S 2 KR 736/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 736/18
Datum
05.06.2020
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 405/19
Datum
27.05.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine Vorsorgeleistung im Ausland.

Im Januar 2018 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag wegen einer Vorsorgeleistung im Ausland.

Mit Bescheid vom 20.2.2018 erteilte die Beklagte die Zustimmung hierzu, der Kläger solle nach Rückkehr die kurärztliche Verordnung und die quittierten Rechnungsbelege einreichen. Die Kostenzusage sei auf einen Zeitraum von längstens drei Wochen begrenzt. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass die Kostenzusage nicht gelte, sofern es sich bei der geplanten Maßnahme um eine Pauschalkur handle. Es handle sich um eine Pauschalkur, wenn im Reisepreis sowohl Unterkunft und Verpflegung als auch ärztliche Behandlungen und medizinisch therapeutische Anwendungen enthalten sind.

Im Mai 2018 machte der Kläger dann die Kostenerstattung bei der Beklagten geltend wegen einer Kur in Tschechien, es wurden die Unterlagen vom Reisebüro vorgelegt.

Mit Bescheid vom 19.7.2018 wurde die Kostenerstattung abgelehnt und auf den Bescheid vom 20.2.2018 hingewiesen. Dort sei bereits mitgeteilt worden, dass Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Pauschalkur nicht erstattungsfähig seien. Vorliegend sei eine Pauschalreise gebucht und durchgeführt worden, da sowohl Unterkunft und Verpflegung sowie auch die ärztliche Behandlung und die medizinisch therapeutischen Anwendungen im Reisepreis enthalten waren. Die Kur hatte vom 3.6.18 bis 23.6.18 stattgefunden.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und reichte weitere Unterlagen und Rechnungen ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.10.2018 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Die Begründung entsprach im Wesentlichen dem Bescheid vom 19.7.2018. Bei einer Pauschalkur seien die wesentlichen Kriterien des Kurarztvertrages nicht erfüllt. Die auf ein pauschales Angebot ausgerichteten Maßnahmen würden nicht die Gewähr dafür bieten, dass die Elemente einer kurärztlichen Behandlung auch nur ansatzweise erfüllt sind. Bei einem Kurarztvertrag sei erforderlich, dass ein individueller schriftlicher Vorsorgeplan mit den anzuwendenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Anamnese und Befunden aufgestellt wird, sowie dass das Vorsorgeziel festgelegt wird. Es sei eine kontinuierliche Überwachung und ggf. eine Korrektur des Vorsorgeplans sowie eine regelmäßige Kontrolluntersuchung erforderlich.

Hiergegen erhob der Kläger Klage bezüglich der ihn betreffenden Kosten. Seine Ehefrau erhob mit gesonderten Schriftsatz ebenfalls Klage. Es wurde geltend gemacht, dass die Betreuerin des Klägers ihre Tochter, Frau A. beauftragt habe, bei der Beklagten anzurufen, um zu klären, wie die Vorsorgeleistung anzutreten sei, damit später eine Kostenerstattung möglich sei. Diese hätte telefonisch von der Beklagten die Auskunft erhalten, dass man einfach eine Reise im Reisebüro buchen sollte. Der Kläger habe dann im Reisebüro beim Reiseveranstalter T. eine Reise für den 3.6. bis 23.6.2018 für 1371 EUR pro Person für sich und seine Ehefrau gebucht. Für den Transfer von zuhause zum Sanatorium und umgekehrt käme ein Betrag von 129 EUR pro Person hinzu. Der Preis sei vor der Reise vollständig gezahlt worden. Am 24.5.18 hätte der Kläger dann die Kostenerstattung bei der Beklagten geltend gemacht. Es wurde auf die vorliegenden Unterlagen verwiesen, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen seien mit der Zahl der Behandlungen und dem Einzelpreis dort aufgelistet. Auch auf die vorgelegte Kurkarte wurde verwiesen. Der Klägerbevollmächtigte machte geltend, dass die Genehmigungsfiktion bezüglich der Kosten

eingetreten sei, da über den Antrag vom 24.5.2018 nicht innerhalb von drei Wochen entschieden worden sei, sondern erst durch den Bescheid vom 19.7.2018. Außerdem wurde geltend gemacht, dass spezifizierte und quittierte Rechnungsbelege nicht fehlen würden, es liege eine Kurkarte vor, die den ärztlichen Maßnahmeplan belege, auch von einer Anamneseerhebung sei demnach auszugehen. Schließlich wurde ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch geltend gemacht, denn wenn seitens der Beklagten telefonisch der Rat erteilt werde, das Reisebüro aufzusuchen und einfach zu buchen, dann habe diese ihre Beratungspflicht nicht erfüllt. Wäre telefonisch der Hinweis erfolgt, dass keine Behandlungsmaßnahmen im Pauschalpreis inbegriffen sein dürfen, dann wäre die Reise so nicht gebucht worden. Es handle sich um eine telefonische Falschberatung, die kausal für die konkreten Buchungen gewesen sei. Gegebenenfalls würden auch Amtshaftungsansprüche vor dem Zivilgericht geltend gemacht werden.

Die Beklagte machte geltend, dass eine Genehmigungsfiktion nicht eingetreten sei, da die Regelung des § 13 Absatz 3 a SGB V auf Erstattungsanträge keine Anwendung finde. Bezüglich der Pauschalreise sei im Bescheid vom 20.2.2018 der maßgebliche Hinweis enthalten gewesen. Die Beklagte sei damit ihrer Beratungspflicht nachgekommen. Es sei dort ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass es sich um eine Pauschalreise handelt, wenn im Reisepreis sowohl die ärztliche Behandlung als auch die therapeutisch medizinischen Anwendungen enthalten sind. Ein Telefongespräch zwischen dem 20.2.2018 und dem Antritt der Maßnahme sei nicht dokumentiert.

Das Gericht verwies auf eine Entscheidung des Sozialgerichts Frankfurt vom 4.10.11 (S 27 KR 135/09) sowie auf eine Entscheidung des BSG vom 2.11.07. Nach dieser Entscheidung des BSG käme die Geltendmachung eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nicht in Betracht.

Beide Beteiligten erklärten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger die Aufwendungen der in Marienbad im Zeitraum 3.6.18 bis 23.6.18 erbrachten ambulanten Vorsorgeleistungen in Höhe von 797,33 EUR zuzüglich eines Zuschusses zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe in Höhe von 100 EUR zu erstatten sowie den Bescheid vom 19.7.18 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.18 aufzuheben hilfsweise für den Fall, dass das Gericht einen Anspruch gemäß § 13 Abs. 3 a SGB V nicht bejaht, oder hierfür die echte Leistungsklage zuzüglich Anfechtungsantrag nicht für zulässig erachtet, die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheides vom 19.7.18 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.18 dem Kläger die Aufwendungen der in Marienbad im Zeitraum 3.6.18 bis 23.6.18 erbrachten ambulanten Vorsorgeleistungen in Höhe von 797,33 EUR zuzüglich eines Zuschusses zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe in Höhe von 100 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie die vorliegende Akte der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Der Rechtsstreit konnte ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG entschieden werden, weil beide Beteiligten ihr Einverständnis damit erklärten.

Die zulässige, insbesondere form- und fristgerechte Klage ist unbegründet. Der Bescheid vom 19.7.18 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.18 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der ihn betreffenden Kosten.

1. Soweit sich der Kläger auf § 13 Abs. 3 a SGB V beruft, ist die Klage unbegründet. Eine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a SGB V ist nicht eingetreten.

In § 13 Abs. 3 a SGB V ist Folgendes geregelt: die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Eingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachterlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zu Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Insoweit ist zu berücksichtigen ist die Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V nur auf Sach- und Dienstleistungen, nicht jedoch auf Geldleistungen anwendbar ist (§ 13 SGB V Kasseler-Kommentar Rn 114). Der Kläger kann sich daher nicht mit Erfolg darauf berufen, dass sein Antrag vom 20.5.18 bzw. 24.5.18 erst mit dem Bescheid vom 19.7.2018 entschieden worden sei und deswegen die Fiktion eingetreten sei. Insoweit ist maßgeblich, dass der Antrag des Klägers vom 20.5.2018 bzw. 24.5.18 auf eine Geldleistung bezogen war, zum Zeitpunkt dieses Antrags war die Reise schon verbindlich gebucht und bezahlt. § 13 Absatz 3a SGB V ist daher bereits nicht anwendbar.

Aufgrund dessen war der Hauptantrag des Klägers unbegründet, da die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V nicht eingetreten ist.

2. Auch der Hilfsantrag ist unbegründet.

Ein Anspruch ergibt sich zum einen nicht aus § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB. Dort ist Folgendes geregelt.

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch den Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Insoweit ist zu berücksichtigen, dass § 13 Abs. 3 SGB V nur auf Inlandssachverhalt anwendbar ist und neben den europarechtskonform auszulegenden Regelungen des deutschen Kostenerstattungsrechts in §§ 13 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V nicht anwendbar ist (SG Frankfurt vom 4.10.2011, S 27 KR 135/09). Vorliegend geht es um eine Kostenerstattung für eine Kur in Tschechien. Der Kläger kann sich insoweit daher nicht auf § 13 Abs. 3 SGB V stützen.

Auch aus § 13 Abs. 4 SGB V ergibt sich kein Erstattungsanspruch des Klägers. Danach sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum 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 Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen dabei nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, § 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung der Sachleistung im Inland zu tragen hätte, § 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V. Dabei hat die Satzung das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln, sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen, § 13 Abs. 4 Satz 4 SGB V (SG Frankfurt vom 4.10.2011, S 27 KR 135/09). Vorliegend scheidet ein Anspruch nach § 13 Abs. 4 SGB V bereits deswegen aus, da für die Reise nur ein Pauschalpreis vereinbart wurde. Dies ergibt sich aus § 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V. Insoweit ist ersichtlich, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Wären für den Kläger ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort im Inland erbracht worden, hätte die Krankenkasse nach dem Sachleistungsprinzip zum einen die Kosten für eine entsprechende ambulante ärztliche Behandlung sowie Heilmittel durch medizinisches Fachpersonal im Wege einer direkten Kostenerstattung an die einzelnen Leistungserbringer übernommen sowie direkt an den Klägern einen Zuschuss zu den sonstigen Kosten, d.h. insbesondere für Unterkunft und Verpflegung gezahlt, § 23 Abs. 3 SGB V. Aus dieser Regelung wird deutlich, dass die einzelnen Kostenarten, d.h. die medizinischen und sonstigen Leistungen getrennt betrachtet und erstattet werden müssen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die einzelnen Kostenarten voneinander abgrenzbar sein müssen, um § 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V umsetzen zu können. Sind daher die Kosten für die medizinischen Leistungen der Höhe nach gerade nicht von den sonstigen Kosten abgrenzbar und umgekehrt, kann seitens der Krankenkasse weder geprüft werden, ob überhaupt und in welcher Höhe sonstige Kosten angefallen sind, noch kann sie die Erstattung auf die medizinischen Kosten begrenzen, die sie bei Umsetzung des Sachleistungsanspruchs im Inland zu tragen gehabt hätte. Vorliegend handelt es sich um eine Pauschalkur, für die die Beklagte zu recht eine Kostenerstattung abgelehnt hat. Eine Pauschalkur liegt vor, wenn ein Gesamtpaket bestehend aus Unterkunft, Verpflegung, ärztlichen Behandlungen und Heilbehandlungen pauschal gebucht und bezahlt worden ist, der Kostenerstattungsanspruch scheitert bei einer Pauschalkur daran, dass für diese Kur lediglich ein Pauschalpreis vereinbart worden ist (SG Altenburg vom 26.7.18, S 14 KR 1924/16). Aus den Unterlagen ergibt sich vorliegend, dass der Kläger zur Entrichtung eines Pauschalpreises verpflichtet war. Dies ergibt sich aus den Rechnungen des Reisebüros vom 26.2.18 und 8.5.18. Der Rechnungsbetrag war pauschal für den gesamten Kuraufenthalt in Tschechien zu zahlen. Demnach ergab sich pro Person ein Gesamtpreis von 1371,00 EUR, darin enthalten waren DZ, VP und Kur, 3 Anwendungen pro Person/Tag). Hinzu kamen 129 EUR pro Person für den Transfer. Es handelte sich daher um eine Pauschalkur. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus der vorgelegten Kurkarte bzw. der Rechnung/Bestätigung des Arztes M. vom 20.6.18 mit den dort genannten Einzelpreisen. Die bereits vorher gebuchte Reise (s. Rechnungen des Reisebüros vom 26.2.18 und 8.5.18) unter Vereinbarung eines Gesamtpauschalpreises wird dadurch nicht abgeändert. Aufgrund der Rechnungen des Reisebüros blieb der Kläger nur zur Entrichtung eines Pauschalpreises verpflichtet, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe dem Kurhaus für die Erbringung der jeweiligen Einzelleistungen Kosten entstanden sind (vgl. SG Frankfurt 4.10.11, S 27 KR 135/09). Es handelte sich daher trotzdem um ein Gesamtpaket mit einem Gesamtpreis aus Unterkunft, Verpflegung und Behandlungsmaßnahmen, das pauschal im Reisebüro beim Reiseveranstalter T. gebucht worden war. Aufgrund dessen waren die einzelnen Kostenarten trotz der vorgelegten Kurkarte bzw. Bestätigung des Arztes M. vom 20.6.18 nicht nach § 13 Abs. 4 S. 3 SGB V eindeutig voneinander abgrenzbar, so dass es sich um eine Pauschalkur handelte und eine Kostenerstattung ausscheidet. Laut Vortrag des Klägers wurde die Anzahlung vom 2.3.18 überwiesen, der weitere Betrag sei vollständig bis zum 2.5.18 überwiesen worden und am 11.5.18 sei ein weiterer Betrag von 258 EUR für den Transfer des Klägers und seiner Ehefrau (129 EUR pro Person) überwiesen worden. Insgesamt wurde daher vom Kläger eine Pauschalkur gebucht und vor Antritt der Maßnahme auch als solche bezahlt, so dass die Beklagte nicht im Einzelnen prüfen konnte, ob und in welcher Höhe die Beklagte diese Kosten für medizinische Maßnahmen, die im Ausland erbracht wurden, im Inland hätte tragen müssen (vgl. SG Altenburg vom 26.7.18, S 14 KR 1924/16).

Soweit sich der Kläger auf einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch und angebliche Falschberatung durch die Beklagte stützt, ergibt sich ebenfalls keine andere Beurteilung. Insoweit ist zunächst zu berücksichtigen, dass bereits im Bescheid vom 20.2.2018 der Hinweis erfolgte, dass die Kostenzusage nicht gilt, wenn es sich bei der geplanten Maßnahme um eine Pauschalkur handelt. Dabei wurde auch in dem Bescheid bereits erklärt, dass es sich um eine Pauschalkur handelt, wenn im Reisepreis sowohl die Unterkunft und die Verpflegung als auch die ärztlichen Behandlungen und medizinisch therapeutischen Anwendungen enthalten sind. In diesem Bescheid war daher klar und deutlich nachvollziehbar erklärt worden, wann es sich um eine Pauschalkur handelt. Damit war auch der Hinweis seitens der Beklagten erfolgt, dass im Pauschalpreis die Behandlungsmaßnahmen nicht enthalten sein dürfen. Der Kläger hätte daher bereits aufgrund dieses Hinweises in den Bescheid vom 20.2.2018 erkennen können, dass es sich bei der von ihm im Anschluss gebuchten Reise um eine Pauschalkur handelt, für die eine Erstattung ausscheidet. Insoweit ist es bereits nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen eine telefonische Nachfrage erfolgt sein soll. Außerdem ist zu berücksichtigen, selbst wenn eine Falschberatung vorgelegen hätte, sich kein Kostenerstattungsanspruch vorliegend für die Kläger aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ergeben würde. Insoweit hat das BSG in seiner Entscheidung vom 2.11.2007 (B 1 KR 14/07R) ausgeführt, dass der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V nicht dadurch unterlaufen werden darf, dass weitergehende Rechte aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abgeleitet werden. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch fände als Anspruchsgrundlage neben dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V keine Anwendung. Auch insoweit scheidet daher Kostenerstattungsanspruch aus. Nach Auffassung des Gerichts kann der sozialrechtlichen Herstellungsanspruch daher auch neben der hier einschlägigen Regelung des § 13 Abs. 4 SGB V keine Anwendung finden. Insoweit kam es auf eine Vernehmung von Frau A., die laut Kläger das Telefonat mit der Beklagten führte, nicht entscheidungserheblich an.

Die Klage war daher unbegründet und somit abzuweisen.

Folglich sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten, § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2020-10-26