



LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN



IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

L 16 KR 284/17

S 62 KR 368/15 Sozialgericht Oldenburg

In dem Rechtsstreit

A.

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigter:
Rechtsanwalt B.

gegen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, vertreten durch den Vorstand,
C.

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen
ohne mündliche Verhandlung am 21. September 2017 in Celle
durch den Richter am Landessozialgericht D.
für Recht erkannt:

**Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Oldenburg vom 19.
April 2017 wird zurückgewiesen**

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten einer Auslandsrankenbehandlung und die künftige Übernahme solcher Kosten.

Der im Jahre 1977 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er leidet an den Folgen eines Zeckenbisses, den er im Jahre 2003 erlitten hat.

In der Zeit vom 22. Dezember 2014 bis zum 16. Januar 2015 hielt sich der Kläger in E. auf und ließ sich dort ua medizinisch behandeln. Gegenüber der Beklagten beantragte er am 27. Januar 2015 die Erstattung entstandener Kosten in Höhe von umgerechnet 858,60 Euro. Er überreichte zahlreiche Rechnungen und trug erläuternd vor, seit über 10 Jahre unter Borreliose zu leiden, die in regelmäßigen Schüben ausbreche. Die Ärzte in Deutschland hätten nichts mehr für ihn tun können. Daher habe er sich entschieden, einen Arzt in der E. aufzusuchen. Er habe dort eine Behandlung erhalten, die ihn halbwegs schmerzfrei habe werden lassen. Ihm sei dabei nicht bewusst gewesen, dass er zuvor das Einverständnis der Beklagten einholen musste.

Mit Bescheid vom 11. April 2015 lehnte die Beklagte die Erstattung der Kosten ab. Zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der E. dürften gemäß bilateralem Abkommen nur Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden, die wegen des Gesundheitszustandes medizinisch sofort notwendig seien. Eine Kostenübernahme der in Anspruch genommenen Leistungen sei daher nicht möglich.

Der Kläger erhob Widerspruch und trug vor, dass er bereits seit 10 Jahren in Deutschland wegen der Folgen eines Zeckenbisses behandelt worden sei, ohne dass jedoch ein Erfolg erzielt werden konnte. Die Ärzte in Deutschland hätten offensichtlich keinen Rat mehr gewusst. In seiner Ausweglosigkeit habe er sich in die E. in Behandlung begeben. Es habe sich nunmehr eine Besserung des Gesundheitszustandes eingestellt. Im Wege des Ermessens seien die entstandenen Kosten zu erstatten.

Nach weiteren Erläuterungen wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 27. Juli 2015 als unbegründet zurück. Sie führte darin im Wesentlichen aus, dass eine Notfallbehandlung nicht gegeben sei und im Übrigen auch keine vorherige Zustimmung erteilt worden sei.

Hiergegen hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht (SG) Oldenburg erhoben. Nach seiner Ansicht bestehe ein Kostenerstattungsanspruch aus § 18 Abs 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Es seien ihm keine weiteren Behandlungen in Deutschland mehr möglich bzw zumutbar gewesen. Die Ärzte hätten die bei ihm bestehende Borreliose nicht diagnostiziert. Stattdessen hätten sie ihn auf psychiatrische Behandlungen verwiesen. Erst in der E. sei die Borreliose ärztlich festgestellt worden. Aktuell erfolge eine Behandlung mit Medikamenten. Sein Gesundheitszustand habe sich bereits merklich gebessert. Nach seiner Ansicht sei unter den vorliegenden Umständen das Ermessen nach § 18 Abs 1 SGB V auf null reduziert.

Das SG hat zur Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes Befundberichte der behandelnden Ärzte beigezogen.

Mit Urteil vom 19. April 2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Folgen eines Zeckenbisses, insbesondere Borreliose, seien im Inland gut behandelbar. Der Kläger habe auch nur Ärzte in unmittelbarer Wohnortnähe aufgesucht. Ein Facharzt, zB in F., G. oder H. habe er nicht konsultiert. Es könne daher seinem Vorbringen nicht gefolgt werden, wonach die Ärzte in Deutschland nichts für ihn hätten tun können. Darüber hinaus habe er es versäumt, vor der Inanspruchnahme der Leistung einen Kostenübernahmeantrag bei der Beklagten zu stellen.

Gegen das am 19. Mai 2017 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16. Juni 2017 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Zur Begründung wiederholt und vertieft er sein vorangegangenes Vorbringen. Das SG verkenne, dass er über einen Zeitraum von 10 Jahren bei verschiedenen Ärzten in seiner näheren Wohnumgebung versucht habe, sich nach dem Zeckenbiss behandeln zu lassen, ohne eine Besserung zu erfahren. Zwar sei eine Borreliose bzw Neuroborreliose diagnostiziert worden, jedoch sei er bezüglich der anhaltenden Schmerzen auf psychische Faktoren verwiesen worden. Zu berücksichtigen sei, dass er sich langjährig vergeblich um eine erfolgreiche Behandlung bemüht habe. Die Behandlungskosten von 858,60 Euro seien ebenfalls zu berücksichtigen. Er mache schließlich keine weiteren Kosten, wie Flugkosten usw geltend. Es wäre zudem reine Förmerei, von ihm einen vorherigen Antrag zu verlangen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts vom 19. April 2017, Az.: S 62 KR 368/15, sowie des Bescheides vom 11. März 2015, Az.:A 033164969-31002, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Juli 2015 zu verpflichten, dem Kläger die Kosten der Auslandsbehandlung in der Türkei von Dezember 2014 bis Januar

2015, in Höhe von 858,60 Euro zu erstatten und für die weitere Behandlung die Zustimmung zur Kostenübernahme zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und schließt sich den dort genannten Gründen an. Der Kläger habe auch nicht annähernd dargelegt, nach welcher konkreten Therapie, die in Deutschland angeblich nicht möglich sein solle, er in der Türkei angeblich erfolgreich behandelt wurde. Die Erstattungsforderung sei auch schon deshalb unbegründet, da der Kläger vor der Auslandsbehandlung keine Zustimmung eingeholt habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die der Entscheidung zugrunde gelegen haben.

Entscheidungsgründe

Gemäß §§ 124 Abs 2, 155 Abs 1, 3, 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) konnte das Gericht durch den Berichterstatter als Einzelrichter ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten sich mit diesem Verfahren einverstanden erklärt haben.

Die Berufung ist form- und fristgemäß erhoben und auch im Übrigen zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts (SG) Oldenburg vom 19. April 2017 sowie der Bescheid der Beklagten vom 11. März 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Juli 2015 sind rechtmäßig und halten der rechtlichen Überprüfung stand. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung entstandener Kosten sowie die zukünftige Übernahme von Kosten für eine Auslandsbehandlung in der Türkei.

Das Begehren ist bereits unzulässig, soweit die zukünftige Übernahme von Kosten begehrt wird. Denn ein solches Begehren ist nicht Gegenstand der Verwaltungsentscheidungen der Beklagten. Es kann daher auch nicht vom Gericht überprüft werden. Die Beklagte hat mit den angefochtenen Entscheidungen allein über den klägerischen Kostenerstattungsantrag entschieden und nicht etwa über mögliche künftige Behandlungen.

Der geltend gemachte Anspruch auf Kostenerstattung ist unbegründet. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse gem. § 18 Abs. 1 S 1 SGB V die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen.

§ 18 SGB V erweitert die Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung über die Grenzen des Bundesgebiets und des Geltungsbereichs des Rechts der europäischen Gemeinschaften sowie des europäischen Wirtschaftsraums hinaus. Den Krankenversicherungsträgern wird Ermessen für die Gewährung von Kostenerstattung für Leistungen eingeräumt, die außerhalb dieses Bereichs in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Leistungen im Inland und EWR- und EU-Ausland nicht erbracht werden können. (*Padé in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 18 SGB V, Rn. 11*).

Zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der E. wurde ein bilaterales Abkommen getroffen. Es dürfen demnach nur Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden, die wegen des Gesundheitszustandes medizinisch sofort notwendig sind, da Leib und Seele des Patienten in Gefahr sind und nicht bis zur beabsichtigten Rückkehr nach Deutschland zurückgestellt werden können (*vgl. Abkommen zwischen BRD und der Republik Türkei über soziale Sicherheit vom 30. April 1964, BGBl 1965 II, S 1170 idF des Änderungsabkommens vom 28. Mai 1969 BGBl 1972 II, S 2 und des Zwischenabkommens vom 25. Oktober 1974 BGBl 1975 II, S 374 und des Zusatzabkommens vom 2. November 1984 BGBl II 1986, S 1040*).

Ausgehend von diesen Voraussetzungen ist auch nicht ansatzweise ersichtlich, dass eine Borreliosebehandlung in Deutschland nicht möglich sei. Lediglich der subjektive Erfolg einer nicht näher spezifizierten Behandlung kann keinen Anspruch auf Kostenerstattung auslösen. Dass die Ärzte in Deutschland – nach dem Vorbringen des Klägers – nichts mehr für ihn tun konnten, mag ggf. dem Umstand geschuldet, dass er bisher keinerlei Fachärzte konsultiert hat und lediglich Ärzte in unmittelbarer Wohnortnähe aufgesucht hat. In keinem Falle kann der Kläger in Deutschland als erfolglos austherapiert gelten.

Zudem lag auch keine Notfallbehandlung vor, da die Behandlung der Folgen eines 10 Jahre zurückliegenden Zeckenbisses eine geplante Behandlung darstellen und kein unvermittelt aufgetretenes Akutereignis. Schließlich ist auch keine vorherige Zustimmung der Beklagten erteilt worden. Dies ist entgegen der Ansicht des Klägers auch keine Förmelerei, sondern notwendige Grundvoraussetzung der Leistungsgewährung bei einer im Inland nicht erbringbaren

Behandlung. Die vorherige Antragstellung hätte der Beklagten insbesondere die gebotenen Beratungsmöglichkeiten über weiterführende Behandlungen im Inland eröffnet.

Ergänzend verweist das Gericht gemäß § 153 Abs 2 SGG auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung und macht sich diese zur Vermeidung nicht gebotener Wiederholung zu Eigen.

Mithin kann die Berufung keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Ein gesetzlicher Grund zur Zulassung der Revision ist nicht gegeben (§ 160 Abs 2 SGG).

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen. Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte). Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht" in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten. Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder

- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

I.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen. Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden. Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln. Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

(RMB LSG Entscheidung ohne zugelassene Revision (Inland) Stand 05/2015)