Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

Bundessozialgericht

3 RK 46/65

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
27. März 1968

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 27. März 1968 durch

Senatspräsident	Dr. L a n g k e i t - Vorsitzender -,	
Bundesrichter	Dr. K r e b s	und
Bundesrichter	Schroeder - Printzen,	
Bundessozialrichter	B l o b e l	und
Bundessozialrichter	Dr F r i t z e m e y e r	

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 18. Februar 1965 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

G r ü n d e:

Der Kläger begehrt als freiwilliges Mitglied der beklagten Betriebskrankenkasse (BKK) Ersatz restlicher Arztkosten in Höhe von 25,-- DM. Er hielt sich im Frühjahr 1962 während eines Urlaubs mit seiner Familie in Österreich auf. Während dieser Zeit mußte seine damals vierjährige Tochter wegen einer Grippe ärztlich behandelt werden. Der Kläger löste bei der zuständigen Tiroler Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte die ihm von der Beklagten ausgestellte Anspruchsbescheinigung gegen einen Krankenschein für die Inanspruchnahme eines österreichischen Vertragsarztes ein. Der von dem Kläger hinzugezogene Arzt Dr. Krenn in Tannheim/Tirol lehnte jedoch eine ärztliche Behandlung für Rechnung der Tiroler Gebietskrankenkasse mit dem Hinweis ab, hierzu nicht verpflichtet zu sein. Er liquidierte von dem Kläger für ärztliche Leistungen 21o,-- öS und für verabfolgte Medikamente 85,2o öS, insgesamt 295,2o öS (46,85 DM).

Die beklagte BKK erstattete dem Kläger die Arzneikosten in voller Höhe, dagegen von den Arztkosten lediglich einen Teilbetrag von 1o,-- DM (Bescheid vom 1o. Mai 1962). Den Widerspruch des Klägers, mit dem dieser die Erstattung der vollen Arztkosten begehrte, wies sie durch Bescheid vom 7. Juni 1962 zurück: Da sich die österreichischen Ärzte weigerten, deutsche Touristen nach den für die österreichischen Gebietskrankenkassen bestehenden Gebührensätzen zu behandeln, herrsche dort zur Zeit ein vertragsloser Zustand. Dem Kläger sei im Wege des Ermessens der Betrag vergütet worden, den die Kasse aufzuwenden gehabt hätte, wenn der Versicherungsfall abkommensgemäß erledigt worden wäre. Hierbei seien wie in Deutschland die Mindestsätze der Preugo zugrunde gelegt worden.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Das Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich vom 21. April 1951 über Sozialversicherung (BGBl 1952 II 317), das Bestandteil des innerstaatlichen deutschen Rechtes geworden sei, bestimme in Art. 9 Abs. 2, daß ein Versicherter den Leistungsanspruch gegen den Versicherungsträger, dem er angehöre, auch dann behalte, wenn der Versicherungsfall im Gebiete des anderen Vertragsstaates eintrete. Die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung (RVO) hätten insoweit eine Erweiterung erfahren, so daß der Kläger für die Erkrankung seiner Tochter in Österreich der Beklagten gegenüber grundsätzlich anspruchsberechtigt sei. Nach Art. 1o und 12 dieses Abkommens hätten die österreichischen Krankenkassen die ärztliche Behandlung als Sachleistung in natura zu gewähren. Die österreichischen Vertragsärzte weigerten sich jedoch größtenteils deutsche Versicherte gegen Vorlage des von der österreichischen Gebietskrankenkasse ausgestellten Krankenscheins zum Kassenvertragshonorar zu behandeln. Hierzu seien sie auch nicht verpflichtet, weil im österreichischen Sozialrecht der Grundsatz der vertraglichen Regelung der Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und der Ärzteschaft verankert sei. Durch die Unmöglichkeit, die ärztliche Behandlung in Österreich als Sachleistung zu erbringen, sei jedoch die Beklagte nicht von ihrer Leistungspflicht frei geworden. Auch wenn für derartige Fälle keine ausdrückliche Regelung getroffen worden sei, müsse sowohl nach österreichischem als auch nach deutschem Recht ein Anspruch auf Kostenerstattung gegeben sein. Es stehe daher einem deutschen Versicherten ein Kostenerstattungsanspruch gegen seine deutsche Krankenkasse zu. Dieser richte sich in seiner Höhe nach dem kassenärztlichen Honorar. Hiernach sei es nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte ihrer Erstattung die vollen Mindestsätze der

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

Preugo zugrunde gelegt habe, die bis zum 1. April 1965 jahrelang mittelbar oder unmittelbar den Maßstab für die Berechnung der Honorarzahlung seitens der gesetzlichen Krankenkassen gebildet habe. Das LSG hat die Revision zugelassen.

Der Kläger hat gegen das Urteil Revision eingelegt. Er trägt vor: Durch das deutsch-österreichische Sozialversicherungsabkommen sei der Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung mit Gesetzeskraft über die Grenzen der Bundesrepublik hinaus ausgedehnt worden. Auch wenn die deutsche Krankenkasse, soweit es sich um Sachleistungen handele, diese nur in natura zu gewähren habe, sei jedoch der gesetzlichen Krankenversicherung die Erstattung barer Auslagen nicht unbekannt. Abgesehen von den im Gesetz aufgeführten Fällen sei schon von jeher anerkannt, daß in Not- und Dringlichkeitsfällen die notwendigen Aufwendungen selbst beschaffter ärztlicher Behandlung zu erstatten seien. Um einen solchen Fall handele es sich hier. Hätte sich dieser Fall im Inland ereignet, so hätte die Krankenkasse die vollen Kosten erstatten müssen. Im Notfall komme daher nicht die pauschale Gesamtvergütung, sondern allein das geltend gemachte Einzelleistungshonorar als ersatzpflichtig in Betracht.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des LSG-Nordrhein-Westfalen vom 18. Februar 1965 und des SG Dortmund vom 27. September 1963 sowie die Bescheide der Beklagten vom 1o. Mai und 7. Juli 1962 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 25,-- DM zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

-5-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

Die Revision ist nicht begründet.

Aufgrund des genannten Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich behält ein Versicherter den Leistungsanspruch gegen den Versicherungsträger, dem er angehört, auch wenn der Versicherungsfall im Gebiete eines anderen Vertragsstaates eintritt. Nach Art. 1o werden in diesen Fällen die Leistungen von dem für den Aufenthaltsort des Versicherten zuständigen Versicherungsträger gewährt. Dabei gelten bei den Sachleistungen die für diese Versicherungsträger maßgebenden Vorschriften, für Geldleistungen diejenigen des Versicherungsträgers, gegen den der Leistungsanspruch besteht. Nach Absatz 2 erstattet der verpflichtete Versicherungsträger dem die Leistungen gewährenden Versicherungsträger die dadurch entstehenden Kosten. Nach Art. 12 erhalten die anspruchsberechtigten Familienangehörigen eines Versicherten, der einem Versicherungsträger einer der beiden Vertragsstaaten angehört, beim Aufenthalt im Gebiet des anderen Staates die Leistungen von dem für den Aufenthaltsort des Familienangehörigen zuständigen Versicherungsträger nach den für ihn maßgebenden Vorschriften.

Würde dieses Abkommen in vollem Umfange durchgeführt, würden also die österreichischen Ärzte deutsche Versicherte gegen Krankenschein behandeln, so hätte nach Art. 12, 1o des genannten Abkommens der österreichische Versicherungsträger die ärztliche Behandlung als Sachleistung erbringen müssen. Weiter hätte die beklagte BKK diese Kosten der österreichischen Krankenkasse erstatten müssen. Im vorliegenden Fall hat sich der behandelnde Arzt wie die meisten österreichischen Ärzte jedoch geweigert, das Abkommen durchzuführen, das Kind des Klägers vielmehr als Privatpatient behandelt und dafür ein entsprechendes Honorar berechnet. Der österreischische

-6-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

Versicherungsträger hat somit seiner Verpflichtung nach Art. 1o Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Art. 12 Abs. 2 Satz 1 des genannten Abkommens, dem erkrankten Kind des Versicherten ärztliche Behandlung als Sachleistung zuteil werden zu lassen, nicht genügt. In derartigen Fällen behält der Versicherte seine Ansprüche gegen die eigene Krankenkasse. Die Krankenkasse bleibt trotz der Inanspruchnahme eines anderen Versicherungsträgers zur technischen Abwicklung des Versicherungsfalls die eigentlich verpflichtete Kasse; Art. 1o Abs. 2 Satz 1 des genannten Abkommens bezeichnet sie deshalb zum Unterschied von dem "die Leistungen gewährenden Versicherungsträger" als den "verpflichteten Versicherungsträger". Kann die vermittelnde Hilfeleistung des fremden Versicherungsträgers nicht so, wie vorgesehen, zum Zuge kommen, so tritt die Leistungsverpflichtung des Versicherungsträgers, bei dem der Versicherte Mitglied ist, wieder voll in Erscheinung wie in den ähnlichen Fällen der §§ 219 und 22o RVO, wenn die Heilbehandlung nicht durch die heimische Krankenkasse durchgeführt wird. So erhalten nach § 219 Abs. 1 RVO Kranke, die außerhalb des Bereichs der Krankenkasse wohnen, auf Anforderung ihrer Kasse die ihnen bei ihr zustehenden Leistungen von der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Wohnortes (das gleiche gilt nach Absatz 2 für die berechtigten Familienangehörigen). Weiter erhält nach § 22o RVO ein Versicherter, der während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb seines Kassenbereichs erkrankt, die ihm zustehenden Leistungen von der Kasse des Aufenthaltsortes, solange er wegen seines Gesundheitszustandes nicht an seinen Wohnort zurückkehren kann. In diesen Fällen hat nach § 222 RVO die Krankenkasse des Versicherten der anderen Kasse die Kosten zu erstatten. Wie diese Vorschrift erkennen läßt, ist die Krankenkasse nur zum Ersatz der Auslagen verpflichtet, die eine andere Krankenkasse für die Durchführung der Heilbehandlung

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

von ihr zu fordern hätte. Die Krankenkasse trägt also bei einer Auslandserkrankung wie bisher nur das normale Risiko. Aus dem Gedanken der Risikoverteilung im vorliegenden Fall braucht daher die heimische Krankenkasse nur die Kosten zu erstatten, die eine ordnungsgemäß arbeitende andere Kasse gehabt hätte; das sind höchstens die Mindestsätze der Preugo.

Da die beklagte Krankenkasse, wie das LSG festgestellt hat, im vorliegenden Fall diese Kosten dem Kläger erstattet hat, muß seine Revision zurückgewiesen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetzes.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS