

L 5 KR 5825/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 3665/07
Datum
08.10.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 5825/09
Datum
29.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufungen der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 8.10.2009 werden zurückgewiesen. Die Klagen werden abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Kläger begehren die Erstattung der Kosten für ambulante Behandlungen in A. Terme (I.) sowie einen Zuschuss zu den weiteren Kosten des Kuraufenthalts.

Der 1945 geborene Kläger und seine Ehefrau, die 1949 geborene Klägerin, sind Mitglieder der Beklagten, der Kläger bis 10.7.2007 als freiwillig Versicherter, die Klägerin als gesetzlich Krankenversicherte. Dem Kläger wurden in den Jahren 2006 und 2007 vom Rentenversicherungsträger stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gewährt, zuletzt vom 6.2.2007 bis 13.3.2007 in der Baar Klinik Königfeld.

Unter dem 17.4.2007 übersandte der Allgemeinarzt Z. der Beklagten Formularanträge über die Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten. Angegeben wurden die Diagnosen (Kläger: Impingement-Syndrom linke Schulter; Klägerin: Polyarthrose, LWS-Syndrom, Osteoporose, WS-Blockierungen, HWS-Syndrom), wobei auf dem Formular nachfolgend vorgedruckt ist, dass die kurative Versorgung nicht den gewünschten Erfolg habe. Angekreuzt war sodann jeweils die Rubrik: "Beratung über alternative Angebote zur Rehabilitation erwünscht", sowie die Unterrubrik "ambulante Vorsorgeleistung am Kurort". Die Rubrik: "Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich/Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg" und die Unterrubrik: "Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten" waren zunächst angekreuzt, wurden sodann aber wieder gestrichen.

Die Beklagte sandte dem Arzt Z. die Formulare urschriftlich zurück unter Beifügung von Verordnungsvordrucken für Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Auf dem die Klägerin betreffenden Formular war die Rubrik: "Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen" angekreuzt. Auf dem den Kläger betreffenden Formular war ausgeführt, innerhalb der gesetzlichen Wartefrist seien 2006 und 2007 bereits stationäre Reha-Maßnahmen durchgeführt worden.

Am 20.4.2007 buchten die Kläger Zimmer in einem Hotel in A. Terme (P. Hotel M., SG-Akte S. 23).

Unter dem 30.4.2007 verordnete der Arzt Z. den Klägern (unter Verwendung der ihm übersandten Verordnungformulare) Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Er gab an, der Kläger sei Leiter einer Vertriebsabwicklung. Er sei durch Angst und Depression gemischt sowie durch Agoraphobie krankheitsbedingt in der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit eingeschränkt und leide unter progredienter Schluckstörung, Räusperzwang, Panik, Globusgefühl und Schmerzen an der linken Schulter. Der Arzt diagnostizierte ein Impingement-Syndrom, Agoraphobie sowie arterielle Hypertonie. Als rehabilitationsrelevante Schädigung sei das Impingement-Syndrom links anzusehen. Das Rehabilitationsziel bestehe in einer Verbesserung der Schulterbeweglichkeit und der Schmerzreduktion. Empfohlen würden Bewegungstherapie, Kälte- und Wärmeanwendungen, TENS-Behandlungen, Reizstrom und Massagen. Die Rehabilitationsleistung sei vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren wegen Neuerkrankung der linken Schulter dringend medizinisch notwendig. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe (Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Aktivitäten, bedeU.nde Lebensbereiche) bestünden nicht. Die Klägerin arbeite in einem Elektrogeschäft.

Sie sei durch Schmerzen der Wirbelsäule und der Hände bei Belastung krankheitsbedingt in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt und leide unter progredienter Lumbago und Polyarthroseschmerzen. Bei der Klägerin wurden Polyarthrose und Lumbago diagnostiziert; diese Erkrankungen seien auch als rehabilitationsrelevante Schädigungen anzusehen. Das Rehabilitationsziel bestehe in einer Reduktion der Schmerzen und einer Verbesserung der Beweglichkeit. Empfohlen würden Wärmetherapie, Elektrotherapie, Massagen und Atemtherapie. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe (Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Aktivitäten, bedeu. Lebensbereiche) bestünden auch bei der Klägerin nicht.

Die am 9.5.2007 eingegangenen ärztlichen Verordnungen übersandte die Beklagte noch am gleichen Tag dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit dem Vermerk "Eilt! Fam. S. geht am 13.5. zum Kururlaub nach I.". Als Anlass der Begutachtung gab sie "Antrag auf ambulante wohnortnahe Rehabilitation" an.

Unter dem 10.5.2007 führte Dr. G. (MDK) unter der Fragestellung "Leistungen zur ambulanten Vorsorge" aus, bei den angegebenen Diagnosen seien sowohl beim Kläger wie bei der Klägerin Haus- und/oder Facharztbehandlungen und Heilmittelanwendungen am Wohnort zweckmäßig und ausreichend. Aus den vorliegenden Unterlagen sei nicht nachvollziehbar, dass die Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgeschöpft worden wären oder ungeeignet seien. Alltagsrelevante Beeinträchtigungen lägen nicht vor. Facharztberichte oder Befunde zu den in der Verordnung genannten Diagnosen seien nicht vorgelegt worden. Ambulante Behandlungen am Wohnort seien vorrangig gegenüber der beantragten Reha-Maßnahme.

Mit Bescheiden vom 14.5.2007 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die Feststellungen des MDK eine Kostenübernahme ab. In der Betreffzeile der Bescheide ist jeweils von einem Antrag auf eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme die Rede. Weiter wurde ausgeführt, am 30.4.2007 sei eine ambulante Kur beantragt worden. In Rahmen des gestuften Rehabilitationskonzepts seien alle ambulanten Therapiemöglichkeiten am Wohnort vorrangig gegenüber der beantragten Rehabilitationsmaßnahme auszuschöpfen. Der MDK habe die beantragte Rehabilitationsmaßnahme nicht befürwortet.

Die Kläger hielten sich vom 13. bis 27.5.2007 in A. Therme auf. Hierfür stellte das P. Hotel M. als Kur-Rechnung bezeichnete Rechnungen aus.

In der Rechnung des Klägers sind als im Gesamtpreis enthaltene Anwendungen aufgeführt:

Ärztliche Untersuchung 1 25 EUR 25 EUR Fango mit Ozon 10 27,50 EUR 275 EUR Ganzmassage 10 25 EUR 250 EUR Inhalation 10 7 EUR 70 EUR Gesamtbetrag 620 EUR

In der Rechnung der Klägerin sind als im Gesamtpreis enthaltene Anwendungen aufgeführt:

Ärztliche Untersuchung 1 25 EUR 25 EUR Fango mit Ozon 10 27,50 EUR 275 EUR Ganzmassage 10 25 EUR 250 EUR Teil-Lymphdrainage 5 27 EUR 135 EUR Gesamtbetrag 685 EUR

Auf den Rechnungen wird durch einen Ärztin (U. B., D. S., Hotel P. M.) bestätigt, dass die Kläger die genannten Anwendungen auf ihre Verordnung und unter ihrer Aufsicht in der Zeit von 13.5. bis 27.5.2007 durchgeführt haben.

Am 4.6.2007 legten die Kläger Widerspruch ein. Nach ihren Erfahrungen hätten ambulante Therapien am Wohnort wenig Erfolg gebracht. Demgegenüber sei in A. Terme alles vorhanden, gut sei außerdem die Ruhe am Kurort. Die Klägerin habe (wie der Arzt Z. in einem beigefügten Attest bestätige) ihren Arbeitsplatz aufgeben müssen, ohne zuvor Leistungen der Beklagten, wie Kuren oder Krankenhausbehandlungen, in Anspruch genommen zu haben. Man rechne mit einer angemessenen Kostenbeteiligung der Beklagten.

Den Widersprüchen waren die Rechnungen des P. Hotels, Heilmittelverordnungen des Arztes Z. vom 10.5.2007 für allgemeine Krankengymnastik und Fango Naturmoor (Klägerin) bzw. allgemeine Krankengymnastik, Fango-Naturmoor und Ultraschall-Therapie (Kläger) sowie ein zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit bestimmtes, die Klägerin betreffendes Attest des Arztes Z. vom 8.2.2007 beigefügt; in dem Attest heißt es, die Klägerin habe ihren Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen kündigen müssen.

Die Beklagte befragte erneut den MDK. Als Anlass der Begutachtung gab sie "ambulante Vorsorgeleistungen in anerkanntem Kurort" an.

Unter dem 21.6.2007 führte Dr. Sch. unter der Fragestellung Leistungen zur ambulanten Vorsorge (Präzisierung: Ist eine ambulante Vorsorge am Kurort aus medizinischen Gründen notwendig?) aus, die Kläger seien zum Kururlaub nach I. gegangen. Rehabilitationsbedürftigkeit bestehe, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorlägen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohten oder bereits bestünden und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich sei. In den ärztlichen Verordnungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen seien (unter IV B) indessen keine entsprechenden Beeinträchtigungen (im Bereich der Kommunikation, der Mobilität, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der interpersonellen Aktivitäten, der bedeu. Lebensbereiche) angegeben worden. Die Notwendigkeit zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme sei damit nicht nachvollziehbar. Haus- und/oder Facharztbehandlungen am Wohnort seien zweckmäßig und ausreichend. Dass diese ausgeschöpft oder ungeeignet wären, könne den vorliegenden Unterlagen nicht entnommen werden.

Mit Widerspruchsbescheiden vom 31.8.2007 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Kläger hätten am 9.5.2007 die Bewilligung einer ambulanten Vorsorgemaßnahme in I. beantragt. Dem Widerspruch gegen die Ablehnung dieser Anträge bzw. dem Begehren nach Erstattung der entstandenen Kosten könne nicht abgeholfen werden, da die Durchführung einer ambulanten Kurmaßnahme medizinisch nicht notwendig gewesen sei.

Ambulante Vorsorgeleistungen in Deutschland oder anderen Staaten der Europäischen Union könnten nur bewilligt werden, wenn sie medizinisch notwendig seien, d. h. die ambulante Vorsorge- und Krankenbehandlung am Wohnort nicht ausreichte, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, Krankheiten zu verhüten oder deren

Verschlimmerung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 23 Abs. 2 SGB V). Außerdem müssten die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürften das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V). Die Inanspruchnahme von Leistungen in Staaten der Europäischen Union sei nur möglich, wenn alle nach deutschem Recht maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen, wie (u.a.) die vorherige Antragstellung, die Vorlage einer ärztlichen Verordnung und die Begutachtung durch den MDK, erfüllt seien. Behandlungsmaßnahmen, die in Deutschland nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürften, dürften auch bei Erbringung im EU-Ausland nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V nicht erstattet werden. Leistungen, die nach deutschem Recht nur unter bestimmten Bedingungen oder in bestimmter Form erbracht werden dürften, könnten auch in der EU nur unter diesen Voraussetzungen erbracht werden. Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V dürfe allerdings nicht deshalb abgelehnt werden, weil die Leistungen auch im Inland hätten bezogen werden können.

Der MDK habe am 10.5.2007 festgestellt, dass eine ambulante Vorsorgemaßnahme medizinisch nicht notwendig sei, da die ambulanten Facharztbehandlungen und Heilmittelanwendungen am Wohnort medizinisch ausreichend seien. Diese Einschätzung habe er am 21.6.2007 bestätigt.

Eine Kostenerstattung sei auch nicht auf Grund der Heilmittelverordnungen des Arztes Z. vom 10.5.2007 möglich. Zwar habe der EuGH in seinem Urteil vom 13.5.2003 (- C-385/99 - festgestellt, dass die Kostenerstattung für eine ambulante Auslandsbehandlung im Bereich der EU nicht ohne Weiteres von einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig gemacht werden dürfe. Er habe jedoch zugleich bestätigt, dass in Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene jeder Mitgliedstaat weiterhin selbst bestimme, unter welchen Voraussetzungen er Leistungen der Krankenversicherung überhaupt gewähre. Der Versicherte, der im EU-Ausland Heilmittel in Anspruch nehme, sei damit ebenso zu behandeln wie der Versicherte, der diese Behandlung im Inland in Anspruch nehme.

Bei der Verordnung von Heilmitteln müssten Vertragsärzte die Heilmittel-Richtlinien beachten. Danach setze die Versorgung mit Heilmitteln eine Heilmittelverordnung voraus. Die Art der Heilmittel-Behandlung sei abhängig von der Diagnose (Indikation). Die (mit dem Widerspruch) vorgelegten Heilmittelverordnungen entsprächen den Heilmittel-Richtlinien nicht. Die Kläger hätten in A. Terme auch Heilmittel in Anspruch genommen, die in Deutschland nicht abgerechnet werden könnten, wie Fango mit Ozon und Ganzkörpermassagen. Die (durch den Arzt Z.) verordnete Krankengymnastik und Ultraschalltherapie seien gar nicht durchgeführt worden; Teil-Lymphdrainage (Klägerin) sei nicht verordnet worden.

Am 20.9.2007 erhoben die Kläger jeweils für sich Klage beim Sozialgericht Reutlingen; das Sozialgericht verband die Rechtsstreitigkeiten zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen S 9 KR 3665/07 (Beschluss vom 14.11.2007).

Die Kläger trugen vor, trotz ständiger Behandlung und Medikamenteneinnahme und bereits durchgeführter ambulanter Maßnahmen habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert, weshalb der behandelnde Arzt ambulante Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen habe. Auf ärztliches Anraten hätten sie die ambulanten Kurmaßnahmen in A. Terme durchgeführt. Die Beklagte verkenne, dass stationäre Maßnahmen nicht beantragt worden seien. Die Kostenerstattung dürfe gemäß § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V nicht deshalb abgelehnt werden, weil die entsprechenden Leistungen auch im Inland hätten erbracht werden können. Es sei nicht zulässig, ambulante Behandlungen in Staaten der Europäischen Union von einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse abhängig zu machen. Die Heilmittelverordnungen des Arztes Z. vom 10.5.2007 entsprächen auch den hierfür geltenden Richtlinien.

Die Beklagte trug vor, die Leistungen seien nicht deshalb abgelehnt worden, weil sie auch am Wohnort hätten in Anspruch genommen werden können, sondern weil Heilmittelanwendungen am Wohnort medizinisch ausreichend seien.

Das Sozialgericht erhob auf Antrag der Kläger gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) die Gutachten des Internisten und Sozialmediziners Dr. Schu. vom 13.7.2009. Dieser diagnostizierte beim Kläger wiederkehrende, überwiegend myogen bedingte Cervicobrachialgien und Lumbalgien bei beginnenden Verschleißerscheinungen der HWS und LWS, beginnende Gonarthrose beidseits, eine weitgehend gebesserte Impingement-Symptomatik der linken Schulter sowie psychogene Überlagerungen bei jetzt insgesamt gebesserter depressiv getönter Anpassungsstörung. Durch die Berentung sei es beim (seit der Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2007 nicht mehr berufstätigen) Kläger zu einer deutlichen Verbesserung des Gesamtzustandes gekommen. Der Kläger habe nach eigenen Angaben reichlich zu tun in Haus und Hof, die 3 Töchter hätten immer Arbeit für ihn, im Garten und im Wald helfe er mitunter dem Bruder, er spiele Tennis und fahre Rad und sei seit über 30 Jahren Vorstand des Gesangsvereins. Bei der Untersuchung des Klägers fand der Gutachter keine dauerhaften Anspannungen oder lokalen Verhärtungen in der Wirbelsäule und auch keine druck- und klopfschmerzhaften Stellen. Wesentliche Bewegungseinschränkungen oder Schmerzäußerungen gab es nicht. Die Bemuskelung der Schultern war an keiner Stelle krankhaft reduziert; im Bereich der linken Schulter fand sich noch ein leicht schmerzhafter Bogen. Inwieweit die in Rede stehende Behandlung unbedingt in A. Terme durchgeführt werden müssen, sei nicht stringent i. S. der Ausschließlichkeit zu beantworten, da es sich nicht um eine Gesundheitsstörung handele, die nur dort hätte behandelt werden können. Darauf komme es aber nicht an. Gehe man davon aus, dass der Patient eine verordnete und notwendige ambulante Behandlung dort suche, wo er sich die beste Durchführung und den größtmöglichen Effekt verspreche, und verfüge der Patient bereits über einschlägige Erfahrungen, so sei die Wahl von A. Terme hier in medizinischer Hinsicht korrekt. Außerdem könnten die Maßnahmen dort in dichter Abfolge als am Wohnort durchgeführt werden, was als günstig anzusehen sei. Ob Maßnahmen am Wohnort ausgeschöpft gewesen seien, richte sich nicht nach den strengen Maßstäben, die für die Verordnung einer stationären Heilbehandlung gälten. Die korrekte Bewertung müsse sich aus ärztlicher Sicht auf den Vergleich beziehen, ob ein zu erwartender besserer Erfolg in A. Terme den vergleichsweise geringeren Zuschuss des Leistungsträgers rechtfertige. Insoweit komme es auf eine komplette Ausschöpfung der wohnortnahen Behandlung nicht an. Es genüge, bei vorangegangenen unbefriedigenden Versuchen die weitere Behandlungsbedürftigkeit festzustellen und anamnestisch Anhaltspunkte für die Qualität und den zu erwartenden Erfolg der angestrebten Behandlung zu haben. Im Lichte dieser Überlegung sei die ambulante Kurmaßnahme in A. Terme als medizinisch notwendig einzustufen. Zwar seien in der Verordnung der Rehabilitationsleistungen alltagsrelevante Beeinträchtigungen ausgeschlossen worden; sie ergäben sich jedoch aus dem Entlassungsbericht über eine im Jahr 2007 durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme. Insgesamt sei die ambulante Kurmaßnahme in A. Terme medizinisch notwendig gewesen. Im Hinblick auf die in den Jahren 2006 in 2007 durchgeführten Rehabilitationsbehandlungen habe auch ein dringender Handlungsbedarf für die erneute Rehabilitationsmaßnahme bestanden, da diese vorwiegend auf Erkrankungen der Schulter und nicht (wie die vorangegangenen Rehabilitationsbehandlungen) auf seelische Erkrankungen ausgerichtet gewesen sei.

Bei der Klägerin diagnostizierte der Gutachter eine primäre beginnende Coxarthrose der rechten Hüfte, Bursitis trochanterica der rechten Hüfte, wiederkehrende Wirbelsäulen-Syndrome bei Verschleißerscheinungen der HWS und LWS, Polyarthrose und den Verdacht auf seronegative rheumatoide Arthritis. Die Klägerin nehme bedarfsweise Aspirin gegen Kopfschmerzen; als sie noch gearbeitet habe, habe sie eine Zeit lang Voltaren eingenommen. Sie versorge den Haushalt, betreibe Sport, fahre Rad, laufe und mache Gymnastik; das Tennisspielen habe sie wegen der Rückenschmerzen aufgegeben. An der Wirbelsäule fand der Gutachter im Bereich der Dornfortsatzreihe keine druck- und Klopf-schmerzhaften Stellen; bei der Prüfung der Beweglichkeit wurden (wesentliche) Schmerzen nicht angegeben. An den oberen Extremitäten fanden sich ebenfalls keine wesentlichen Einschränkungen oder Beeinträchtigungen. Angesichts der Dichte erfolgloser Behandlungen (Krankengymnastik vom 16.1. bis 13.2.2004, 1.3. bis 12.3.2004, 2005 eine Serie Akupunktur und Verordnung von Fango und Massagen, weiterhin im Jahr 2006, im Januar 2007 Verordnung von physikalischer Therapie und Akupunktur) müsse von ausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgegangen werden. Auch bei der Klägerin lägen entgegen der Verordnung des Allgemeinarztes Z. alltagsrelevante Beeinträchtigungen vor. Der Hinweis auf Schmerzen der Wirbelsäule und Hände bei Belastung verweise auf die Einschränkung in der beruflichen Tätigkeit. Die Stellungnahmen des MDK seien in den wesentlichen Aussagen nicht haltbar. Die Behandlung in A. Terme sei auch für die Klägerin medizinisch notwendig gewesen.

Mit Urteil vom 8.10.2009 wies das Sozialgericht die Klagen ab. Zur Begründung führte es aus, Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruch sei [§ 13 Abs. 4 SGB V](#). Danach seien Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden sei, in Anspruch zu nehmen. Allerdings müssten die nach deutschem Recht maßgeblichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sein. Daran fehle es. Gemäß [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) könne die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen, wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Wohnort (insbesondere die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln) nicht ausreiche, um eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen bzw. um Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden (Abs. 1 Nr. 1 und 3). Bei der Leistung nach [§ 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) handele es sich um eine Komplexleistung, die unter ärztlicher Verantwortung nach einem Vorsorgeplan erbracht werde und hinsichtlich derer ein Auswahlermessen der Krankenkasse bestehe. Gemäß [§ 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) dürften ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine vorzeitige Leistung sei aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Das Auswahlermessen der Beklagte habe sich nicht auf die Gewährung von Leistungen in A. Terme reduziert. Außerdem seien ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort medizinisch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht erforderlich gewesen.

Die Kläger hätten der Beklagten keine Möglichkeit gegeben, ihr Auswahlermessen auszuüben. Die ärztliche Verordnung der Behandlungsmaßnahmen sei nur zwei Tage vor der Hotelbuchung erfolgt. Darin komme klar zum Ausdruck, dass die Kläger die Behandlung in A. Terme auf jeden Fall hätten in Anspruch nehmen wollen. Trotz der kurzen Bearbeitungszeit bei der Beklagten seien die Ablehnungsbescheide erst am Tag nach Beginn des Aufenthalts in A. Terme ergangen. Bei einer Inlandsleistung würde es damit schon an der Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und den den Klägern entstandenen Aufwendungen fehlen. Gemäß [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) sei bei Behandlungen im EU-Ausland (außer bei stationären Krankenhausbehandlungen) zwar die vorherige Genehmigung der Krankenkasse nicht notwendig, weshalb die Krankenkasse bei gebundenen Entscheidungen erst im Nachhinein mit bereits entstandenen Kosten konfrontiert werden könne und ggf. gleichwohl Erstattung leisten müsse. Bei Ermessensleistungen folge aus der Bestimmung in [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) jedoch nicht, dass auch auf die Ausübung des vorhergehenden Ermessens zu verzichten sei. Damit sei hier ein Kostenerstattungsanspruch nur möglich, wenn das Ermessen der Beklagten auf Null reduziert gewesen wäre, also nur die Gewährung der ambulanten Vorsorgeleistung in A. Terme in Betracht gekommen wäre. Davon sei jedoch nicht auszugehen. Die bei den Klägern vorliegenden Krankheitsbilder seien häufig anzutreffen. Sie könnten außer in A. Terme auch in einer Vielzahl anderer Kurorte, auch in Deutschland, behandelt werden. Die Kläger hätten sich für einen "Kururlaub" in I. entschieden, ohne der Beklagten die Ausübung ihres Ermessens zu ermöglichen.

Die Behandlung in A. Terme sei auch nicht medizinisch erforderlich gewesen. Insoweit habe der MDK zutreffend darauf hingewiesen, dass in den ärztlichen Verordnungen der Behandlungsleistungen alltagsrelevante Beeinträchtigungen ausdrücklich verneint worden seien und es keinerlei Hinweise auf Facharztbehandlungen oder Heilmittelanwendungen gebe. Das gemäß [§ 109 SGG](#) erhobene Gutachten des Dr. Schu. überzeuge nicht, zumal sich der Gutachter außerordentlich schwer getan habe, die medizinische Notwendigkeit - bzw. im Hinblick auf die 2006 und 2007 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen des Klägers die dringende Notwendigkeit - der Behandlung in A. Terme darzulegen. Entsprechendes gelte für die Klägerin.

Auf das ihnen am 10.11.2009 zugestellte Urteil haben die Kläger am 10.12.2009 Berufung eingelegt. Zur Begründung tragen sie ergänzend vor, ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten seien von ambulanten Behandlungen nach [§ 23 Abs. 1 SGB V](#) (medizinische Vorsorgeleistungen) insoweit abzugrenzen, als hier ortsgebundene Mittel, wie Heilwasser und klimatische Besonderheiten im Rahmen einer Kur wirkten. Vorsorgeleistungen in Kurorten seien angezeigt, wenn die Funktionsstörungen durch die besonderen Methoden der Kurortmedizin gebessert oder beseitigt werden könnten. Das habe das Sozialgericht verkannt. Es habe sich auch ohne ausreichende Sachkenntnis über das Gutachten des Dr. Schu. hinweggesetzt. Der Gutachter habe die Notwendigkeit der Behandlung in A. Terme bestätigt. Außerdem sei eine Stellungnahme des Allgemeinarztes Z. nicht eingeholt worden. Schließlich habe die Beklagte ihr Ermessen unzureichend ausgeübt und ihre (der Kläger) Wünsche bzw. die ärztlichen Empfehlungen nicht berücksichtigt.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 8.10.2009 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 14.5.2007 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 31.8.2007 zu verurteilen, ihnen die Aufwendungen für ambulante Behandlungen in A. Terme (Zeitraum 13. bis 27.5.2007) in Höhe von 620 EUR (Kläger) und 685 EUR (Klägerin) zu erstatten und den für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten zu erbringenden Zuschuss zu den übrigen Kosten des Kuraufenthalts (täglich 13 EUR) in Höhe von jeweils 195 EUR (insgesamt 390 EUR) zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufungen zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Vorliegend sei zwar ein Formular für die Beantragung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation verwandt worden. Es sei aber schon im Vorfeld klar gewesen, dass die Kläger ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort ("Kurlaub") in I. hätten durchführen wollen. Entsprechend habe auch der MDK die Frage der medizinischen Notwendigkeit beurteilt. Ein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen bestehe nicht, da solche nicht verordnet worden seien. Die Verwendung des Formblatts 61 sei wohl auf einen Irrtum zurückzuführen oder dem verordnenden Arzt sei das Vorhaben der Kläger nicht bekannt gewesen. Die in A. Terme durchgeführten Maßnahmen wären in Deutschland (am Wohnort der Kläger) nicht als Sachleistung erbracht worden. Fango mit Ozon und Ganzkörpermassagen gehörten nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Heilmittel-Richtlinien. Inhalation und Lymphdrainage seien Kassenleistungen, aber nicht verordnet worden.

Die Kläger machen abschließend geltend, die Kurärztin Dr. B. habe die in A. Terme durchgeführten Maßnahmen verordnet und ärztlich überwacht. Ihr behandelnder Arzt habe die Beklagte auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Beratung über ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort notwendig sei.

Auf Nachfrage des Senats ist von dem Arzt S. für den mit ihm in Gemeinschaftspraxis tätigen Arzt Z. am 6.8.2010 mitgeteilt worden, für die Kläger hätten nicht Rehabilitationsleistungen i. S. d. [§ 40 SGB V](#), sondern ambulante Vorsorgeleistungen an einem anerkannten Kurort i. S. d. [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) beantragt werden sollen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufungen der Kläger sind gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft.

Gem. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geld- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 750 EUR nicht übersteigt. Die Kläger begehren die Erstattung von Aufwendungen für die Vorsorgebehandlung in A. Terme von 620 EUR (Kläger) bzw. 685 EUR (Klägerin). Für die Berechnung des Beschwerdewerts sind gem. [§ 202 SGG](#) die Bestimmungen der [§§ 3 ff. ZPO](#) anzuwenden. Gem. [§ 5 Halbsatz 1 ZPO](#) werden mehrere mit einer Klage geltend gemachte Ansprüche zusammengerechnet. Dies findet sowohl bei objektiver wie die subjektiver Klagehäufung statt (HK-SGG/Eckertz, § 144 Rdnr. 36). Die Kläger machen die Erstattungs- bzw. Zahlungsansprüche als Streitgenossen in subjektiver Klagehäufung geltend, da gleichartige und auf einem im Wesentlichen gleichartigen tatsächlichen und rechtlichen Grund beruhende Ansprüche den Gegenstand des Rechtsstreits bilden ([§ 74 SGG](#) i. V. m. [§ 60 ZPO](#)). Die (zunächst getrennt erhobenen) mehreren Klagen sind durch Beschluss des Sozialgerichts vom 14.11.2007 gem. [§ 113 Abs. 1 SGG](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden worden (vgl. dazu HK-SGG/Eckertz, § 144 Rdnr. 36; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.3.2006, - [L 8 AS 4314/05](#) -). Die klageweise geltend gemachten Zahlungsansprüche werden für den Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) daher zusammengerechnet, weshalb dieser bereits mit dem als Aufwendungserstattung geltend gemachten Betrag von 1.305 EUR (620 EUR + 685 EUR) überschritten ist. Die Berufungen sind auch sonst zulässig ([§ 151 SGG](#)).

Soweit die Kläger im Berufungsverfahren zusätzlich die Zahlung eines Zuschusses zu ihren sonstigen Kurkosten von jeweils 195 EUR verlangen, handelt es sich um eine im Zusammenhang mit der Erstattung ambulanter Vorsorgeleistungen stehende, während des Berufungsverfahrens erfolgte, sachdienliche Klageerweiterung ([§ 99 SGG](#)), der von Seiten der Beklagten nicht widersprochen wurde. Über diesen zusätzlichen Antrag musste der Senat auf Klage entscheiden.

II. Die Berufungen sind jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die den Klägern für die ambulanten Leistungen in A. Terme in der Zeit vom 13. bis 27.5.2007 entstandenen Aufwendungen zu erstatten bzw. ihnen einen Zuschuss nach [§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) zu gewähren. Sie haben darauf keinen Anspruch.

1) Rechtsgrundlage des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs. 4 SGB V](#). Die Vorschrift regelt die Inanspruchnahme von Leistungen in anderen Staaten der Europäischen Union, wie hier in I ... Danach sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft an- und abwandern (ABl. EG Nr. L S. 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- und Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrags zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung ([§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte ([§ 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Ein Genehmigungserfordernis besteht nur bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ([§ 39 SGB V](#)); hierfür schreibt [§ 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) die vorherige Zustimmung der Krankenkasse vor. Da die Kostenerstattung gem. [§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) nur an Stelle einer Sach- oder Dienstleistung zulässig ist, müssen die allgemeinen Voraussetzungen für einen Sachleistungsanspruch erfüllt sein, soweit sie nicht diskriminierend wirken. Der Versicherte hat also nur Anspruch auf Leistungen des gesetzlichen Leistungskatalogs des SGB V unter Einhaltung der für diese geltenden nationalen Bestimmungen (vgl. Auktor in LPK-SGB V § 13 Rdnr. 28; KassKomm-Höfler, SGB V [§ 13](#) Rdnr. 53a).

Die Gewährung medizinischer Vorsorgeleistungen richtet sich nach [§ 23 SGB V](#). Gem. [§ 23 Abs. 1 Nr. 1](#) und 3 SGB V haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese (u.a.) notwendig sind, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder um Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden (Abs. 1 Nr. 1 und 3). Reichen diese Leistungen nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen gem. [§ 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in anerkannten Kurorten erbringen. Gemäß [§ 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) dürfen ambulante Vorsorgeleistungen allerdings nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten stellen eine Komplexleistung dar und werden als Ermessensleistung erbracht (KassKomm-Becker, SG V § 23 Rdnr. 11; vgl. auch [BT-Drs. 11/2237, S. 168](#) sowie zur Erbringung von Behandlungen mit Unterkunft und Verpflegung in Vorsorgeeinrichtungen [§ 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#)). Deswegen sind sie gem. [§ 19](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) vor ihrem Antritt bei der zuständigen Krankenkasse unter Befügung der ärztlichen Begründung zu beantragen. Die Krankenkasse hat dann im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens ([§ 39 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch, SGB I) unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ([§ 12 SGB V](#)) sowie unter Beteiligung des MDK nach näherer Maßgabe des [§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über Ort, Umfang und Durchführung der Maßnahmen zu entscheiden. Dabei sind die persönlichen Verhältnisse des Versicherten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen; den Wünschen des Versicherten ist, soweit sie angemessen sind, zu entsprechen (vgl. Adelt, in LPK-SGB V § 23 Rdnr 29).

Der vorherigen Antragstellung kommt bei Ermessensleistungen materiell-rechtliche Bedeutung insoweit zu, als dem Versicherten eine Pflicht zur Mitwirkung im Verwaltungsverfahren obliegt und der Bedarf nicht vorzeitig befriedigt werden darf. Bei Ermessensleistungen entsteht ein Anspruch auf Sozialleistungen gem. [§ 40 Abs. 2 SGB I](#) nämlich erst im Zeitpunkt der Bekanntgabe der Ermessensentscheidung. Ermessensentscheidungen über die Gewährung von Vorsorgeleistungen (genauso von Rehabilitationsleistungen) enthalten eine zukunftsorientierte, mit prognoseähnlichen Elementen vermischte und die Umstände des Einzelfalls abwägende Entscheidung, die darüber bestimmt, welche Maßnahmen im konkreten Fall zur Verwirklichung der beim Versicherten festgestellten Vorsorgeaussichten (oder Rehabilitationsaussichten) geeignet, erforderlich, zumutbar, wirtschaftlich und sparsam sind. Ein Vorsorgebedarf (oder Rehabedarf), der bereits vor Eingang des Antrags beim Leistungsträger oder auch nach Antragstellung, aber vor dessen Zustimmung durch eigene Bemühungen des Versicherten (selbst beschaffte Vorsorge bzw. Reha) oder durch Leistungen anderer befriedigt worden ist, kann nicht Gegenstand einer Ermessensentscheidung über die Gewährung von Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation sein (vgl. BSG, Urt. v. 15.12.1994, - [4 RA 44/93](#) - zu Rehabilitationsleistungen).

Rechtsgrundlage des von den Klägern außerdem beanspruchten Zuschusses ist [§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#). Danach kann die Satzung der Krankenkasse vorsehen, dass den Versicherten zu den ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme ambulanter Vorsorgeleistungen an einem anerkannten Kurort entstehenden übrigen Kosten (etwa für Unterkunft und Verpflegung oder Kurtaxe) ein Zuschuss von 13 EUR täglich gewährt wird. Voraussetzung ist freilich das Bestehen des Anspruchs auf die Hauptleistung, also auf die Gewährung ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort gem. [§ 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#).

III. Davon ausgehend ist der Senat mit dem Sozialgericht der Auffassung, dass ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in A. Terme erbrachten ambulanten Leistungen – jedenfalls teilweise – schon aus verfahrensrechtlichen Gründen deswegen ausscheiden muss, weil die Kläger den gesetzlich vorgesehenen Beschaffungsweg nicht eingehalten und dadurch eine vorgängige Ermessensentscheidung der Beklagten über Ort, Umfang und Durchführung der Leistungsgewährung unterlaufen haben (unten 1). Den Klägern standen ambulante Leistungen mangels medizinischer Notwendigkeit auch der Sache nach nicht zu, weswegen es nicht darauf ankommt, an welchem (ggf. im EU-Ausland gelegenen) Kurort sie in Anspruch genommen werden; damit scheidet auch die Gewährung des in [§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) vorgesehenen Zuschusses von 13 EUR täglich aus (unten 2).

1) Die Kläger haben Leistungen der ambulanten medizinischen Vorsorge als Komplexleistung in einem anerkannten Kurort nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) in Anspruch nehmen wollen und auch tatsächlich in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme (isolierter) Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) bzw. (als deren Bestandteil) von Heilmittelanwendungen ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#)) durch ausländische Leistungserbringer stand ebenso wenig in Rede wie die Gewährung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation ([§ 40 SGB V](#)). Die vom Arzt Z. unter dem 30.4.2007 ausgestellten Verordnungen für Rehabilitationsleistungen stellen (bloße) Anträge i. S. d. [§ 19 SGB IV](#) auf Gewährung von Vorsorgeleistungen gem. [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) dar.

a.) Die Inanspruchnahme der Heilmittelanwendungen (zum Heilmittelbegriff des [§ 32 SGB V](#) Senatsurteil vom 16.6.2010, - [L 5 KR 4929/07](#) - m.N. zur Rspr. des BSG) bzw. der ihnen vorausgehenden kurärztlichen Untersuchung durch l.ische Leistungserbringer (allein) zur Krankenbehandlung i. S. d. [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) steht ersichtlich nicht in Rede. Die Leistungen wurden vielmehr als Komplexleistung zur Erreichung eines Behandlungsziels miteinander verbunden, wie es sowohl für Vorsorgemaßnahmen nach [§ 23 SGB V](#) wie Rehabilitationsmaßnahmen nach [§ 40 SGB V](#) kennzeichnend ist (vgl. etwa LSG Sachsen, Urt. v. 20.4.2005, - [L 1 KR 18/03](#) -; BR-Drs. 200/88 S. 178). Über die Anwendung des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) wäre ein Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) wegen der Maßgeblichkeit des (nationalrechtlichen) Leistungskatalogs des SGB V auch nicht zu erwirken. Zwar umfasst die Krankenbehandlung gem. [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) u.a. die Versorgung mit Heilmitteln nach [§ 32 SGB V](#). Die Anwendung von Fango mit Ozon und Ganzkörpermassagen sind jedoch von den Krankenkassen als Sachleistung gem. [§ 32 Abs. 1 SGB V](#) i. V. m. den Vorschriften der Heilmittel-Richtlinien (zu deren Verbindlichkeit etwa BSG, Urt. v. 20.3.1996, - [6 RKA 62/94](#) -) nicht zu gewähren. Als Maßnahmen der physikalischen Therapie sind Ganzkörpermassagen nicht verordnungsfähig (vgl. näher Nr. 17.A 1.1 Heilmittel-Richtlinien: Massage einzelner oder mehrerer Körperteile); verordnungsfähige Badeanwendungen beschränken sich auf Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder (Nr. 17.A 5 Heilmittel-Richtlinien). Allgemeine Krankengymnastik (verordnungsfähig nach Nr. 17.A 2.3 Heilmittel-Richtlinien) und Inhalationstherapie (verordnungsfähig nach Nr. 17.A 6 Heilmittel-Richtlinien) sind nicht angewendet worden, weshalb die entsprechenden Heilmittelverordnungen des Arztes Z. vom 10.5.2007 ([§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#)) ins Leere gehen.

b.) Die Kläger haben über den Arzt Z. als ihren Hausarzt ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort ([§ 23 Abs. 2 SGB V](#)) beantragt; dessen Verordnungen von Rehabilitationsleistung vom 30.4.2007 sind als (bloße) Leistungsanträge in diesem Sinne anzusehen.

Die ärztliche Verordnung von Leistungen als formale Leistungsvoraussetzung (verordnungsbedürftiger Leistungen) konkretisiert das Rahmenrecht des Versicherten, etwa aus [§ 40 SGB V](#) (Rehabilitationsleistungen; vgl. zur Verordnung von Krankenhausbehandlung LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 12.11.2009, - [L 9 KR 11/08](#) -). Hinsichtlich der Leistungsvermittlung durch den Vertragsarzt (zum Begriff Auktor, in LPK-SGB V § 73 Rdnr. 10) ist die ärztliche Verordnung vorgesehen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ([§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V](#)), für medizinische Vorsorgeleistungen jedoch nur für die Behandlung in Vorsorgeeinrichtungen ([§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V](#)). Die ärztliche Verordnung ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten ([§ 23 Abs. 2 SGB V](#)) sieht das Gesetz hingegen nicht vor. Das ändert freilich nichts daran, dass solche Leistungen (wie zuvor ausgeführt) der vorherigen Antragstellung bei der Krankenkasse bedürfen ([§ 19 SGB IV](#)). Die Krankenkasse kann (und wird) zur Vorbereitung ihrer Entscheidung über die Leistungsgewährung neben der Konsultation des MDK auch den behandelnden Arzt befragen. Dieser kann seine Auffassung auch bei der Antragstellung – als Begründung des Leistungsantrags –

zum Ausdruck bringen. Um eine Verordnung von Leistungen im eigentlichen Sinne handelt es sich dabei aber nicht.

Die Beklagte hat die vom Arzt Z. unter dem 30.4.2007 ausgestellten Verordnungen von Rehabilitationsleistungen zu Recht als (schlichte) Leistungsanträge zur Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen am Kurort i. S. d. [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) verstanden und im weiteren Verfahren – etwa der Befragung des MDK – auch als solche behandelt, nachdem im Zuge der vorausgegangenen Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten ausdrücklich eine Beratung über alternative Leistungen zur Rehabilitation, nämlich über ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort, gewünscht worden war. Die daraufhin veranlasste Übersendung der Verordnungsformulare für Rehabilitationsleistungen und deren Verwendung bei der Stellung der Leistungsanträge beruhte offenkundig auf einem Irrtum. Der Arzt Z. (bzw. für ihn der mit ihm in Gemeinschaftspraxis tätige Arzt S.) hat auf Nachfrage des Senats am 6.8.2010 auch bestätigt, dass nur Vorsorgeleistungen ([§ 23 SGB V](#)) beantragt und nicht etwa Rehabilitationsleistungen nach [§ 40 SGB V](#) verordnet werden sollten (vgl. zur etwaigen Nachholung notwendiger ärztlicher Verordnungen im Gerichtsverfahren LSG Berlin-Brandenburg, UrT. v. 19.12.2007, - [L 9 KR 150/03](#) -).

c.) Die damit in Rede stehende Gewährung ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort ([§ 23 Abs. 2 SGB V](#)) haben die Kläger über den Arzt Z. durch dessen als Leistungsanträge zu verstehende Verordnungen von Rehabilitationsleistungen unter dem 30.4.2007 beantragt. Sie hatten indessen bereits am 20.4.2007 ihr Hotelzimmer im Kurort A. Terme (P. Hotel M.) gebucht. Die Leistungsanträge vom 30.4.2007 gingen am 9.5.2007 bei der Beklagten ein, die noch am gleichen Tag die in [§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vorgesehene Beteiligung des MDK eingeleitet hat. Noch bevor sie auf der Grundlage des MDK-Gutachtens vom 10.5.2007 im Bescheid vom 14.5.2007 über die Leistungsanträge entscheiden und ihr Ermessen ausüben konnte, hatten die Kläger am 13.5.2007 ihren Kuraufenthalt in A. Terme angetreten und sodann (nach einer kurärztlichen Eingangsuntersuchung) ambulante Vorsorgeleistungen (Kuranwendungen) in Anspruch genommen.

Bei dieser Vorgehensweise kann eine Kostenerstattung (zumindest für Leistungen vor Ergehen der Ablehnungsentscheidung der Krankenkasse - vgl. BVerfG, Beschl. v. 19.3.2009, - [1 BvR 316/09](#) -) nicht erfolgen. Handelte es sich um ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen im Inland, folgte dies schon daraus, dass die dann einschlägige Kostenerstattungsregelung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V (rechtswidrige Ablehnung notwendiger selbst beschaffter Leistungen) Vorgaben für den Beschaffungsweg insoweit macht, als zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Leistung und der Kostenlast des Versicherten ein Kausalzusammenhang bestehen muss, weshalb vor der Beschaffung der Leistung grundsätzlich die Entscheidung der Krankenkasse über die Leistungsgewährung abzuwarten ist (vgl. näher Senatsurteil vom 18.11.2009, - [L 5 KR 867/07](#) -, mit Nachweisen zur Rechtsprechung des BSG). Außerdem gebietet die dargelegte materiell-rechtliche Bedeutung der vorherigen Antragstellung bei Ermessensleistungen die Vorbefassung der Krankenkasse, an die das Leistungsbegehren des Versicherten zur Ausübung des Ermessens heranzutragen ist.

Auch wenn die zu [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) entwickelten Rechtsgrundsätze für die Inanspruchnahme von Leistungen in Staaten der Europäischen Union nach Maßgabe des [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) nicht uneingeschränkte Geltung beanspruchen können, bleibt es dennoch dabei, dass die diskriminierungsfreien nationalen Verfahrensbestimmungen über die Leistungsgewährung einzuhalten sind und nicht zur Disposition des Versicherten stehen. Weicht er davon ab, muss er die Rechtsfolgen tragen und die auf verfahrensrechtliche Gründe gestützte Ablehnung eines Erstattungsantrags nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) hinnehmen.

Die Rechtsprechung des EuGH (UrT. v. 13.5.2003, - [C 385/99](#) -), wonach bei der ambulanten Versorgung (anders als bei Krankenhausbehandlungen) ein Genehmigungserfordernis nicht zu rechtfertigen ist, steht dem nicht entgegen. Sie stützt sich auf die Gewährleistung des freien Dienstleistungsverkehrs ([Art. 49 EG](#)), der durch Genehmigungserfordernisse sowohl bezüglich der ärztlichen Leistungserbringer im Ausland wie der Patienten beeinträchtigt würde (EuGH, UrT. v. 28.4.1998, - [C-158/96](#) -), da die Patienten durch Genehmigungserfordernisse abgeschreckt oder sogar daran gehindert werden könnten, Leistungserbringer im Ausland in Anspruch zu nehmen. Nach Auffassung des EuGH wirkt sich die Entbehrlichkeit vertraglicher Vereinbarungen als Voraussetzung für die Leistungserbringung im Ausland zwar auf die Möglichkeit zur Kontrolle der Krankheitskosten im Mitgliedstaat des Versicherten aus, jedoch ist nicht anzunehmen, dass die Abschaffung des Genehmigungserfordernisses für diese Art der Versorgung ungeachtet der Sprachbarrieren, der räumlichen Entfernung, der Kosten eines Auslandsaufenthalts und des Mangels an Informationen über die Art der im Ausland geleisteten Versorgung derart viele Patienten veranlassen würde, sich in das Ausland zu begeben, dass dadurch das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit erheblich gestört würde und infolgedessen das Gesamtniveau des Schutzes der öffentlichen Sicherheit gefährdet wäre (EuGH, UrT. v. 13.5.2003, - [C-385/99](#) -). Diese Erwägungen betreffen ambulante Behandlungsleistungen, namentlich Krankenbehandlungen gem. [§ 27 Abs. 1 SGB V](#), für deren Inanspruchnahme im Inland neben dem Erfordernis der Zulassung des Leistungserbringers bzw. des Bestehens vertraglicher Beziehungen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer besondere Genehmigungserfordernisse nicht bestehen, die Krankenkasse dem Versicherten die Leistung also ohne Weiteres, namentlich ohne vorherige Beantragung und ohne vorgängige Genehmigung und ohne das Erfordernis einer Ermessensentscheidung über die Leistungsgewährung (als Sachleistung) zu gewähren hat. Sieht das innerstaatliche Recht für bestimmte Leistungen indessen eine vorgängige Ermessensentscheidung der Krankenkasse – wie hier (u.a.) hinsichtlich Ort, Umfang und Durchführung ambulanter Vorsorgebehandlungen – vor, muss es dabei auch bei der Inanspruchnahme der Leistung im Ausland nach Maßgabe des [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) bleiben. Gesetzlich eröffnete Ermessensspielräume der Leistungsträger dürfen nicht dadurch unterlaufen werden, dass die (Ermessens-)Leistung von vornherein im Ausland in Anspruch genommen und dem Leistungsträger dadurch jegliche Möglichkeit zur Ausübung seines Ermessens abgeschnitten wird. Das Recht der Europäischen Union, insbesondere die Dienstleistungsfreiheit ([Art. 49 EG](#)), gebietet anderes nicht. Die Versicherten werden von der Inanspruchnahme der Leistung im Ausland nicht abgeschreckt, wenn sie die gleichen Verfahrenserfordernisse auch bei Inanspruchnahme der Leistung im Inland wahren müssen; aus dem gleich Grund kann eine diskriminierende Wirkung nicht angenommen werden.

Der Senat kann offen lassen, ob das Erstattungsbegehren der Kläger dann nicht aus den dargelegten verfahrensrechtlichen Gründen scheitern müsste, wenn das der Beklagten bei der Leistungsgewährung nach [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) eröffnete (Auswahl-)Ermessen auf Null reduziert gewesen wäre und nur die Erbringung ambulanter Vorsorgeleistungen (oder Rehabilitationsleistungen) gerade in A. Terme in Betracht gekommen wäre. Hiervon kann nämlich – wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat – keine Rede sein; insoweit nimmt der Senat auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils (S. 8 1. Absatz des Entscheidungsabdrucks) Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

2. Den Klägern standen ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort auch mangels medizinischer Notwendigkeit gem. [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) nicht zu. Vielmehr hätten ambulante Behandlungen ([§ 23 Abs. 1 SGB V](#) bzw. [§ 27 Abs. 1 SGB V](#)) am Wohnort der Kläger (medizinisch) ausgereicht,

weswegen es auch auf die Lage des Kurorts (hier) in einem Mitgliedstaat der EU nicht ankommt (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urtr. v. 26.4.2006, - L [11 \(2\) KR 97/04](#) -).

Der MDK hat in seinen im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten schlüssig dargelegt, dass ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort gem. [§ 23 Abs. 2 SGB V](#) nicht notwendig waren. Die auf Antrag der Kläger gem. [§ 109 SGG](#) erhobenen Gutachten des Dr. Schu. rechtfertigen keine andere Sicht der Dinge. Auch das hat das Sozialgericht in seinem Urteil zutreffend näher ausgeführt. Der Senat teilt die Beweiswürdigung des Sozialgerichts. Nachdem hiergegen Stichhaltiges nicht eingewandt ist, nimmt der Senat hierfür ebenfalls auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils (S. 9 ff. des Entscheidungsabdrucks) Bezug. Der Gutachter hat zudem die rechtlichen Maßstäbe für die Beurteilung der Notwendigkeit ambulanter Vorsorgebehandlungen in anerkannten Kurorten verkannt und sich im Wesentlichen ausschließlich auf die Angaben und Wünsche der Kläger gestützt, seine Ansicht jedoch nicht hinreichend aus den erhobenen Befunden begründet. Es genügt nicht, lediglich aus Sicht der Versicherten unbefriedigende Behandlungsversuche am Wohnort und anamnestisch Anhaltspunkte für die Qualität und den zu erwartenden Erfolg der gewünschten Kurortbehandlung festzustellen; damit ist die medizinische Notwendigkeit ambulanter Vorsorgebehandlungen in einem Kurort bzw. das Nichtausreichen ambulanter Vorsorgebehandlungen am Wohnort ([§ 23 Abs. 1 SGB V](#)) nicht überzeugend darzutun. Die Würdigung vorliegender Gutachten und Arztberichte ist im Übrigen Aufgabe des Gerichts; für die Beweiswürdigung selbst bedarf es keiner Hilfe durch Sachverständige. Dem Sozialgericht mussten sich angesichts der erhobenen Gutachten und Arztunterlagen weitere Ermittlungen, etwa weitere Begutachtungen oder die Befragung des Arztes Z., auch nicht aufdrängen; gleiches gilt für den Senat im Berufungsverfahren.

IV. Das Sozialgericht hat die Klagen zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufungen der Kläger erfolglos bleiben müssen. Besteht aus den oben dargelegten Gründen kein Anspruch auf ambulante Vorsorgeleistungen, so besteht auch kein Anspruch auf Zuschuss zu den Kosten des Kuraufenthalts. Denn dieser setzt gerade eine medizinisch notwendige, rechtzeitig beantragte und genehmigte Kurmaßnahme voraus. An alledem fehlt es jedoch, wie in den vorstehenden Ausführungen eingehend dargelegt wurde. Die auf eine Zuschussgewährung gerichteten Klagen der Kläger waren daher abzuweisen ...

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-10-07