnahmen zu den Inlandsätzen beruhe auf einem Bescheid des Bundesversicherungsamtes in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde. Der Kläger habe die Leistungen erhalten, die ihm zugesagt worden seien und die nach Art und Umfang einer ambulanten Badekur entsprechen würden. Fahrkosten würden für ambulante Kuren auch für Maßnahmen im Inland bei zum Teil weiteren Entfernungen nicht übernommen.

Mit Schreiben vom 26.04.1993 machte der Kläger unter Bezugnahme auf § 44 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren (SGB X) geltend, wenn eine notwendige Behandlung nur außerhalb des Geltungsbereichs der Bundesrepublik Deutschland möglich sei, könne die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung sowie weitere Kosten für den Versicherten gemäß § 18 Sozialgesetzbuch - gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) ganz oder teilweise übernehmen. Außer Streit stehe, daß die bei ihm erforderliche Behandlung nicht innerhalb der Bundesrepublik, wohl aber in Davos/Schweiz möglich sei. Soweit der Kasse nach § 18 SGB V ein Ermessen bei der Bemessung der Leistungen eingeräumt worden sei, müsse dieses in jedem Einzelfall pflichtgemäß ausgeübt werden. Das sei aber hier gerade nicht der Fall gewesen, da die Beklagte sich hinsichtlich des die nicht medizinischen Leistungen betreffenden Tageszuschusses in Höhe von 15,00 DM auf einen nicht näher bezeichneten "alle Kassen betreffenden Beschluss des VdAK", der Erstattung der ärztlichen Behandlungskosten nach Inlandsätzen auf einen nicht näher bezeichneten Bescheid des Bundesversicherungsamtes in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde und der Fahrkosten auf die Praxis, daß "für ambulante Kuren auch für Maßnahmen im Inland bei zum Teil weiteren Entfernungen" keine Fahrkosten übernommen würden, berufen habe. Es fehle daher gänzlich an einer eigenen Ermessensausübung der Beklagten, zumindest aber liege ein Ermessensfehlgebrauch vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.01.1994 wurde der Widerspruch des Klägers vom 12.08.1992 zurückgewiesen. Die Kosten für die einzelnen Behandlungsmaßnahmen seien im satzungsgemäßen Umfang erstattet worden. Die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Leistungen nach § 18 SGB V seien nicht erfüllt, weil der MDK nicht bestätigt habe, daß die Krankheit nur im Ausland behandelt werden könne. Aus seinem Gutachten vom 10.04.1992 ergebe sich zwar, daß die Kur in einer allergenarmen Gegend durchgeführt werden solle, aber nicht, daß ausschließlich Davos in Frage kommen müsse. Bei entsprechenden klimatischen Bedingungen und vorhandener fachärztlicher Betreuung hätte die Behandlung auch im Bundesgebiet durchgeführt werden können. Solche Voraussetzungen biete z.B. Höchenschwand mit einer Höhenlage von mehr als 1000 m oder eine der Nordseeinseln.

Das Sozialgericht für das Saarland (SG) hat die Klage mit Urteil vom 29.03.1995 abgewiesen. In den Gründen hat es ausgeführt, Ansprüche des Klägers auf Erstattung der restlichen Arztkosten in Höhe von 437,87 DM und von Tageszuschüssen in Höhe von insgesamt 420,00 DM sowie der Fahrkosten in Höhe von 309,40 DM bestünden nicht. Was die Arztkosten betreffe, so sei in dem Bewilligungsbescheid vom 21.04.1992 ausgeführt worden, daß derjenige Betrag erstattet werde, wie er bei einer vertragsbadeärztlichen Behandlung in der Bundesrepublik entstanden wäre. Insoweit sei unstreitig eine Erstattung erfolgt. Nach § 16 der Satzung erhielten Versicherte, denen die Beklagte medizinisch erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur (§ 40 SGB V) erbringe, zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß von 15,00 DM täglich. Diese Bestimmung sei aber, wie sich aus der Bezugnahme auf § 40 SGB V ergebe, auf Inlandskuren ausgerichtet, vorliegend also nicht einschlägig. § 18 SGB V stelle das "Ob" und den Umfang der Kostenerstattung bei Auslandsbehandlungen in das Ermessen der Krankenkasse, wobei auch eine Beschränkung auf diejenigen Kosten, die bei einer entsprechenden Behandlung im Inland entstanden wären, zulässig sei. Aus Gründen der Gleichmäßigkeit der Ermessensausübung sei dabei auch der Erlaß von Richtlinien gemäß § 35 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (SGB IV) zulässig. Seien aber derartige Ermessensrichtlinien zulässig, so könne es der Beklagten auch nicht verwehrt sein, sich im Rahmen der Ermessensausübung auf einen Bescheid des Bundesversicherungsamtes zu berufen, soweit dieser gleichmäßig angewendet werde. Demgemäß sei die Erstattungsbeschränkung betreffend die Arztkosten nicht zu beanstanden. Was den Tageskostenzuschuß betreffe, so sei ebenfalls § 18 SGB V einschlägig, d.h., daß die Leistung im Ermessen der Beklagten stehe, so daß auf die oben gemachten Ausführungen in Verbindung mit dem Beschluss des VdAK verwiesen werden könne. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten. Rechtsgrundlage sei auch insoweit § 18 SGB V, was sich bereits aus § 60 Abs. 4 S. 2 SGB V ergebe. Darüber hinaus sehe § 60 SGB V auch bei ambulanten Reha-Kuren im Inland eine Fahrkostenübernahme grundsätzlich nicht vor. Auch die Behauptung des Klägers, ihm habe ein Anspruch auf eine stationäre Reha-Kur zugestanden, rechtfertige kein abweichendes Ergebnis. Denn er habe einen Antrag auf eine ambulante Reha-Kur in Davos gestellt und mit Bescheid vom 21.04.1992 sei auch eine ambulante Reha-Kur im Ausland bewilligt worden.

Gegen dieses ihm am 18.04.1995 zugestellte Urteil hat der Kläger mit einem am 16.05.1995 eingegangenen Schriftsatz Berufung eingelegt.

Er trägt vor, entgegen der Ansicht des SG sei die Begründung einer Ermessensentscheidung mit einer Richtlinie oder einem Bescheid unzulänglich, da die Existenz einer Richtlinie oder eines Bescheides des Bundesversicherungsamtes, selbst dann, wenn sie zwecks gleichmäßiger Ermessensausübung erlassen worden sein sollten, den Entscheidungsträger nicht der Pflicht zur konkreten Ausübung eines Ermessens enthebe. Darüber hinaus werde ihm - dem Kläger - der Wortlaut des angeblichen, nicht näher bezeichneten "Bescheides" des Bundesversicherungsamtes vorenthalten. Die bloße Behauptung eines Bescheides stelle keine nachvollziehbare Entscheidungsbegründung dar. Dies gelte auch für den von der Beklagten zur Begründung für die Ablehnung des Tageszuschusses herangezogenen, nicht näher bezeichneten "alle Kassen betreffenden Beschluss des VdAK". Von der Beklagten nicht behauptet noch bewiesen sei die vom SG für notwendig erachtete tatsächliche gleichmäßige Anwendung der angeblichen Richtlinie. Entgegen der Auffassung des SG sehe [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) auch die Übernahme von Fahrkosten zu ambulanten Reha-Kuren vor, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werde. Seine Kurbehandlung wäre vom MDK aber auch als stationäre Maßnahme bewilligt worden, hätte er - der Kläger - nicht auf einer - billigeren - ambulanten Maßnahme bestanden.

Der Kläger beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 29.03.1995 sowie die Bescheide der Beklagten vom 04.08.1992 und 15.03.1993 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17.01.1994 aufzuheben,
2. die Beklagte zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, der MDK habe den Antrag des Klägers befürwortet und einen Kurort in allergenarmer Gegend vorgeschlagen. Weil der Kläger als Kurort Davos gewählt habe, habe sie - die Beklagte - am 21.04.1992 Leistungen "für eine ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationskur im Ausland" bewilligt. Fahrkosten zum Kurort sowie einen Zuschuß zu den übrigen Kosten der Kur - wie für Behandlungsmaßnahmen im Inland vorgesehen - habe sie nicht bewilligt. Die medizinischen Voraussetzungen für Leistungen nach [§ 18 SGB V](#) lägen nicht vor, da die Behandlung des Klägers im Bundesgebiet möglich gewesen wäre. Im übrigen bezieht sie sich auf das Urteil des SG, das sie für zutreffend hält.

Wegen des Sach- und Streitstandes im übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten; der Inhalt der Beiate war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig und begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig. Dem Kläger steht ein Anspruch auf erneute, ermessensfehlerfreie Bescheidung seines Antrages auf Erstattung der noch geltend gemachten Kosten zu.

Gegenstand des Verfahrens sind die Bescheide vom 04.08.1992 und 15.03.1993 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 17.01.1994. Das Schreiben vom 04.08.1992 ist zwar nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen. Da die Beklagte mit diesem Schreiben die Übernahme weiterer Kosten für die ärztliche Behandlung sowie eine Beteiligung an den Kosten für Unterbringung und Verpflegung und an den Fahrkosten abgelehnt hat, handelt es sich inhaltlich um eine Regelung mit Außenwirkung und damit um einen Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 SGB X](#). Das Schreiben des Klägers vom 12.08.1992, mit dem er sich gegen diese Entscheidung gewandt hat, wurde daher von der Beklagten zu Recht als Widerspruch aufgefaßt. Der Bescheid vom 15.03.1993, mit dem die Beklagte die ablehnende Entscheidung bestätigt hat, ist entsprechend [§ 86 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kraft Gesetzes Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens geworden, ohne daß es hierzu eines erneuten Widerspruchs bedurfte. Das Schreiben des Klägers vom 26.04.1993, mit dem er sich wegen der - vermeintlichen - Versäumung der Widerspruchsfrist auf [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) berufen hat, ist daher lediglich als weitere Widerspruchsbegründung anzusehen.

Die rechtliche Beurteilung richtet sich nach [§ 18 SGB V](#), der die Kostenübernahme bei einer Behandlung im Ausland regelt und eine Ausnahme von dem Grundsatz des [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) darstellt, wonach der Leistungsanspruch - von den im Gesetz bestimmten Ausnahmen abgesehen - ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält.

Gemäß [§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) kann die Krankenkasse, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist, die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. In den Fällen des Abs. 1 kann die Krankenkasse gemäß [§ 18 Abs. 2 SGB V](#) auch weitere Kosten für den Versicherten ganz oder teilweise übernehmen.

Mit Schreiben vom 21.04.1992 hat die Beklagte dem Kläger eine "Leistungszusage für eine ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationskur im Ausland" erteilt. Da der Kläger ausdrücklich die Gewährung einer ambulanten Reha-Kur in Davos beantragt hatte, kann diese Zusage nur dahingehend ausgelegt werden, daß sie - wie beantragt - für eine ambulante Kur in Davos erteilt wurde. Daß die Beklagte selbst die Zusage so verstanden hat, geht eindeutig aus ihrem Bescheid vom 04.08.1992 hervor, in dem sie wörtlich ausgeführt hat, daß sie am 21.04.1992 eine Leistungszusage für eine ambulante Kurmaßnahme in Davos erteilt habe. Bei dieser schriftlichen Zusage handelt es sich ebenfalls um einen Verwaltungsakt, mit dem die Beklagte verbindlich das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Auslandsbehandlung gemäß [§ 18 SGB V](#) anerkannt hat. Hieran ist die Beklagte gebunden, so daß sie sich im Rechtsstreit nicht darauf berufen kann, eine Behandlung des Klägers sei auch im Bundesgebiet möglich gewesen.

Weiterhin wurde mit dem Bescheid vom 21.04.1992 verbindlich zugesagt, daß die Arztkosten jedenfalls in der Höhe erstattet werden, wie sie bei einer vertragsbadeärztlichen Behandlung in der Bundesrepublik entstanden wären. Bezüglich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung und der Fahrkosten wurden in dem Bescheid vom 21.04.1992 keine Regelungen getroffen, weder im positiven noch im negativen Sinn. Er enthält lediglich noch den Hinweis an den Kläger, daß er sich, falls er mit einem Zug anreisen wolle, nach Fahrpreisermäßigungen erkundigen solle.

Über den Antrag des Klägers vom 03.08.1992, über die bereits erteilte Zusage hinaus weitere Kosten zu erstatten, hatte die Beklagte daher im Rahmen des [§ 18 Abs. 1](#) und 2 SGB V nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Bei Ermessensentscheidungen steht der Behörde bzw. Körperschaft des öffentlichen Rechts ein Ermessensspielraum zu, der nur in eingeschränktem Maße der gerichtlichen Überprüfung unterliegt. Das Gericht hat lediglich zu prüfen, ob die gesetzlichen Grenzen des Ermessens beachtet wurden und von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht wurde ([§ 54 Abs. 2 S. 2 SGG](#)), ist aber nicht berechtigt, anstelle der Behörde oder Körperschaft eine eigene Ermessensentscheidung zu treffen.

Nach [§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) steht es im Ermessen der Beklagten, die erforderlichen Behandlungskosten ganz oder teilweise zu übernehmen. Gleiches gilt gemäß [§ 18 Abs. 2 SGB V](#) für die Übernahme weiterer Kosten. Zu den "weiteren Kosten" gehören alle Kosten, die nicht Behandlungskosten sind, somit auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Fahrkosten (siehe Noftz in Hauck/Haines, SGB V - gesetzliche Krankenversicherung, Komm., K § 18 Rdnr. 6). [§ 60 SGB V](#), der für die Übernahme der Fahrkosten Einschränkungen vorsieht, findet bei der Auslandsbehandlung keine Anwendung. Dies ergibt sich aus [§ 60 Abs. 4 S. 2 SGB V](#), der den [§ 18 SGB V](#) ausdrücklich unberührt läßt. Die Übernahme der Fahrkosten richtet sich daher allein nach [§ 18 Abs. 2 SGB V](#) (siehe dazu Noftz a.a.O. Rdnr. 6 a mit Hinweisen auf die Gesetzesbegründung und weiteren Nachweisen).

Die Beklagte hat vorliegend offensichtlich verkannt, daß ihr hinsichtlich der Übernahme der noch streitigen Kosten ein Ermessen zusteht, daß insbesondere auch die Übernahme der ganzen Kosten zulässig ist. In den angefochtenen Bescheiden sind keinerlei Ermessenserwägungen enthalten. Die Beklagte ist vielmehr davon ausgegangen, daß eine weitere Kostenübernahme von vornherein nicht in Betracht kommt und beruft sich insoweit auf einen "alle Kassen betreffenden Beschluss des VdAK" und einen "Bescheid des Bundesversicherungsamtes".

Bei diesem "Beschluss", den die Beklagte im Berufungsverfahren vorgelegt hat, handelt es sich um die Niederschrift eines Besprechungsergebnisses - wer an dieser Besprechung teilgenommen hat, geht aus den Unterlagen nicht hervor -, wonach übereinstimmend bekräftigt worden sei, daß bei Auslandskuren keine Pensionskostenzuschüsse (abgesehen vom Gasteiner Tal) zu bewilligen seien. Abgesehen davon, daß hier nur von Pensionskostenzuschüssen die Rede ist, ist nicht ersichtlich, inwieweit ein solches Besprechungsergebnis die Beklagte von ihrer Pflicht entbinden könnte, bei einer Entscheidung über einen Leistungsantrag die gesetzlichen Vorschriften zu beachten, die von ihr eine Ermessensentscheidung unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalles verlangen.

Bei dem vorgelegten "Bescheid" des Bundesversicherungsamtes handelt es sich um ein Schreiben vom 07.12.1989 an die Ersatzkasse, in dem die Rechtsauffassung vertreten wird, daß bei Auslandskuren die Aufwendungen für in Anspruch genommene Leistungen nach deutschen Inlandssätzen erstattet werden könnten, sofern die ausländischen Sätze nicht bekannt seien. Daß die erstattungsfähigen Beträge die tatsächlichen Aufwendungen nicht übersteigen dürften, sei selbstverständlich. Ferner könne auch die Zahlung eines Zuschusses zu den übrigen Kosten der Kur vorgesehen werden. Die Kostenübernahme nach Inlandssätzen ist eine im Rahmen des [§ 18 SGB V](#) mögliche Entscheidung, [§ 18 SGB V](#) läßt aber darüber hinaus auch die Übernahme der gesamten Kosten zu. Bezüglich der übrigen Kosten der Kur kann auch nach der Auffassung des Bundesversicherungsamtes eine Kostenbeteiligung erfolgen. Auch insoweit ist nicht nachvollziehbar, wieso die Beklagte meint, dieses Schreiben des Bundesversicherungsamtes könne sie von der Verpflichtung einer Ermessensentscheidung im Einzelfall entbinden.

Zwar ist der Vorstand des Versicherungsträgers gemäß [§ 35 Abs. 2 SGB IV](#) befugt, Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte zu erlassen, die gerade bei Ermessensentscheidungen einer gleichmäßigen Verwaltungspraxis dienlich sind. Ob es für die Auslandsbehandlung solche Richtlinien des Vorstandes der Beklagten gibt, kann dahinstehen, da die Beklagte sich in den angefochtenen Bescheiden nicht auf solche Richtlinien stützt. Das Schreiben des Bundesversicherungsamtes und das Besprechungsergebnis des VdAK können jedenfalls nicht als solche Verwaltungsrichtlinien angesehen werden, zumal die Kompetenz zum Erlaß dieser Richtlinien beim Vorstand des Versicherungsträgers und nicht beim Bundesversicherungsamt oder dem VdAK liegt.

Im Ergebnis ist somit festzustellen, daß die Beklagte beim Erlaß der angefochtenen Bescheide das ihr im Rahmen des [§ 18 SGB V](#) zukommende Ermessen nicht ausgeübt hat, so daß die Bescheide rechtswidrig sind. Die Beklagte ist verpflichtet, den Antrag des Klägers auf Übernahme der geltend gemachten Kosten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden. Dabei wird sie bei ihren Ermessenserwägungen auch die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Klägers zu berücksichtigen haben (siehe dazu Noftz a.a.O. Rdnr. 4; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, § 18 Rdnrn. 31, 36), zu denen sie bisher noch keinerlei Ermittlungen angestellt hat.

Nach alledem war der Berufung des Klägers stattzugeben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-01-01