

L 1 KR 137/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 72 KR 2402/04
Datum
20.10.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 137/07
Datum
27.06.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

I. Dem EuGH werden folgende Fragen zur Entscheidung vorgelegt:

1. Umfasst der Anspruch auf Kostenerstattung nach Art. 34 Abs. 4 und 5 VO 574/72 EWG auch Kosten, die durch eine Notfallbehandlung einer zur Inanspruchnahme der Leistungen nach Art. 31 VO 1408/71 EWG berechtigten Rentnerin in einer Privatklinik des Aufenthaltsortes veranlasst wurden, wenn das zuständige Krankenhaus die Behandlung als Sachleistung wegen Überlastung abgelehnt hat?
2. Kann eine Beschränkung der Kostenerstattung auf Erstattungssätze nach Art. 34 Abs. 4 VO 574/72 EWG erfolgen, wenn die Bezahlung der Sachleistung der Krankenhäuser durch den zuständigen Träger nicht abstrakt-generell nach Sätzen erfolgt, sondern individuell einzeln vertraglich geregelt ist und zudem nach nationalem Recht auch keine Beschränkung der Sachleistung auf Behandlung in bestimmten Krankenhäusern besteht.

3. Ist eine nationale Vorschrift, nach der eine Erstattung der Kosten einer Behandlung in einem Privatkrankenhaus im EU-Ausland auch im Falle einer Notfallbehandlung ausgeschlossen ist, mit [Art. 49](#) und [50](#) sowie [Art. 18 EG](#) vereinbar?

II. [§ 13 Abs. 4](#) und 5 SGB V gelten auch rückwirkend für noch nicht bestandskräftig beschiedene Ansprüche.

III. Die Erstattung der Kosten einer Notfallbehandlung durch ein Krankenhaus im EU-Ausland darf entgegen [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht bereits wegen fehlender vorheriger Zustimmung abgelehnt werden.

IV. Das Transparenzgebot verlangt Klarheit und Verständlichkeit einer Regelung.

Orientierungssatz: Aktenzeichen des EuGH: [C-336/08](#)

Das Verfahren wird ausgesetzt. Dem Europäischen Gerichtshof werden gemäß [Artikel 234](#) des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (in der Fassung des Amsterdamer Vertrages vom 2. Oktober 1997 - EG) folgende Fragen zur Entscheidung vorgelegt: 1. Umfasst der Anspruch auf Kostenerstattung nach Art. 34 Abs. 4 und 5 VO 574/72 EWG auch Kosten, die durch eine Notfallbehandlung einer zur Inanspruchnahme der Leistungen nach Art. 31 VO 1408/71 EWG berechtigten Rentnerin in einer Privatklinik des Aufenthaltsortes veranlasst wurden, wenn das zuständige Krankenhaus die Behandlung als Sachleistung wegen Überlastung abgelehnt hat? 2. Kann eine Beschränkung der Kostenerstattung auf Erstattungssätze nach Art. 34 Abs. 4 VO 574/72 EWG erfolgen, wenn die Bezahlung der Sachleistung der Krankenhäuser durch den zuständigen Träger nicht abstrakt-generell nach Sätzen erfolgt, sondern individuell einzeln vertraglich geregelt ist und zudem nach nationalem Recht auch keine Beschränkung der Sachleistung auf Behandlung in bestimmten Krankenhäusern besteht. 3. Ist eine nationale Vorschrift, nach der eine Erstattung der Kosten einer Behandlung in einem Privatkrankenhaus im EU-Ausland auch im Falle einer Notfallbehandlung ausgeschlossen ist, mit [Art. 49](#) und [50](#) sowie [Art. 18 EG](#) vereinbar?

Gründe:

I. 1. Die 1936 geborene Klägerin ist bei der Beklagten hier in Deutschland als Rentnerin gesetzlich krankenversichert. Sie begehrt von ihr die Erstattung der Kosten einer Behandlung auf der Intensivstation eines Privatkrankenhauses in Spanien in Höhe von noch 9.115,34 EUR.

2. Sie hielt sich im August 2003 in Spanien auf. Sie hatte einen Krankenschein E 111 mitgenommen, war jedoch nicht privat reisekrankenversichert.

3. Am 2. August 2003 erkrankte sie mit Übelkeit, Erbrechen und Verschwommensehen. Am 3. August 2003 wurde sie im Krankenwagen zur Notfallstation in das öffentliche C-Krankenhaus M gefahren. Dort schickte man sie nach zehn Stunden wegen Bettenmangels ohne weitere Diagnostik wieder nach Hause. Nachdem sich am 6. August 2003 eine Lähmung der Beine entwickelt hatte, vermutete der hinzugezogene Notarzt einen Schlaganfall und wies die Klägerin erneut in das C-Krankenhaus ein. Die Notfallaufnahme des Krankenhauses wies sie ab, weil kein Bett frei sei, und leitete sie an das private U-Hospital weiter. Dort wurde sie aufgrund der Schwere der Erkrankung auf der Intensivstation aufgenommen.

4. Sie leidet seither an beinahe vollständiger Lähmung. Am 7. August 2003 trat zusätzlich eine Aspirationspneumonie ein. Die Klägerin wurde beatmungspflichtig. Eine Rückverlegung auf die Beatmungsstation des C Krankenhauses oder eine Verlegung in die Universitätsklinik M war mangels freier Beatmungsbetten bis zum 19. August 2003 nicht möglich. An diesem Tag wurde sie in das C Krankenhaus verlegt.

5. Die Privatklinik stellte der Klägerin am 19. August 2003 21.954,18 EUR Behandlungskosten in Rechnung. Von diesen Kosten erstattete die Beklagte im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach und nach insgesamt 12. 883,84 EUR. Sie legte dabei zuletzt den durchschnittlichen im August 2003 geltenden Pflegesatz der Intensivstationen derjenigen Berliner Krankenhäuser zugrunde, die im August 2003 (noch) nach der Bundespflegeverordnung (BpflV) abrechneten. Die übrigen Häuser hätten bereits der Abrechnung nach den DRG-Fallpauschalen unterlegen. 6. Seit 2003 konnten sich nämlich die Vertragskrankenhäuser nach § 17 b KHG Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf der Basis einer freiwilligen Erklärung für den Umstieg auf das DRG-System (Diagnosis Related Groups = Diagnosebezogene Fallgruppen) mit entsprechenden Fallpauschalen entscheiden. Näheres war und ist in der Krankenhausfallpauschalenverordnung - KFPf - vom 19. 09. 2002 geregelt. 7. Die Klägerin - so die Auffassung der Beklagten - habe bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Spanien nach Art. 31 VO 1408/71 Sachleistungen vom spanischen Versicherungsträger erhalten. Nach Art. 34 Abs. 1 VO 572/72 EWG sei vom zuständigen Träger eine Erstattung von Kosten immer dann vorzunehmen, wenn die geltenden Formvorschriften zur Erlangung einer Leistung nicht hätten eingehalten werden können. Grundsätzlich gälten die für den Träger des Aufenthaltsortes maßgebenden Sätze. Allerdings kenne das spanische Krankenversicherungsrecht keine Erstattungssätze. Deshalb könne nach Art. 34 Abs. 5 VO 574/72 EWG der zuständige Träger die Kosten nach den für ihn geltenden Sätzen erstatten. Dies sei hier erfolgt.

8. Mit ihrer Klage vor dem Sozialgericht Berlin und nach deren Abweisung der Berufung vor dem hiesigen Gericht begehrt die Klägerin eine Übernahme auch der restlichen Kosten. Sie habe aus Art. 31 Abs. 1 Buchstabe a VO 1408/71 EWG einen Anspruch auf Sachleistungen nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften und damit hier konkret auf Erstattung der gesamten Kosten für die Notfallbehandlung nach [§ 13 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

II. Anzuwendendes deutsches Recht: 9. (Jeweils in der im maßgeblichen Zeitraum August 2003 geltenden Fassung)

Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, [BGBl. I S. 3845](#)) § 6 Vorbehalt abweichender Regelungen Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben unberührt Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, [BGBl. I S. 2477](#))

§ 13 Kostenerstattung (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) ()

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

(4) Versicherte sind 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- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen 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. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschlüsse vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 16 Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte 1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist, 2. () 3. () 4. ()

(2) ()

(3) ()

(3a) ()

(4) ().

§ 27 Krankenbehandlung (1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt 1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, 2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, 3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, 4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, 5. Krankenhausbehandlung, 6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen. Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.

(2) () § 39 Krankenhausbehandlung (1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfaßt auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausesgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) ()

(5) ()

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes, 2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder 3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 ([BGBl. I S. 886](#)) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) § 16 Verordnung zur Regelung der Pflegesätze Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze der Krankenhäuser, 2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung ([§ 115 a](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), den ambulanten Leistungen einschließlich der Leistungen nach [§ 115 b](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen, 3. die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben) der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus, soweit diese Entgelte pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind, 4. die Berücksichtigung der Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung ([§ 115 a](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), für ambulante Leistungen einschließlich der Leistungen nach [§ 115 b](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Wahlleistungen des Krankenhauses sowie die Berücksichtigung sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze, 5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten, 6. das Verfahren nach § 18, 7. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Krankenhäuser, 8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für nichtärztliche Wahlleistungen. Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierungen die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.

§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung (1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115 a](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im Voraus zu bemessen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71 Abs. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes zu beachten. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen. (1a) (weggefallen) (2) Soweit tagesgleiche Pflegesätze vereinbart werden, müssen diese medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen sowie die Pflegesätze, Fallkosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser oder Abteilungen angemessen zu berücksichtigen. Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. Es sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen vorzusehen. (2a) Für die Vergütung von allgemeinen

Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17 b vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß das Beschlussgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzungen betroffen sind. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6. Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn eines folgenden Kalenderjahres aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft ist möglich, die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren. Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet. (3) Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen 1. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen, 2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen. 3. (weggefallen) (4) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz voll gefördert werden, und bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 erster Halbsatz bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 3 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen 1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren und die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b, 2. Kosten der Grundstücke, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung, 3. Anlauf- und Umstellungskosten, 4. Kosten der in § 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen; Absatz 4a bleibt unberührt, 5. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird; dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils. (4a) (weggefallen) (4b) Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die in Satz 2 genannten Kosten werden pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegefähigkeitsprüfung für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt. (5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze. Werden die Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen oder Zusatzentgelten nach § 17 b vergütet, gelten diese als Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser im Sinne des Satzes 1. § 17 b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems (1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, für die nach Maßgabe dieses Gesetzes zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden. Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sind bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Soweit das Land keine Vorgaben erlässt, sind die Empfehlungen nach Satz 6 verbindlich anzuwenden. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Zuschläge. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden. (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen

und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Die Prüfungsergebnisse nach § 137 c Abs. 1 Satz 2 und die Beschlüsse nach [§ 137 e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu beachten. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Für die gemeinsamen Beschlüsse der Vertreter der Krankenversicherungen gilt [§ 213 Abs. 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, dass das Beschlussgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen. (3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen können auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Nach Maßgabe der Absätze 4 und 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2 a. Erstmals für das Jahr 2005 wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 ein Basisfallwert vereinbart. (4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Kann eine Fallgruppe wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation beteiligten deutschen Krankenhäusern voraussichtlich nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden, ist dieses näherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte zu ermitteln und zu vereinbaren; Absatz 1 Satz 14 bleibt unberührt. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus voraussichtlich mindestens 90 vom Hundert des Gesamtbetrags nach dem Krankenhausentgeltgesetz, der um Zusatzentgelte, Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen vermindert ist, mit Fallpauschalen abrechnen kann. Wird dieser Vomhundertsatz nicht erreicht, wird das Vergütungssystem auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt, wenn die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 zustimmen; die Schiedsstelle entscheidet nicht. Das Krankenhaus hat sein Verlangen bis zum 31. Oktober 2002 den anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes schriftlich mitzuteilen. Hat ein Krankenhaus sein Verlangen, das DRG-Vergütungssystem im Jahr 2003 anzuwenden, den anderen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 1. November bis zum 31. Dezember 2002 schriftlich mitgeteilt, wird das Vergütungssystem im Jahr 2003 ebenfalls eingeführt; die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend; auch für diese Krankenhäuser gelten die Vorgaben des Artikels 5 Satz 2 des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung und des § 3 Abs. 6 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das ganze Jahr 2003. Es hat eine Aufstellung über Art und Anzahl der DRG-Leistungen im ersten Halbjahr 2002 vorzulegen; bei ausreichender Kodierqualität können ergänzend Daten des zweiten Halbjahres 2001 vorgelegt werden. (5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 und 3 vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des zum 1. Januar 2003 einzuführenden Vergütungssystems finanziert werden (DRG-Systemzuschlag). Der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der DRG-Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch ein eigenes DRG-Institut wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet, 2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in den Absätzen 1 und 3 genannten Aufgaben verwendet werden, 3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien, 4. kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6. Für die Vereinbarungen gilt Absatz 2 Satz 5 entsprechend. Ein Einsatz der Finanzmittel zur Deckung allgemeiner Haushalte der Vertragsparteien oder zur Finanzierung herkömmlicher Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist unzulässig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium. Der DRG-Systemzuschlag ist von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 und das Budget nach § 12 und nicht in die Erlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein. (6) Das Vergütungssystem wird für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend; die auf Grundlage australischer Bewertungen vereinbarten Relativgewichte sind in den folgenden Jahren durch Relativgewichte auf der Grundlage deutscher Kostenerhebungen zu ersetzen. Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 wird das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an den nach Absatz 3 Satz 5 krankenhäuserübergreifend festgelegten Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen. (7) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates 1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten, 2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen, 3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 14 und 15 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der

Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden. Von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 kann abgewichen werden, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. (8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen. Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 ([BGBl. I S. 2750](#)) (BpflV) § 17 Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien (1) Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Budget und Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze, die Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie den Erlösausgleich nach § 11 Abs. 8. Bei Krankenhäusern, deren Leistungen vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, regeln die Vertragsparteien die Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 3 bis 8. Die Pflegesatzvereinbarung muß auch Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. (2) Der Pflegesatzzeitraum beträgt ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. Ein Pflegesatzzeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfaßt, kann vereinbart werden. (3) Die Vertragsparteien nehmen die Pflegesatzverhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, daß das neue Budget und die neuen Pflegesätze mit Ablauf des laufenden Pflegesatzzeitraumes in Kraft treten können. (4) Der Pflegesatzverhandlung sind insbesondere die Daten zugrunde zu legen, die nach § 5 Abs. 1 für den Krankenhausvergleich zu übermitteln sind. Der Krankenhausträger übermittelt auf Verlangen einer Vertragspartei zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlagen 1 und 2 oder Teile davon; ab dem Kalenderjahr 2001 wird die Aufstellung einschließlich ihres Anhangs 3 nur noch für das Budget nach § 12 und das Erlösabzugs- und Kostenausgliederungsverfahren nach § 12 Abs. 2 und 3 erstellt. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung enthält insbesondere Angaben zu den vereinbarten Vergütungen, den Leistungen und den Kalkulationen von Budget und tagesgleichen Pflegesätzen des Krankenhauses. Die Leistungsaufstellung umfaßt insbesondere 1. eine anonymisierte, abteilungsbezogene Diagnosestatistik nach dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) mit Angaben zu Verweildauer und Alter der Patienten sowie dazu, ob der Patient im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde, und 2. eine anonymisierte, abteilungsbezogene Operationsstatistik nach dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin in der jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit nach [§ 301 Abs. 2 Satz 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft gesetzten Fassung. Die Diagnose- und die Operationsstatistik sind auf maschinellen Datenträgern vorzulegen. Die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird von Krankenhäusern, deren Leistungen vollständig über Fallpauschalen berechnet werden, nicht vorgelegt. Werden die Leistungen einer Abteilung oder Einrichtung nach § 13 Abs. 2 ausschließlich mit Fallpauschalen berechnet und hat das Krankenhaus die Kostenausgliederung verlangt, werden die Abschnitte V 2, V 3 und K 8 nicht vorgelegt; die Kostenausgliederung ist nach Abschnitt K 7 Nr. 1 bis 18 vorzunehmen. Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, werden die Kosten und Leistungen für diese Patienten nicht in der allgemeinen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, sondern nach deren Anhang 3 ausgewiesen. (5) Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 1 muß der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. Soweit dies zur Beurteilung der Höhe der Kostenausgliederung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach Abschnitt K 8 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, der Kostenausgliederung ganzer Abteilungen und zur Beurteilung der vom Krankenhaus nach § 11 Abs. 3 geforderten Zuschläge erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien verlangen, daß zusätzliche Kalkulationsunterlagen vorgelegt werden. (6) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der medizinisch leistungsgerechten Vergütung eines Krankenhauses so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, daß die Pflegesatzverhandlung zügig durchgeführt werden kann. Können wesentliche Fragen bis zur Pflegesatzverhandlung nicht geklärt werden, sollen das Budget und die Pflegesätze auf der Grundlage der verfügbaren Daten vereinbart werden. Soweit erforderlich, kann eine Prüfung dieser Fragen vereinbart werden. Das Ergebnis der Prüfung ist in der nächsten Pflegesatzverhandlung zu berücksichtigen. (7) Die Vertragsparteien können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlung näher bestimmen sowie festlegen, welche Krankenhäuser vergleichbar sind. (8) Absatz 1 Satz 3, Absatz 5 und Absatz 7 gelten nicht, soweit für das Krankenhaus verbindliche Regelungen nach den [§§ 112 bis 115](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen worden sind. (9) Die im Rahmen einer Vereinbarung von Pflegesätzen übermittelten Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person dürfen von den Empfängern nicht zu anderen Zwecken verarbeitet oder genutzt werden.

III. 10. Nach nationalem deutschem Recht steht der Klägerin ein Anspruch auf Erstattung der Kosten der Intensivbehandlung im privaten spanischen Krankenhaus nicht zu. Nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ruht der Anspruch auf Versicherungsleistungen, solange sich die Versicherten im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes erkranken, soweit nicht im Sozialgesetzbuch Abweichendes bestimmt ist. 11. Eine abweichende Regelung enthält [§ 13 Abs. 4 SGB V](#). Danach sind Versicherte berechtigt, auch bestimmte kompetente Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die VO 1408/71 EWG anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Diese Erstattungsmöglichkeit gilt allerdings gemäß [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) für Krankenhausleistungen im Sinne des [§ 39 SGB V](#) - wie hier - nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen. Eine solche Zustimmung hat die Klägerin hier nicht eingeholt.

12. [§ 13 Abs. 4](#) und 5 SGB V sind zwar gemäß Art. 1 Nr. 4 b und Art. 37 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG, BGBl. I 2189) erst mit Wirkung vom 01. Januar 2004 in Kraft getreten. Mangels Übergangsvorschrift finden diese Absätze jedoch auch für vergangene Sachverhalte Anwendung, die - wie hier - noch nicht bestandskräftig entschieden sind.

13. Das nationale Recht könnte jedoch gemäß [§ 6](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) durch vorrangiges Europarecht unanwendbar sein.

14. In Betracht kommt ein Anspruch aus Art. 31 Abs. 1 Buchstabe a VO 1408/71 EWG. Danach erhalten Rentner, die nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedsstaats zum Bezug einer Rente berechtigt sind - hier die Klägerin nach deutschem Recht - und nach den Rechtsvorschriften (u. a.) dieses Staates Anspruch auf Leistungen haben - hier die Klägerin als Mitglied der Krankenversicherung der Rentner gemäß [§ 5 Nr. 11 SGB V](#) -, während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen als des Mitgliedsstaats, in dem sie wohnen, Sachleistungen, die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedsstaates als des Wohnstaates unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen (vgl. zum Sachleistungsanspruch eines Rentners aus Art. 31 VO 1408/71 EWG: EuGH, U. v. 31.05.1979 - Rs C-[182/78](#) Rdnr. 6 und 8).

15. Dem Grunde nach gewährt Art. 31 VO 1408/71 EWG einen Anspruch auf Sachleistungen für den sich vorübergehend in Spanien aufhaltenden Rentner durch den Träger des Aufenthaltsortes nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, hier also durch ein Krankenhaus der öffentlichen Gesundheitsdienste (Servicios Públicos de Salud) beziehungsweise öffentlicher und privater Kliniken aufgrund von Verträgen mit dem spanischen nationalen Gesundheitsinstitut (vergleiche Europäische Kommission, gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der EU und des EWR Missoc, veröffentlicht unter <http://ec.europa.eu/employment-sozial/missoc>).

16. Dementsprechend wurde die Klägerin ab dem 19. August 2003 im staatlichen C-Krankenhaus kostenfrei behandelt.

17. Voraussetzung hierfür war lediglich die Vorlage der entsprechenden Bescheinigung (E 111, mittlerweile Vorlage der europäischen Krankenversicherungskarte).

18. Die Privatklinik hier hat allerdings den Krankenschein E 111 nicht akzeptiert und die Klägerin nicht als oder für den Träger des Gesundheitsdienstes behandelt. Im Streit steht eine Kostenerstattung der Privatleistung.

19. Möglicherweise ist insoweit Art. 34 VO 574/72 EWG einschlägig.

20. Gemäß Art. 34 Abs. 1 VO 574/72 EWG sind die entstandenen Kosten auf Antrag des Rentners vom zuständigen Träger nach den für den Träger des Aufenthaltsortes maßgebenden Sätzen zu erstatten, wenn die Formvorschriften unter anderem des Art. 31 VO 574/72 EWG während des Aufenthaltes im Gebiet eines anderen Mitgliedstaates als des zuständigen Staates nicht eingehalten werden. Falls Art. 34 Abs. 1 VO 574/72 EWG einschlägig ist, dann greifen hier - im Verhältnis Spanien zu Deutschland - weiter die Absätze 5 und 4 des Artikels ein, weil die spanischen Rechtsvorschriften keine entsprechenden Erstattungssätze vorsehen.

21. Die Beteiligten des Rechtsstreits halten Art. 34 VO 574/72 für einschlägig obwohl die (kostenfreie) Behandlung nicht an der fehlenden Vorlage des Formulars gescheitert ist, sondern weil ein Privatkrankenhaus nur privat behandelt hat.

22. Es stellt sich also die Frage, ob eine Notfallbehandlung durch eine Privatklinik als Folge einer Zurückweisung wegen Überlastung durch die staatlich autorisierte Klinik eine Sachleistung im Sinne des Art. 31 VO 1408/71 EWG darstellt, beziehungsweise ob die durch die Bezahlung der Privatklinik entstandenen Kosten solche nach Art. 31 und Art. 34 Abs. 1 VO 574/72 EWG sind.

23. Der EuGH hat sich - soweit ersichtlich - mit der Frage, ob Art. 31 VO 1408/71 EWG i.V.m. Art. 34 Abs. 1 VO 574/72 EWG auch einschlägig ist, wenn sich die Nichteinhaltung der Formvorschriften als Folge der Abweisung durch die Notfallaufnahme des an sich für Sachleistung zuständigen staatlichen Krankenhauses darstellt und diese Abweisung entweder auf einer außerordentlichen Überlastung beruht - wofür hier nichts ersichtlich ist - oder aufgrund einer strukturellen Unterversorgung (nach deutscher Rechtsterminologie ein sogenanntes Systemversagen), noch nicht befasst:

24. Im Urteil des EuGH vom 25.02.2003 in der Rechtssache [C - 326/00](#) hatte der Träger des Aufenthaltsortes (eine deutsche Krankenkasse) den Träger des Wohnorts (die griechische Sozialversicherungsanstalt IKA) um die Übersendung des falschen Vordruckes (E 112 statt E 111) ersucht. Ein solches Verhalten komme einer Weigerung gleich, Artikel 31 VO 1408/71 anzuwenden (Randnummer 48 f).

25. Die Behandlung hatte in einer Spezialklinik für Herz- und Kreislauferkrankungen stattgefunden. Soweit ersichtlich ist der dortige Beklagte des Ausgangsverfahrens jedoch nicht vom (deutschen) Träger abgewiesen und an eine Privatklinik verwiesen worden. Der Träger hat sich vielmehr erst im Nachhinein (zu Unrecht) geweigert, die Behandlung als durch ihn gewährte Sachleistung anzusehen.

26. Vorliegend hat das staatliche C-Krankenhaus in M die Behandlung -in Form der Gewährung von Sachleistung - nicht aus Rechtsgründen zu Unrecht abgelehnt, sondern aufgrund mangelnder Kapazitäten.

27. Im Urteil vom 24.10.2003 - Rs [C-193/03](#) - hat der EuGH entschieden, dass Art. 34 der VO 574/72 EWG dahin auszulegen sei, dass er einer aufgrund interner Regelung erfolgenden Praxis einer Krankenkasse nicht entgegenstehe, wonach diese die ihren Versicherten bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedsstaat entstandenen Krankheitskosten in voller Höhe erstatte, wenn sie einen Betrag von 200 DM nicht überstiegen. Im dortigen Ausgangsverfahren hatte das Bundesversicherungsamt einer deutschen Krankenkasse eine entsprechende Praxis untersagt. Diese (die BKK Robert Bosch GmbH) erstattete Kosten bis 200 DM unabhängig davon, ob die Voraussetzung des Artikel 34 Abs. 1 VO 574/72 EWG erfüllt waren, wie sich aus den Sachangaben in Randnummer 10 der Entscheidung sowie aus der Vorlage durch das Sozialgericht Stuttgart ergibt, welches in der Vorentscheidung explizit Bezug auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nimmt.

28. Der EuGH hat in dem Urteil allerdings ausgeführt, die Einhaltung der Formvorschriften solle es den Sozialversicherten im Regelfall

ermöglichen, bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedsstaat die Sachleistungen vom Träger des Aufenthaltsortes nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften zu erhalten (für Rechnung des zuständigen Trägers), als ob er bei diesem versichert wäre (EuGH, a.a.O. Rdnr.18). Diese Vorschriften sollten dazu beitragen, die Freizügigkeit der Sozialversicherten zu erleichtern (Rdnr. 19). Die Erstattungsregel des Art. 34 solle gewährleisten, dass der Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten nach den Artikeln 22 und 31 der VO 1408/71 EWG nicht von bloßen Formerfordernissen abhängen (Rdnr. 20). Wie zu Art. 22 VO 1408/71 EWG bereits entschieden, hindere die Erstattungsregel des Art. 34 VO 547/72 EWG die Mitgliedsstaaten nicht, eine für die Versicherten günstigere Erstattung nach heimischen Erstattungsregeln vorzusehen als dies nach den Regeln des Aufenthaltsortes der Fall wäre. Dies lässt vorliegend aber nur den Schluss zu, dass die Praxis der Beklagten, hier Art. 34 Abs. 1 VO 547/72 EWG für einschlägig zu halten, europarechtskonform ist, obgleich ein in Spanien Wohnender - soweit ersichtlich - keinen Anspruch gegen das spanische Gesundheitssystem hätte, die Kosten für den Privatklinikaufenthalt erstattet zu bekommen.

29. Im Ausgangsfall, welcher dem Urteil des EuGH vom 12.04.2005 in der Rechtssache [C-145/03](#) zugrunde lag, hatte der Träger des Aufenthaltsortes zwar eine Überweisung in eine Privatklinik in einem Drittland (Schweiz) veranlasst. Nach Auffassung der Ärzte war die Verlegung aber angesichts der lebensbedrohlichen schweren Erkrankung und der Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffes zwingend erforderlich, welcher in Anbetracht der außergewöhnlichen Schwierigkeiten und der besonderen Fähigkeiten, die er erforderte, nur in einer bestimmten Klinik durchgeführt werden konnte (vergleiche Sachverhaltsdarstellung Rdnr.14 ff). Der EuGH hat entschieden, dass Art. 22 Abs. 1 a Ziff. c und Ziff. e der VO 1408/71 EWG dahin auszulegen sei, dass der zuständige Träger, der mit der Ausstellung eines Formblatts E 111 oder E 112 darin eingewilligt habe, dass einer seiner Sozialversicherten eine medizinische Behandlung in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedsstaat erhalte, an die während der Gültigkeitsdauer des Formblatts von dem Träger des Aufenthaltsmitgliedstaates autorisierten Ärzten getroffenen Feststellungen hinsichtlich der Erforderlichkeit einer dringenden lebensnotwendigen Behandlung sowie an die während desselben Zeitraums auf der Grundlage dieser Feststellungen und der augenblicklichen medizinischen Erkenntnisse getroffenen Entscheidung dieser Ärzte gebunden sei, den Betroffenen in ein Krankenhaus eines anderen Staates zu verlegen, auch wenn es sich um ein Drittland gehandelt hat. In einem solchen Falle sei jedoch der Anspruch des Versicherten auf die für Rechnung des zuständigen Trägers erbrachten Sachleistung von der Voraussetzung abhängig, dass der Träger des Aufenthaltsmitgliedstaates nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften gehalten sei, einer bei ihm versicherten Person die einer solchen Behandlung entsprechenden Sachleistungen zu erbringen. Im dort entschiedenen Falle war also Erstattungsvoraussetzung, dass ein in Deutschland wohnender und dort gesetzlich Versicherter ebenfalls einen Anspruch auf Sachleistung durch Verlegung und Behandlung in die Schweizer Spezialklinik gehabt hätte. Unter derartigen Umständen dürfe der zuständige Träger vom Betroffenen nicht verlangen, zunächst in den zuständigen Mitgliedsstaat zurückzukehren, um sich dort untersuchen zu lassen oder die Feststellungen und Entscheidungen der autorisierten Ärzte des Aufenthaltsmitgliedstaates von seiner Zustimmung abhängig machen (so EuGH, a.a.O. Rdnr. 63). Die Kosten der Behandlung im Drittland hat der Träger des Aufenthaltsmitgliedstaates nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften unter den gleichen Bedingungen, wie sie für die dortigen Sozialversicherten bestehen, zu übernehmen. Übernimmt der Träger des Aufenthaltsmitgliedstaates diese Kosten nicht, obgleich er dies müsste und ist aber erwiesen, dass der Betroffene einen Übernahmeanspruch hatte und dass die Behandlung zu den vorgesehenen Leistungen des zuständigen Mitgliedstaates gehört, so hat der zuständige Träger (des Mitgliedsstaates) diese Behandlung unmittelbar dieser Person zu erstatten, um so ein Kostenübernahmeniveau zu garantieren, das dem gleichwertig sei, das für diese Person gegolten hätte, wenn Artikel 22 Abs. 1 der VO 1408/71 EWG angewandt worden wäre (Rdnr. 70).

30. Im vorliegenden Fall ist zwar auch davon auszugehen, dass die vom Träger des Aufenthaltsmitgliedstaates (Spanien) autorisierten Ärzte die dringende lebensnotwendige Behandlung in der Privatklinik für erforderlich gehalten haben und die Entscheidung, sie nicht in der staatlichen Klinik aufzunehmen sondern zu verlegen, ärztlich geboten gewesen ist. Wie ausgeführt, hätte aber - soweit ersichtlich - ein in Spanien Wohnender keinen Anspruch gegen das spanische Gesundheitssystem, die Kosten für den Privatklinikaufenthalt erstattet zu bekommen.

31. Geklärt werden muss also, ob eine Notfallbehandlung durch eine Privatklinik aufgrund einer Zurückweisung wegen Überlastung durch die staatlich autorisierte Klinik eine Sachleistung im Sinne der Art. 31 Abs. 1 Buchstabe a VO 1408/71 EWG bzw. Art. 34 Abs. 1 der Durchführungs-VO 547/72 EWG darstellt beziehungsweise ob die durch die Bezahlung der Privatklinik entstandenen Kosten solche nach Artikel 34 Abs. 1 VO 547/72 EWG sind. Nur wenn dies bejaht werden kann, hat die Klägerin gegen die Beklagte einen solchen Kostenerstattungsanspruch.

32. Dem EuGH ist deshalb folgende Frage vorzulegen:

33. Umfasst der Anspruch auf Kostenerstattung nach Art. 34 Abs. 4 und 5 VO 547/72 EWG auch Kosten, die durch eine Notfallbehandlung einer zur Inanspruchnahme der Leistungen nach Art. 31 VO 1408/71 EWG berechtigten Rentnerin in einer Privatklinik des Aufenthaltsortes veranlasst wurden, wenn das zuständige Krankenhaus die Behandlung als Sachleistung wegen Überlastung abgelehnt hat?

34. Ist diese Frage zu bejahen, stellt sich die weitere Frage, ob die Beklagte als hier zuständiger Träger des Mitgliedstaates die Kostenerstattung in Anwendung des Art. 34 Abs. 5 und Abs. 4 VO 547/72 EWG auf einen Teil beschränken durfte.

35. Ein Erstattungssatz in diesem Sinn ist zunächst nach Auffassung des Senats entgegen der Rechtsmeinung der Klägerin nicht [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), wonach die für eine Notfallbehandlung (auch eines Privatkrankenhauses aufgrund privatrechtlicher Grundlage) tatsächlich entstandenen Kosten in voller Höhe übernommen werden. Der nationale Gesetzgeber geht davon aus, dass sich die Privatbehandlung in Deutschland verschafft worden sein muss.

36. Auch Art. 34 Abs. 4, Abs. 5 VO 547/72 geht nach dem Gesamtzusammenhang der Regelungen von den Kosten in der Höhe aus, die bei einer Behandlung als eigene Sachleistung durch den im Mitgliedsstaat (hier Deutschland) zuständigen Träger angefallen wären.

37. Schlösse man die Notfallbehandlung durch private Dritte ein, müsste letztlich eine strukturelle Unterversorgung (hier: mangelnde Bettenkapazität der staatlichen Krankenhäuser in einer Tourismusregion Spaniens) zu Lasten der Gesundheitsversorgung anderer Mitgliedsstaaten voll ausgeglichen werden, indem diese die Kosten der höheren Privatkrankenhausbehandlung zu erstatten hätten, obgleich im Wohnortstaat eine Notfallbehandlung außerhalb des Systems regelmäßig aufgrund mangelnder Kapazitäten der zugelassenen Krankenhäuser nicht erforderlich ist.

38. Der EuGH hat im Urteil vom 22.10.2002 in der Rechtssache [C-385/99](#) ausgeführt, dass der zuständige Mitgliedsstaat, der über ein Sachleistungssystem verfüge (hier Deutschland), durch nichts daran gehindert sei, die Erstattungsbeträge festzusetzen, auf die die Patienten, die in einem anderen Mitgliedsstaat versorgt wurde, Anspruch haben, soweit diese Beträge auf objektiven, nicht diskriminierenden und transparenten Kriterien beruhen (Rdnr. 107).

39. Scheidet [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) also als Erstattungssatz im Sinne der Art. 34 Abs. 4, Abs. 5 VO 574/72 EWG aus, ist zu prüfen, ob die von der Beklagten vorgenommene Erstattung nach dem Durchschnitt des Intensivpflegesatzes fünf verschiedener Berliner Vertragskrankenhäuser nach objektiven, nichtdiskriminierenden und transparenten Sätzen erfolgt ist.

40. Fraglich ist nach Auffassung des Senats in erster Linie die Transparenz.

41. Ganz allgemein verlangt das Transparenzgebot Klarheit und Verständlichkeit einer Regelung.

42. Es dürfte bereits nicht klar und verständlich sein, weshalb die Beklagte als Bezugsrahmen (nur) fünf Berliner Vertragskrankenhäuser auswählen durfte:

43. Zum einen ist ein Sachleistungsanspruch eines Versicherten speziell gegenüber der Beklagten und/oder mit Wohnsitz in Berlin jedenfalls in Notfällen nicht auf Behandlung in einem Berliner Krankenhaus beschränkt. Vielmehr stellt sich jede Notfallbehandlung eines Versicherten ("Kassenpatienten") durch ein zugelassenes Krankenhaus in Deutschland nach [§§ 27 Abs. 1, 39 Abs. 1 S. 2, 108 SGB V](#) als Sachleistung dar, auch wenn sie ohne vertragsärztliche Einweisung und Bewilligungsantrag nach [§ 19 S. 1 SGB IV](#) vorab erfolgte. Sogar die Notfallbehandlung des Kassenpatienten durch eine nicht zugelassene Privatklinik ist diesem gegenüber eine Sachleistung der Krankenkasse (vgl. Bundessozialgericht, Urt. v. 9.10.2001 - [B 1 Kr 6/01 R](#) - [BSGE 89, 39](#)).

44. Zum anderen gibt es keine abstrakt-generellen Sätze, aus denen ermittelt werden könnte, welche Kosten der Beklagten bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wären.

45. Nach §§ 16, 17 des Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur

46. Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG -) in Verbindung mit § 17 Bundespflegesatzverordnung (BPFV) vom 26. September 1994 in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 haben die Vertragsparteien (Krankenkassen und Krankenhäuser) in Pflegesatzvereinbarungen unter anderem die Höhe der tagesgleichen Pflegesätze (Basis- und Abteilungspflegesätze) für einen bestimmten Zeitraum zu vereinbaren. Für die konkreten Zahlen hinsichtlich der von der Beklagten herangezogenen Kliniken wird auf den Akteninhalt verwiesen werden (Schriftsatz der Beklagten vom 11. April 2008). Eine genauere Darstellung würde jeden Rahmen eines Vorlageersuchens sprengen.

47. Es gibt also bereits keine einheitlichen Erstattungssätze. Vielmehr haben einzelne Krankenhäuser mit einzelnen Krankenkassen Pflegesatzvereinbarungen zu treffen. Es gibt bewusst keine Einheitssätze. Um den Preiswettbewerb zu unterstützen und damit verstärkt preisgünstige Einrichtungen in Anspruch genommen werden, hat der Gesetzgeber die Verpflichtung zur Einrichtung eines Verzeichnisses stationärer Leistungen und Entgelte in [§ 39 Abs. 3 SGB V](#) geschaffen. Die Vertragsärzte sollen diese Preisliste bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung berücksichtigen, [§ 73 Abs. 4 S. 4 SGB V](#).

48. Speziell seit 2003 kann sich der Anspruch eines Krankenhauses gegen die Krankenkasse aber auch aufgrund § 17b KHG i. V. m. der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Krankenhausfallpauschalenverordnung (KFPV) vom 19.09.2002 nach Fallpauschalen richten. Dazu gibt es einen G-DRG Fallpauschalenkatalog (G für "German"; Diagnosis Related Groups - DRG). Um nach diesem System konkrete Erstattungsbeträge zu erhalten, bedarf es der Zuhilfenahme eines EDV-Programmes (sogenannter Grouper). Verständlich ist keine der Berechnungsgrundlagen. Möglicherweise ergäbe eine Abrechnung nach Fallpauschale einen höheren Betrag.

49. Es dürfte einem Versicherten jedenfalls vor Antritt einer Urlaubsreise nicht möglich sein, das Risiko, im Falle einer Notfallbehandlungen in Privatkliniken des EU-Auslandes einen Eigenanteil selbst tragen zu müssen, genauer als "möglicherweise mehrere tausend Euro oder noch mehr" zu quantifizieren (vgl. zur teilweisen Unmöglichkeit, dieses Risiko privat zu versichern, nachfolgend D).

50. Das Klarheitsgebot scheitert also möglicherweise einerseits an der fehlenden Verständlichkeit an sich, und andererseits an der fehlenden Beschränkbarkeit auf einen Vertrag mit einem konkreten Krankenhaus.

51. Anderes könnte nur gelten, wenn die Beklagte eine entsprechende Krankenhausvorauswahl -Referenzkrankenhäuser- treffen dürfte, weil ein Erstattungssatz nicht notwendig abstrakt-generell bestimmt sein muss und dann nur die sich aus den korrespondierenden Verträgen ergebenden Sätze maßgeblich sein könnten.

52. Dem EuGH wird deshalb die Frage vorgelegt, ob eine Beschränkung der Kostenerstattung auf Erstattungssätze nach Art. 34 Abs. 4 VO 574/72 EWG erfolgen kann, wenn die Bezahlung der Sachleistung der Krankenhäuser durch den zuständigen Träger nicht abstrakt-generell nach Sätzen erfolgt, sondern individuell einzeln vertraglich geregelt ist und zudem nach nationalem Recht auch keine Beschränkung der Sachleistung auf Behandlung in konkreten Krankenhäusern besteht.

53. Ist die erste Frage zu verneinen, muss problematisiert werden, ob eine Vorschrift wie [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) im Falle einer Notfallbehandlung in einer ausländischen Privatklinik gegen den EG-Vertrag selbst verstößt. Entsprechendes gilt, wenn die zweite Frage bejaht wird, weil dann in Fällen wie hier die Kosten der Privatklinikbehandlung nicht voll übernommen werden müssen.

54. Ergibt sich kein Anspruch der Klägerin auf Erstattung in Form der Übernahme der gesamten Rechnung der Privatklinik in M aufgrund vorrangiger Anwendung der VO 1408/71 EWG in Verbindung mit der Durchführungsverordnung, könnte [§ 13 Abs. 4 und 5 SGB V](#) durch vorrangiges primäres Europarecht ganz oder teilweise verdrängt sein. [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) schließt nach dem Wortlaut eine Kostenerstattung für eine im EU-Ausland absolvierte Notfallbehandlung im Krankenhaus aus. Nach [§ 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) dürfen nämlich

Krankenhausleistungen immer nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Der Bundesgesetzgeber hat mit den neu geschaffenen Absätzen 4 und 5 SGB V (nur) die Rechtssprechung des EuGH zur (vorher geplanten) Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen im EU-Ausland nachvollzogen.

55. Nach nationalem Recht hat - wie bereits ausgeführt - die Krankenkasse die Kosten für eine Notfallbehandlung durch eine inländische Privatklinik nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu erstatten. Der Versicherte muss hingegen aufgrund [§ 13 Abs. 5 SGB V](#), [§ 6 SGB IV](#) die Kosten für eine Notfallbehandlung in einem Privatkrankenhaus in einem anderen EU-Land selbst bezahlen. Dies könnte unvereinbar mit [Art. 49](#) und [Art. 50 EG](#) sein. Touristen können davon abgehalten werden, im EU-Ausland die gebotenen Dienste einer Notfallbehandlung eines Privatkrankenhauses in Anspruch zu nehmen.

56. Der EuGH geht im Urteil vom 19.04.2007 (Rs [C-444/05](#)) insoweit von einer Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit aus (Rdnr. 27f).

57. Darüber hinaus könnten vorsichtige Touristen sogar generell davon abgehalten werden, ihren Urlaub im EU-Ausland zu verbringen. Diese Annahme ist nicht nur rein theoretisch, weil die Risiken auch nicht zur Gänze durch Abschluss einer privaten Versicherung abgedeckt werden können. Jedenfalls die deutschen privaten Reisekrankenversicherungen sehen regelmäßig nur "vorübergehende" und/oder "unvorhergesehene" Heilbehandlungen als Versicherungsfälle an (vgl. die Darstellung in Bach/Moser private Krankenversicherung, 3. Auflage 2002 Teil E Randnummer 3). Chronisch Kranke beziehungsweise bereits erkrankt ins Ausland Reisende genießen deshalb insoweit keinen Versicherungsschutz bzw. können sich nicht privat gegen akute Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes absichern. Für diesen Personenkreis steht womöglich das Recht auf Freizügigkeit gemäß [§ 18 EG](#) auf dem Spiel.

58. Der EuGH hat im Urteil vom 19.04.2007 (Rs [C-444/05](#)) entschieden, dass [Artikel 49 EG](#) einer Regelung eines Mitgliedstaates entgegensteht, der jede Erstattung der Kosten der Behandlung der bei einem nationalen Sozialversicherungsträger versichert sind, in Privatkliniken in einem anderen Mitgliedstaat ausschließt. Einen solchen generellen Ausschluss gibt es für Notfallbehandlungen als Privatpatient auch in Deutschland - wie ausgeführt -. Die Zustimmung nach [§ 13 Abs. 5 S. 1 SGB V](#) darf im Falle einer Notfallbehandlung deshalb entgegen dem Wortlaut nicht bereits deshalb versagt werden, weil sie nicht im Voraus beantragt wurde.

59. Allerdings beschränkt [§ 13 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) weiter die Kostenerstattung auf die Inanspruchnahme von "Leistungserbringern" im EU-Staat, in dem die VO 1408/71 EWG gilt. Leistungserbringer sollen nach dem Zweck der Vorschrift und dem Gesamtzusammenhang nur solche des Sachleistungssystems vor Ort sein (vgl. aus der Begründung des Gesetzesentwurfes der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 08.09.2003 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-Modernisierungsgesetz-GMG] [BT-Drucks. 15/1525, S. 132](#): "Die Krankenkassen haben deshalb die Versicherten darüber zu informieren, an welchen Orten und mit welchen Leistungserbringern Verträge geschlossen worden sind"), also gerade nicht Privatkrankenhäuser.

60. Dem EuGH wird deshalb die Frage vorgelegt, ob eine nationale Vorschrift, nach der eine Erstattung der Kosten einer Behandlung in einem Privatkrankenhaus im EU-Ausland auch im Falle einer Notfallbehandlung- ausgeschlossen ist, mit [Art. 49](#) und [50](#) sowie [Art. 18 EG](#) vereinbar ist. Für eine Rechtfertigung des Eingriffes nach [Art. 55](#) i.V.m. [46 Abs. 1 EG](#) streitet hier der Schutz des nationalen Gesundheitssystems vor übermäßigen Finanzierungslasten. Eine Beschränkungsrechtfertigung, die nur erlaubt, die Erstattung auf die - objektive, diskriminierungsfreie und transparente - nationalen Erstattungssätze zu beschränken, führt - wie bereits oben C eingewandt - letztlich dazu, dass der Wohnortstaat die Defizite des staatlichen Gesundheitssystems des Aufenthaltsortes mitfinanzieren muss, indem die dort ersatzweise bestehenden privaten Krankenhäuser und Ärzte teilweise mitzub bezahlen sind.

IV. 61. Der Rechtsstreit ist nach [§ 202](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 148](#) Zivilprozessordnung auszusetzen.

62. Dieser Beschluss ist unanfechtbar, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-10-20