

# BUNDESSOZIALGERICHT



## Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 75/06 B

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Baden-Württemberg,  
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 18. September 2006 durch den  
Präsidenten v o n W u l f f e n sowie die Richter Dr. K r e t s c h m e r und  
Dr. H a u c k  
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil  
des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 24. März 2006 wird als  
unzulässig verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



**JLaw – Gesetze und Urteile**  
Kostenlos  
Über 200 Gesetze  
Über 100.000 Urteile  
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

## Gründe :

## I

- 1 Die Klägerin ist Rechtsnachfolgerin und war Ehegattin des am 30. Juni 1938 geborenen und am 6. April 1999 verstorbenen, bei der beklagten AOK versichert gewesenen S. T. (im Folgenden: Versicherter). Beim Versicherten wurde während eines Urlaubs in Griechenland im Juli 1998 ein Gehirntumor festgestellt. Für eine am 24. Juli 1998 durchgeführte ambulante privatärztliche "magnetografische Hirntomographie" zahlte er 1,2 Mio Drachmen (entsprechend 360 €). Nach seiner Rückkehr nach Deutschland wurde er bis zum 17. September 1998 stationär behandelt. Auf Drängen der Familie des Versicherten, die mit der Behandlungssituation unzufrieden war und die weitere Behandlung in Griechenland für aussichtsreicher hielt, stellte die Beklagte am 16. September 1998 die "Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Kranken-Mutterschaftsversicherung" der Europäischen Gemeinschaften (E 112) zur Behandlung bei "vertraglich zugelassenen Krankenhäusern" aus, der weitere Bescheinigungen folgten. Für den Flug der Deutschen Rettungsflugwacht mit einem Begleitarzt am 17. September 1998 trug die Klägerin Kosten in Höhe von 9.820 €. Während der Zeit seiner Behandlung in Griechenland vom 17. September 1998 bis zum 6. April 1999 war der Versicherte zeitweise im allgemeinen Bezirkskrankenhaus Atheka "KAT", einem Vertragskrankenhaus, in stationärer Behandlung. Diese Kosten wurden über den zuständigen griechischen Krankenversicherungsträger (IKA) mit Ausnahme der Kosten einer vom 18. auf den 19. Januar 1999 eingesetzten Nachtschwester und sonstiger Nebenleistungen abgerechnet. Weitere stationäre Behandlungen erfolgten im nicht hierzu vertraglichen gebundenen Hygieia-Krankenhaus vom 17. September bis 6. November 1998, vom 16. November bis 11. Dezember 1998 und vom 22. Februar bis zum 6. April 1999, wofür die Klägerin 40.360,80 € zahlte zzgl der Kosten einer Strahlentherapie. Einschließlich der Unterbringungs- und Aufenthaltskosten der Klägerin für den Zeitraum vom 17. September 1998 bis zum 6. April 1999 in Athen in Höhe von 6.800 € errechnete sie Gesamtkosten von zwischen 51.129,19 € und 80.000 €. Auf der Basis der Erstattungssätze für Sachleistungen (E 126; Auskünfte der IKA Athen) erstattete die Beklagte für die Rechnungen des Hygieia-Krankenhauses 4.566,83 €. Das weiter gehende Begehren der Klägerin, die Kosten der am 24. Juli 1998 durchgeführten ambulanten Behandlung und der stationären Behandlungen des Versicherten ab 17. September 1998 in vollem Umfang, die Transportkosten in Höhe von 9.820 €, die Unterbringungskosten von 6.800 € und die Kosten für die Klägerin als Begleitperson nebst Zinsen in Höhe von 10 vH jeweils ab Fälligkeit erstattet zu erhalten, ist in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat - teilweise durch Bezugnahme auf das Urteil des Sozialgerichts - ausgeführt, die Inanspruchnahme griechischer Krankenhäuser habe nur private und nicht medizinische Gründe gehabt. Die Beklagte sei dem Wunsch der Familie ohne rechtliche Verpflichtung durch die wiederholte Ausstellung des Formulars E 112 nachgekommen. Beratungsbedarf habe angesichts der Informationslage mit Blick auf die Behandlungen in Ver-



tragskrankenhäusern und die Informationen im Formular E 112 nicht bestanden. Die Klägerin könne sich nicht auf Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) für die Erstattungshöhe zu Fällen berufen, in denen zu Unrecht eine Auslandsbehandlung abgelehnt worden sei. Für die ambulante Behandlung am 24. Juli 1998 sei ein Auslandskrankenschein nicht ausgestellt worden. Zudem habe es sich um eine Privatbehandlung gehandelt. Da die Auslandsbehandlung nicht medizinisch erforderlich gewesen sei, komme die Erstattung der Flugkosten nicht in Betracht (Urteil vom 24. März 2006).

- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil und beruft sich auf die grundsätzliche Bedeutung des Rechtsstreits und Divergenz.

## II

- 3 Die Beschwerde ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 iVm § 169 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung der geltend gemachten Revisionszulassungsgründe der grundsätzlichen Bedeutung und der Divergenz (Zulassungsgründe des § 160 Abs 2 Nr 1 und Nr 2 SGG).
- 4 1. Den Darlegungserfordernissen an eine Grundsatzrüge genügt eine Nichtzulassungsbeschwerde nur dann, wenn eine Rechtsfrage klar formuliert und ausgeführt wird, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (vgl *zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Die Beschwerde formuliert die Rechtsfrage, "ob es Voraussetzung für die Rechtsfolge 'Kostenerstattung nach deutschen Sätzen' aus § 13 Abs 5 iVm Abs 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw Art 49 EG-Vertrag (*EG idF des Amsterdamer Vertrages vom 2. Oktober 1997, BGBl II 1998, 387; <Dienstleistungsfreiheit>*) ist, dass das Krankenhaus mit dem Versicherungsträger des Krankenhaussitzes vertraglich verbunden ist (Vertragskrankenhaus)." Auch wenn man hierin eine hinreichend klar formulierte Rechtsfrage sehen will, fehlt es indes an ausreichenden Darlegungen dazu, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig ist. Eine Rechtsfrage ist grundsätzlich nicht mehr klärungsbedürftig, wenn sie bereits von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entschieden ist (vgl *BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8 S 17; BSG SozR 1500 § 160 Nr 51 S 52 mwN*). Entscheidungserheblich ist eine Frage nur, wenn sie bei Zulassung der Revision notwendigerweise vom Revisionsgericht zu entscheiden ist (vgl *BSG SozR 1500 § 160a Nr 14; s auch BSG SozR 1500 § 160a Nr 31; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 29*). Insoweit ist zunächst nicht hinreichend dargelegt, dass sich das Revisionsgericht im Falle einer Zulassung der Revision überhaupt mit § 13 Abs 5 und Abs 4 SGB V auseinanderzusetzen hätte. Denn in der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist



geklärt, dass diese durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (vom 14. November 2003, *BGBI I 2190*) zum 1. Januar 2004 eingeführte Regelung nicht auf zuvor liegende Sachverhalte anzuwenden ist, sondern insoweit als Anspruchsgrundlage für eine Kostenerstattung § 13 Abs 3 SGB V in der zum Zeitpunkt der Behandlung - hier: in den Jahren 1998 und 1999 - geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (vom 21. Dezember 1992, *BGBI I 2266*) mit den Einschränkungen anzuwenden ist, die sich mit Rücksicht auf höherrangiges Recht ergeben, nämlich Art 49 und 50 EG (vgl. *Senat, BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4, jeweils RdNr 6 ff*). Zwar kann grundsätzlich trotz ergangener höchstrichterlicher Rechtsprechung noch Klärungsbedarf bestehen (vgl. dazu *BSG SozR 1500 § 160 Nr 51 S 52 mwN*), doch hat die Beschwerde dies nicht hinreichend dargelegt, sondern hierzu lediglich auf Stimmen verwiesen, die gerade an die zitierte höchstrichterliche Rechtsprechung anknüpfen.

- 5 Soweit sich die Beschwerde demgegenüber sinngemäß auf die Auslegung von § 13 Abs 3 SGB V iVm Art 49 EG stützt, setzt sie sich nicht hinreichend damit auseinander, dass nach der Rechtsprechung des EuGH für die Krankenhausbehandlung Besonderheiten gelten, die es erlauben, insoweit ein System vorheriger behördlicher Genehmigungen trotz des Eingriffs in eine Grundfreiheit zu rechtfertigen, 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 (vgl. dazu *zB die Urteile Smits/Peerbooms vom 12. Juli 2001, EuGHE I 2001, 5473 RdNr 54 f, 76 ff = SozR 3-6030 Art 59 Nr 6 S 25 f, 29 ff; Müller-Fauré/van Riet vom 13. Mai 2003, EuGHE I 2003, 4509 RdNr 76 ff, 93 ff = SozR 4-6030 Art 59 Nr 1 RdNr 103 ff, 123 ff; Inizan, Urteil vom 23. Oktober 2003, EuGHE I 2003, 12403 RdNr 45 = SozR 4-6050 Art 22 Nr 2 RdNr 67 mwN*). Von einem solchen Fall ist das LSG aber gerade ausgegangen, da es keinerlei medizinische Gründe für eine Verlegung des Versicherten von Deutschland nach Griechenland festgestellt hat. Zudem hat sich die Beschwerde nicht mit der zitierten Rechtsprechung des EuGH auseinander gesetzt, wonach es nicht gegen die Dienstleistungsfreiheit verstößt, einem Arbeitnehmer in seinem Aufenthaltsstaat die Inanspruchnahme von Sachleistungen des dortigen Krankenversicherungsträgers zur Verfügung zu stellen. Die einschlägige Regelung in Art 22 Abs 1 Buchst c Ziff i EWGV 1408/71 trägt vielmehr dazu bei, die Freizügigkeit der Patienten zu fördern und die Erbringung von grenzüberschreitenden medizinischen Dienstleistungen zu erleichtern, sodass deren Prüfung nichts ergeben hat, was die Gültigkeit dieser Regelung beeinträchtigen könnte (*Urteil Inizan, EuGHE I 2003, 12403 RdNr 25 ff = SozR 4-6050 Art 22 Nr 2 RdNr 44 ff*). Nach dieser Rechtsprechung soll Art 22 Abs 2 EWGV 1408/71 keineswegs die Fälle begrenzen, in denen eine Genehmigung erlangt werden kann, die es erlaubt, unter den in Art 22 Abs 1 Buchst c Ziff I genannten Voraussetzungen Sachleistungen zu erhalten (*EuGH, Urteil Inizan vom 23. Oktober 2003, EuGHE I 2003, 12403 RdNr 50 = SozR 4-6050 Art 22 Nr 2 RdNr 72 mwN*). Mit Blick auf diese Rechtsprechung hätte die Beschwerde jedenfalls darlegen müssen, wieso die Erteilung des E 112 mit der Möglichkeit von Sachleistungen in Griechenland zu den Bedingungen der griechischen Vertragskrankenhäuser unter



Ablehnung einer weiter gehenden Genehmigung die Dienstleistungsfreiheit nach Art 49 EG ungerechtfertigt beschränkt. Das aber hat die Beschwerde unterlassen.

- 6      2. Soweit sich die Beschwerde auf den Zulassungsgrund des § 160 Abs 2 Nr 2 SGG beruft und geltend macht, das LSG sei von dem Urteil des Senats (*BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4*) abgewichen, fehlt es an § 160a Abs 2 Satz 3 SGG genügenden Darlegungen. Die Revision ist nach § 160 Abs 2 Nr 2 SGG nur zuzulassen, wenn das Urteil des LSG von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG), des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht. Abweichung (Divergenz) im Sinne dieser Vorschrift bedeutet Widerspruch im Rechtssatz, das Nichtüberstimmen tragender abstrakter Rechtssätze, die zwei Urteilen zu Grunde gelegt worden sind. Die Beschwerdebegründung muss die Entscheidung, von der das Urteil des LSG abweicht, bezeichnen (§ 160a Abs 2 Satz 3 SGG) und nach der Rechtsprechung des BSG insoweit erkennen lassen, welcher abstrakte Rechtssatz in dem herangezogenen höchstrichterlichen Urteil enthalten ist und welcher im Urteil des LSG enthaltene Rechtssatz dazu in Widerspruch steht (*vgl Senat, Beschluss vom 26. September 2005 - B 1 KR 54/05 B; Senat, Beschluss vom 25. Juli 2005 - B 1 KR 9/05 B; BSG SozR 1500 § 160a Nr 67 S 90 f*). Darzulegen ist, dass sowohl das LSG als auch das BSG ein und dieselbe Rechtsfrage in unvereinbarer Weise verschieden mit unterschiedlichen Konsequenzen beantwortet haben. Daran fehlt es. Die Beschwerde stellt zwar den Rechtssatz des LSG heraus, den dieses im Zusammenhang mit der Erstattung der stationären Kosten allein nach Sätzen, die an ein Vertragskrankenhaus in Griechenland erstattet würden, formuliert hat. Danach kann aus der Dienstleistungsfreiheit bzw der Freizügigkeit der Sozialversicherten kein allgemeiner Anspruch auf Erstattung der Kosten einer Privatbehandlung im EU-Ausland hergeleitet werden. Diesem für die stationäre Behandlung formulierten Rechtssatz des LSG stellt die Beschwerde den auf den Bereich der selbstbeschafften ambulanten Krankenbehandlung bezogenen Rechtssatz des Senats (*BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4, jeweils RdNr 10*) gegenüber, dass ein Versicherter als EU-Bürger im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit nach Art 49 EG auch schon im Jahre 1998 das Recht hatte, sich die von der deutschen Krankenversicherung geschuldete Leistung im EU-Ausland selbst zu beschaffen und an Stelle der vom nationalen System vorgesehenen Naturalleistung Kostenerstattung zu verlangen. Die Beschwerde setzt sich hierbei aber nicht damit auseinander, dass die zitierte Entscheidung des Senats für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung auf die Ausnahmen nach der Rechtsprechung des EuGH verwiesen hat (*vgl Senat, BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13, jeweils RdNr 8 mwN*). Insoweit fehlt es an hinreichenden Darlegungen zu einer Divergenz im Sinne eines bewussten Aufstellens abweichender Rechtssätze.

- 7      3. Von einer weiteren Begründung sieht der Senat ab (§ 160a Abs 4 Satz 3 Halbsatz 2 SGG).



- 8            4. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung von § 193 SGG.



**JLaw – Gesetze und Urteile**  
Kostenlos  
Über 200 Gesetze  
Über 100.000 Urteile  
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)