

BL_GERICHTE 730 08 139 vom 9. Januar 2009

BL Gerichte, 2009-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_08_139

FR: BL_GERICHTE 730 08 139 du 9 janvier 2009

IT: BL_GERICHTE 730 08 139 del 9 gennaio 2009

Regeste

Krankenversicherungsrechtliche Ansprüche aus nationalem und internationalem Recht bei einem Unfall, den ein Kind während den Ferien in Spanien erlitten hat

Erwägungen

E. 1

(Formelles)

E. 2

(Eintreten)

E. 3

(Zuständigkeit) Streitig und zu prüfen ist, in welchem Umfang die Beschwerdegegnerin die Kosten der Behandlung vom 12. Oktober 2007 bis 14. Oktober 2007 in der Clinica J. zu übernehmen hat.

E. 4

(Verfahrensrechtliche Grundsätze) 5.1 In einem ersten Schritt ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gemäss nationalem Recht zu prüfen. Anschliessend ist zu untersuchen, ob der Beschwerdeführer gestützt auf Staatsvertragsrecht gegenüber der Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch hat (vgl. dazu nachfolgend Erwägung 6). 5.2 Gestützt auf Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25-31 nach Massgabe der in den Artikeln 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation sowie der Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Ebenfalls umfasst ist ein Beitrag an die medizinisch notwendigen Transportkosten sowie die Rettungskosten (Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG). Gemäss Art. 33 lit. g KVV stellen die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes Teil der stationären Behandlung dar. 5.3 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25-33 übernehmen. Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat sodann bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 KVV erlassen. Laut Art. 36 Abs. 2 KVV

übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Gemäss Art. 36 Abs. 4 KVV wird für Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 dieser Bestimmung höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden. In Art. 15 (Leistungen im Ausland) ihres "Reglements über die Kranken-Versicherung nach KVG (KVR) inkl. Zusatzreglement für das Hausarzt-System C., Ausgabe 2007" wiederholt die Beschwerdegegnerin die soeben beschriebene KVG-Regelung für Notfälle im Ausland.

5.4.1 Gestützt auf die Regelung des KVG hat der Beschwerdeführer gemäss schweizerischem Recht einen Anspruch auf Übernahme der tatsächlich in Spanien aufgrund der stationären Behandlung - der Krankentransport ist als Teil der stationären Behandlung zu betrachten (vgl. dazu Erwägung 5.2 hiavor) - entstandenen Kosten bis höchstens zum doppelten Betrag, der ihm an seinem schweizerischen Wohnort für eine gleichartige Behandlung von der Beschwerdegegnerin zu vergüten wäre. Zu klären gilt es im Folgenden, wie hoch dieser Betrag ist. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass sie für eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers in der Schweiz einen Betrag von Fr. 430.-- pro Spitaltag (Ansatz: Taxen des Kantonsspitals L.) - abzüglich der gesetzlichen Kostenbeteiligung von 10 % Selbstbehalt - hätte leisten müssen. Aus diesem Grund sei eine Kostengutsprache an die Clinica J. in der Höhe von Fr. 860.-- (Fr. 430.-- x 2) pro Tag erteilt worden. Dem kann aus den folgenden Gründen nicht gefolgt werden: 5.4.2 Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt des Unfalles sieben Jahre alt. Es handelt sich somit um ein Kind. Kinder werden nicht im Kantonsspital L. stationär behandelt, sondern ins Universitäts-Kinderspital B. überführt. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Eingriff, auch bei einem komplizierten Trauma, im Universitäts-Kinderspital B. durchgeführt worden wäre. Aus diesem Grund käme die im Vertrag für die stationäre Behandlung von grundversicherten Patienten vom 24. November 2003 zwischen der santésuisse (deren Mitglied die Beschwerdegegnerin ist) und den Kantonsspitalern des Kantons Basel-Landschaft festgelegte Tagesvollpauschale 2007 im Betrag von Fr. 430.-- (Kantonsspital L.) im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung. Vielmehr müsste von einer Tagesvollpauschale ausgegangen werden, die sich nach dem Vertrag über die Vergütung der stationären Behandlung von Krankenversicherungspatienten mit Wohnsitz in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland auf der allgemeinen Abteilung zwischen Universitäts-Kinderspital B. und santésuisse vom 30. November 2004 (Tarifvertrag) richtet. Aus dem Anhang 2 des Tarifvertrags, gültig ab 1. Januar 2007, geht hervor, dass die Tagesvollpauschale für Patienten in allen allgemeinen Abteilungen des Universitäts-Kinderspital B. in den Jahren 2007/2008 Fr. 548.-- betragen hätte. Diesfalls hätte von der Beschwerdegegnerin bei einem dreitägigen Spitalaufenthalt ein Betrag von Fr. 1'644.-- übernommen werden müssen. Verdoppelt man diesen Betrag gemäss Art. 36 Abs. 4 KVV, ist von einem hypothetischen Referenzbetrag von Fr. 3'288.-- auszugehen. Aus dem Tarifvertrag geht weiter hervor, dass zu dieser Tagesvollpauschale von den Versicherern Zuschläge und zusätzliche Leistungen übernommen werden müssen, so zum Beispiel Implantationsmaterial. Im vorliegenden Fall geht aus den Akten nicht hervor, welche Verletzungen sich der Beschwerdeführer bei seinem Sturz zugezogen hat. Klar ist einzig, dass er sich am Arm und/oder an der Hand verletzt hat. Um rechtsgenügend überprüfen zu können, ob zur Tagesvollpauschale weitere Kosten hätten übernommen werden müssen, wenn sich der Sachverhalt im Kanton Basel-Landschaft abgespielt hätte, reicht die

detaillierte Rechnung der Clinica J. nicht aus. Dazu ist ein Austrittsbericht oder ein Arztbericht/Operationsbericht der Clinica J. unerlässlich, aus dem hervorgeht, welche Diagnosen gestellt und welche Massnahmen ergriffen worden sind sowie um welche Operationen es sich gehandelt hat. 5.4.3 Zum jetzigen Zeitpunkt kann deshalb nicht abschliessend beurteilt werden, wie hoch der hypothetische Referenzbetrag nach schweizerischem Recht wäre. Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich weitere Abklärungen zu treffen. Da sie Art. 42 Abs. 3 und 4 KVG sowie Art. 57 Abs. 6 KVG gegenüber der ausländischen Leistungserbringerin Clinica J. nicht anwenden kann, besteht eine weitgehende Mitwirkungspflicht der Eltern des Beschwerdeführers bei der Beschaffung dieser entscheidnotwendigen Daten. Anschliessend hat die Beschwerdegegnerin über die Höhe des Referenzbetrags neu zu befinden. In jedem Fall ist von einer Kostenbeteiligung von mindestens Fr. 3'288.-- auszugehen. 5.5.1 Der Beschwerdeführer rügt im Zusammenhang mit der Festsetzung des hypothetischen Referenzbetrags sodann, dass geprüft werden müsse, was eine vergleichbare Behandlung in einem Privatspital in der Schweiz gekostet hätte. 5.5.2 Zu dieser Rüge ist einerseits festzuhalten, dass nicht geklärt ist, weshalb der Beschwerdeführer vom Hospital M. nicht ins Hospital G., sondern in die Clinica J. verlegt worden ist. Aus den Unterlagen der Beschwerdegegnerin geht hervor, dass die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers im Hospital M. vorgenommen wurde (Dossierabschluss der M. AG vom 30. Oktober 2007). Dem Internetauftritt dieser Klinik kann entnommen werden, dass es sich um eine Einrichtung der RedAsistencialJuaneda handelt (<http://www.redasistencialjuaneda.es/informacion/index.php>). Zu dieser Unternehmensgruppe gehört auch die Clinica J. Die RedAsistencialJuaneda bezeichnet sich auf ihrer Homepage als führend auf dem Gebiete der privaten Gesundheitsversorgung auf den Balearischen Inseln. Somit ist es naheliegend, dass die Überweisung aufgrund partnerschaftlicher Verbindungen der beiden Einrichtungen erfolgt ist. Eher unwahrscheinlich ist, dass das öffentliche Spital in Palma (Hospital G.) nicht dazu in der Lage gewesen wäre, den Eingriff vorzunehmen und der Übertritt in ein Privatspital aus medizinischer Sicht die einzige mögliche Variante darstellte. 5.5.3 Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich die Leistungserbringer gemäss Art. 44 Abs. 1 Satz 1 KVG an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen. Sie dürfen für Leistungen gemäss KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen. Der soweit normierte Tarifschutz verbietet den Leistungserbringern Zusatzrechnungen zu stellen. Die Versicherer dürfen einerseits allfällige Zusatzrechnungen nicht zu ihren Lasten nehmen und müssen andererseits den Versicherten die entsprechenden Kosten auch nicht vergüten, wenn diese Honorarschuldner sind. Die Versicherten geniessen daher den Tarifschutz in gleicher Weise wie die Versicherer. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung gilt der Tarifschutz in Bezug auf den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung (BGE 131 V 139 f.). Er gilt indessen auch beim Aufenthalt in einer privaten oder halbprivaten Abteilung in dem Sinne, dass der Versicherer nach KVG diejenigen Kosten übernehmen muss, die sich beim Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung ergeben hätten ("Austauschbefugnis"; BGE 130 I 311). Keine Rolle spielt es dabei, ob es sich um ein Spital mit privater oder öffentlichrechtlicher Trägerschaft handelt. Demgegenüber werden diejenigen Leistungen, die über den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehen, nicht vom Tarifschutz erfasst. Für diese Leistungen schuldet der Patient eine entsprechende Vergütung nicht auf Grund von KVG-Tarifen. Dies bedeutet, dass, auch wenn der Beschwerdeführer in der Schweiz in einer Privatklinik behandelt worden wäre,

von der Beschwerdegegnerin lediglich die Tagesvollpauschale für den Aufenthalt in einer allgemeinen Abteilung nach Tarifvertrag entrichtet werden müsste. Dies gilt auch dann, wenn der Beschwerdeführer aufgrund einer medizinischen Notwendigkeit in ein ausserkantonales (Privat-)Spital hätte transportiert werden müssen (Art. 41 Abs. 2 KVG), da auch in einem solchen Fall nur der Aufenthalt in einer allgemeinen Abteilung hätte verrechnet werden können. Bei der Ermittlung des doppelten Schweizer-Tarifs nach Art. 36 KVV geht es letztlich nicht darum, was der Eingriff in einem Privatspital gekostet hätte, sondern was der Krankenversicherer nach den Regelungen des KVG hätte übernehmen müssen.

5.6.1 In der Beschwerde wird weiter gerügt, dass die Beschwerdegegnerin die Rechnung der Clinica J. auf ihre Wirtschaftlichkeit, Tarifkonformität und auf ihre Berechtigung hin hätte überprüfen müssen. Die Rechnung der Clinica J. - verglichen mit dem doppelten Schweizer-Tarif - erscheine enorm hoch, was möglicherweise darauf zurückzuführen sei, dass es sich um überrissene Touristen-Tarife handle.

5.6.2 Eine gesetzliche Pflicht schweizerischer Krankenversicherer, Forderungen ausländischer Leistungserbringer auf ihre Berechtigung hin zu überprüfen, besteht nicht. Gerade dieser Tatsache sowie dem Umstand, dass es für die Versicherten als Honorarschuldner in der Regel schwierig ist, sich im Ausland gegen allfällige übersetzte Forderungen zu wehren, trägt Art. 36 Abs. 4 KVV mit dem doppelten Schweizer-Tarif Rechnung (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, Hrsg. Ulrich Meyer, 2. Aufl., Basel 2007, Rz. 487). Anzumerken bleibt an dieser Stelle, dass die Clinica J. in ihrer Rechnung detailliert die verschiedenen von ihr erbrachten Leistungen auflistet. Konkrete Hinweise darauf, dass es sich um fiktive Leistungen oder um unverhältnismässig hohe Preise handeln könnte, liegen keine vor. Zudem darf nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass die Tarif-Tagespauschalen in der Schweiz aufgrund Vertragsverhandlungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern zustande kommen und auf einer Mischrechnung der Kosten aller Dienstleistungen (Eingriffe, Behandlungen, Medikamente, Hilfsmittel und Hotellerie etc.), die in einem Spital erbracht werden, basieren. Es handelt sich - im Gegensatz zu Dienstleistungen privater Kliniken - gerade nicht um eine Abrechnung einzelner Leistungen zu ihrem realen wirtschaftlichen Wert. Ebenfalls muss bei einem Vergleich bedacht werden, dass die Tagespauschalen bei Kantonsewohnern bei öffentlichen oder öffentlichsubventionierten Spitälern in der Schweiz gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient in der allgemeinen Abteilung ausmachen.

6.1 Zu prüfen ist in einem zweiten Schritt, ob ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers aus Staatsvertragsrecht besteht.

6.2 Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen; FZA) in Kraft getreten. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern

(Verordnung Nr. 574/72), oder gleichwertige Vorschriften an. Die Verordnung Nr. 1408/71 gilt unter anderem für Rechtsvorschriften über Zweige der sozialen Sicherheit, die Leistungen bei Krankheit betreffen (Art. 4 Abs. 1 lit. a). Sie enthält in Kapitel 1 des Titels III besondere Vorschriften für diese Leistungsart. 6.3 Vorweg festzuhalten gilt es, dass der Beschwerdeführer gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung weder aus Art. 5 Abs. 3 FZA noch aus der nicht Teil des "acquis communautaire" darstellenden Rechtsprechung des EuGH zur passiven Dienstleistungspflicht etwas zu seinen Gunsten ableiten kann (BGE 133 V 624). 6.4.1 Art. 22 Abs. 1 lit. a Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71 sieht vor, dass ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen erfüllt und bei dessen Zustand während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats sich Sachleistungen unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen, Anspruch auf Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften hat, und zwar als ob er bei diesem versichert wäre. Die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates. Der zuständige Träger ist laut der Legaldefinition in Art. 1 lit. o Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71 jener Träger, bei dem die in Betracht kommende Person im Zeitpunkt des Antrags auf Leistungen versichert ist. Träger des Aufenthaltsorts ist jener Träger, der nach den Rechtsvorschriften, die für ihn gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betroffene Person sich aufhält (Art. 1 lit. p der Verordnung Nr. 1408/71). 6.4.2 Gemäss Art. 2 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 gilt diese Verordnung für Arbeitnehmer und Selbständige, für welche die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, soweit sie Staatsangehörige eines Mitgliedstaates sind oder als Staatenlose oder Flüchtlinge im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, sowie für deren Familienangehörige und Hinterbliebene. Nach der Legaldefinition in Art. 1 lit. a Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71 gilt als Arbeitnehmer oder Selbständigerwerbender jede Person, die gegen eine oder mehrere Risiken, die von den Zweigen eines Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige oder einem Sondersystem für Beamte erfasst werden, pflichtversichert oder freiwillig weiterversichert ist. Ob die Eltern des Beschwerdeführers in diesem Sinne Arbeitnehmer oder Selbständigerwerbende sind, kann gestützt auf die vorliegenden Unterlagen nicht beurteilt werden. In Bezug auf Artikel 22 Absatz 1 lit. a und c der Verordnung Nr. 1408/71 untersteht der Beschwerdeführer jedoch auch dann dem persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung, wenn seine Eltern weder als Arbeitnehmer noch als Selbständige zu qualifizieren wären. Denn mit Art. 22a der Verordnung 1408/71 werden die beiden Regelungen des Art. 22 Abs. 1 lit. a und c der Verordnung auf alle Versicherten eines Systems der Sozialen Sicherheit und die bei ihnen wohnenden Familienangehörigen ausgedehnt, insbesondere auch auf Personen, die keine Arbeitnehmer und Selbständige sind (vgl. Karl-Jürgen Bieback, in: Maximilian Fuchs (Hrsg), Kommentar zum Europäischen Sozialrecht, 4. Aufl., Baden-Baden 2005, N 2 zu Art. 22a der Verordnung Nr. 1408/71). Der Beschwerdeführer fällt somit unter den persönlichen Anwendungsbereich des Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71. 6.4.3 Unbestritten ist, dass sich der Eingriff als medizinisch notwendig erwiesen und dieser während des Aufenthaltes zwingend hat vorgenommen werden müssen. Die materiellen Voraussetzungen der Leistungsaushilfe gemäss Art. 22 Abs. 1 lit. a Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71 liegen somit vor. Der Beschwerdeführer hat als in der Schweiz wohnhafte und in der Schweiz für Sachleistungen

bei Krankheit versicherte Person im Rahmen der europäischen Leistungsaushilfe Anspruch auf Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung durch den spanischen Träger für Rechnung des schweizerischen Trägers gemäss den in Spanien geltenden Rechtsvorschriften. 6.4.4 Vorliegend geben die Eltern des Beschwerdeführers an, sich in der Clinica J. mit der Europäischen Krankenversicherungskarte ausgewiesen zu haben. Trotzdem fand die Abwicklung nicht über den aushelfenden spanischen Träger statt, sondern die Eltern erhielten die Rechnung des Leistungserbringers direkt. Dieser Umstand alleine bedeutet aber noch nicht, dass die Leistungen aus internationaler Leistungsaushilfe dahingefallen sind. Auch die Tatsache, dass die Eltern es nach Erhalt der Rechnung unterlassen haben, beim spanischen Träger eine Sachleistungsaushilfe für die Übernahme der streitigen Rechnung der Clinica J. geltend zu machen, ändert am Anspruch selbst nichts. Dieses Vorgehen ist im Grundsatz nicht zu beanstanden (Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 20. Mai 2008, KV.2006.00085, E. 3.7 mit weiteren Hinweisen). Es ist einer versicherten Person unbenommen, die Übernahme der ihr im Ausland entstandenen Kosten direkt beim schweizerischen Krankenversicherer geltend zu machen (Art. 34 Abs. 1 der Verordnung Nr. 574/72). 6.4.5 Zu klären bleibt, ob und falls ja, in welchem Umfang die Kosten nach spanischem Recht hätten übernommen werden müssen. Gemäss der Rechnung der Clinica J. vom 30. Oktober 2007 wurden dem Beschwerdeführer Kosten von insgesamt Euro 3'528.27 in Rechnung gestellt. Diese Kosten setzen sich aus einzeln aufgeführten Leistungen zusammen, für die jeweils ein "Tarifa (€)" verrechnet worden ist. Gemäss Übersetzung ins Deutsche kann "la Tarifa" sowohl "die Gebühr" als auch "der Tarif" bedeuten. Ob es sich bei den dem Beschwerdeführer in Rechnung gestellten Kosten um diejenigen Kosten handelt, welche vom massgebenden spanischen Sozialversicherungssystem und letztlich von der Beschwerdegegnerin gemäss Art. 22 Abs. 1 lit. a der Verordnung Nr. 1408/71 zu tragen gewesen wären, handelt, steht demnach nicht mit letzter Gewissheit fest. Unklar ist ebenfalls, ob es sich bei der Clinica J. um eine von der spanischen Sozialversicherungsanstalt Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) anerkannten Leistungserbringerin handelt bzw. diese Teil des staatlichen Gesundheitswesens ist, obwohl ihre Trägerschaft privater Natur ist. Die Beschwerdegegnerin wird diesbezüglich die erforderlichen Abklärungen zu treffen haben (Art. 34 Abs. 2 der Verordnung Nr. 574/72). Für den Fall, dass die Rechtsvorschriften von Spanien keine Erstattungsätze vorsehen, kann die Beschwerdegegnerin den Erstattungsbetrag nach den für sie massgebenden Sätzen festlegen, ohne dass das Einverständnis des Beschwerdeführers erforderlich ist. Auf keinen Fall darf der Erstattungsbetrag die tatsächlich entstandenen Kosten übersteigen (Art. 34 Abs. 5 der Verordnung Nr. 574/72). 6.4.6 Als Zwischenergebnis steht daher fest, dass der Beschwerdeführer die Voraussetzungen der europäischen Leistungsaushilfe ebenfalls erfüllt. Zu prüfen bleibt daher das Verhältnis zwischen Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV und der internationalen Leistungsaushilfe gemäss FZA. 7.1 Nach der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) stehen die Bestimmungen von Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 und von Art. 34 der Verordnung Nr. 574/72 einer nationalen Regelung nicht entgegen, wonach einer versicherten Person die bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Krankheitskosten in voller Höhe erstattet werden. Dies gilt allerdings nur unter der Bedingung, dass der Betrag, der erstattet wird, zumindest gleich hoch, wenn nicht höher ist als der, den die versicherte Person erhalten hätte, wenn die Erstattung unter den Voraussetzungen der Sachleistungsaushilfe gemäss Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 erfolgt wäre (Urteil des EuGH vom 14. Oktober 2004 in der

Rechtssache C-193/03, Betriebskrankenkasse der Robert Bosch GmbH, Slg. 2004, S. I-09911). Obwohl es sich bei diesem Urteil um ein nach dem Zeitpunkt der Unterzeichnung des FAZ vom 21. Juni 1999 ergangenes handelt, dürfte es vorliegend dennoch zu berücksichtigen sein. Denn es handelt sich hierbei nicht um eine neue Rechtsprechung im engeren Sinn, sondern lediglich um eine Konkretisierung der bisherigen Rechtsprechung des EuGH. Demnach ist davon auszugehen, dass die Bestimmung von Art. 22 Abs. 1 lit. a Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71 der Anwendung von schweizerischem Recht nicht entgegensteht, wenn dieses die Erstattung der dem Beschwerdeführer in Spanien tatsächlich entstandenen Kosten mindestens in voller Höhe zulässt. 7.2 Art. 95a Abs. 1 lit. a KVG sieht vor, dass für die in Art. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 bezeichneten Personen und in Bezug auf die in Art. 4 dieser Verordnung vorgesehenen Leistungen, soweit sie im Anwendungsbereich dieses Gesetzes liegen, das FZA, sein Anhang II und die Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 auch gelten. Aus dem Wortlaut dieser Bestimmung, wonach „auch“ das FZA anwendbar ist, lässt sich nicht auf eine ausschliessliche Geltung der Regelung des FZA und der Rechtssätze, auf die darin Bezug genommen wird, schliessen. 7.3 Zu klären bleibt die Bedeutung von Art. 36 Abs. 5 KVV, gemäss welchem die Bestimmungen der internationalen Leistungsaushilfe vorbehalten bleiben sollen. Die Tragweite dieser Bestimmung ist in der Lehre umstritten (Gebhard Eugster, a.a.O., Rz. 503 ff.). Der Botschaft zur Genehmigung der sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG vom 23. Juni 1999 kann entnommen werden, dass der Bundesrat davon ausging, dass sich der Versicherungsschutz der Versicherten durch die Einführung der internationalen Leistungsaushilfe verbessern würde (BBl 1999 6154 und 6355 "...die Versicherten sind damit besser gedeckt als heute..."). Dieser Wille des Ordnungsgebers gilt es bei Auslegung von Art. 36 Abs. 5 KVV zu berücksichtigen. Der Sinn und Zweck des in Art. 36 Abs. 5 KVV statuierten Vorbehalts zu Gunsten der internationalen Leistungsaushilfe ist daher darin zu sehen, dass mit der internationalen Leistungsaushilfe eine Verbesserung des Versicherungsschutzes bei Auslandsbehandlung angestrebt wird. Eine Auslegung nach dem Sinn und Zweck der Bestimmung kann daher jedenfalls nicht zum Ergebnis führen, dass die Regelung von Art. 36 KVV durch die internationale Leistungsaushilfe gänzlich verdrängt würde. Art. 36 Abs. 5 KVV ist vielmehr so auszulegen, dass das nationale Recht nur insofern durch die internationale Leistungsaushilfe verdrängt wird, als sich diese als das für den Versicherten günstigere Recht erweisen sollte (vgl. zum Ganzen Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 20. Mai 2008, KV.2006.00085, E. 4.3f. mit weiteren Hinweisen). Ansprüche aus Art. 36 Abs. 2 KVV müssen insbesondere für den Fall erhalten bleiben, dass das Instrument der Leistungsaushilfe versagt, weil der aushelfende Versicherungsträger oder der ausländische Leistungserbringer die Mitwirkung verweigern oder sich die versicherte Person von einem Leistungserbringer hat behandeln lassen, der nach dem staatlichen ausländischen Krankenversicherungsrecht als solcher nicht zugelassen ist (Gebhard Eugster, a.a.O., Rz. 503 ff.). 8.1 Im Eventualstandpunkt macht der Beschwerdeführer eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus der Verletzung ihrer Beratungspflicht geltend. Die Beschwerdegegnerin sei aus Vertrauensschutzgründen verpflichtet, die Behandlungskosten der Clinica J. vollständig zu übernehmen. In den Telefonaten mit der M. AG sei nicht darauf hingewiesen worden, dass die Eltern mit hohen Eigenkosten rechnen müssen oder ein grosser Teil der Kosten nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sein würde. Im Gegenteil sei von der Beschwerdegegnerin ohne erkennbaren Vorbehalt in Aussicht gestellt worden, dass die

Kostengutsprache an die Clinica J. geschickt werde. Aufgrund der bilateralen Verträge mit der EU sei es der Mutter des Beschwerdeführers denn auch selbstverständlich erschienen, dass man in Notfällen europaweit Spitalbehandlungen in Anspruch nehmen könne, ohne selber in die Tasche greifen zu müssen. Aufgrund der Tatsache, dass man sich in einem EU-Land befunden habe und dass im dortigen Spital die Europäische Versicherungskarte akzeptiert worden sei, sei die Mutter des Beschwerdeführers in guten Glauben gewesen, dass die Spitalbehandlungskosten sich im üblichen Rahmen halten würden und von der Krankenversicherung abgedeckt seien. Aus diesem Grund seien die übersteigenden Kosten von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

8.2 Gemäss Art. 27 ATSG sind die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und zu beraten. Dafür zuständig sind die Versicherungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (heute: Sozialrechtliche Abteilungen des Schweizerischen Bundesgerichts) beschlägt Abs. 2 ein individuelles Recht auf Beratung durch den zuständigen Versicherungsträger. Jede versicherte Person kann vom Versicherungsträger im konkreten Einzelfall eine unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten verlangen. Wird diese Beratungspflicht missachtet bzw. unterbleibt eine Auskunft entgegen gesetzlicher Vorschrift oder obwohl sie nach den im Einzelfall gegebenen Umständen geboten war, so ist dies einer falsch erteilten Auskunft des Versicherungsträgers gleichzusetzen und dieser hat in Nachachtung der Grundsätze zum Vertrauensschutz hierfür einzustehen (BGE 131 V 480 E. 4.3 und 5, 124 V 221 E. 2b). Abgeleitet aus dem Grundsatz von Treu und Glauben, welcher den Bürger in seinem berechtigten Vertrauen auf behördliches Verhalten schützt, können falsche Auskünfte von Verwaltungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen eine vom materiellen Recht abweichende Behandlung des Rechtsuchenden gebieten ("Vertrauensschutz"; vgl. BGE 127 I 36 E. 3a). Gemäss Rechtsprechung und Doktrin ist dies der Fall, 1. wenn die Behörde in einer konkreten Situation mit Bezug auf bestimmte Personen gehandelt hat; 2. wenn sie für die Erteilung der betreffenden Auskunft zuständig war oder wenn die rechtsuchende Person die Behörde aus zureichenden Gründen als zuständig betrachten durfte; 3. wenn die Person die Unrichtigkeit der Auskunft (bzw. vorliegend: die Missachtung der Beratungspflicht) nicht ohne weiteres erkennen konnte; 4. wenn sie im Vertrauen auf die Richtigkeit der Auskunft Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden können, und 5. wenn die gesetzliche Ordnung seit der Auskunftserteilung keine Änderung erfahren hat. Der Vertrauensschutz kann ferner aufgerufen werden, wenn der Versicherer ein Verhalten an den Tag gelegt hat, das bei der versicherten Person berechtigterweise Erwartungen und Hoffnungen geweckt hat, an denen diese nicht zweifeln musste.

8.3 Aufgrund der auf Tonträgern festgehaltenen Telefongespräche zwischen der M. AG und den Eltern des Beschwerdeführers vom 12. Oktober 2007, die dem Beschwerdeführer im Instruktionsverfahren zur Stellungnahme zugestellt worden sind und zu denen er sich nicht geäussert hat, kann folgendes als erstellt gelten: Die M. AG hat den Vater des Beschwerdeführers darauf aufmerksam gemacht, dass sie nur eine limitierte Kostengutsprache an die Clinica J. abgeben könne, weil der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin nur obligatorisch krankenversichert sei. Für "alles andere" sei er bei der Beschwerdegegnerin nicht versichert. Auch gegenüber der Mutter des Beschwerdeführers äusserte sich die Notrufzentrale der Beschwerdegegnerin am gleichen Tag lediglich dahingehend, dass eine limitierte Kostengutsprache erteilt werden

könne. Eine konkrete Aussage, dass diese limitierte Kostengutsprache ausreichen werde, um alle Kosten zu decken, kann dem Gespräch nicht entnommen werden. Die Mutter des Beschwerdeführers fasste sodann die Situation zusammen und hielt fest, dass alles über die Versicherung laufen werde und diese dann, falls die Kostengutsprache nicht ausreichen werde, Rechnung an die Eltern stellen werde. 8.4 Somit steht fest, dass sowohl der Vater als auch die Mutter von der Beschwerdegegnerin darauf aufmerksam gemacht worden sind, dass nur eine begrenzte Kostengutsprache erteilt werde. Anderslautende mündliche Auskünfte der Beschwerdegegnerin oder ihrer Notrufzentrale M. AG zum Leistungsumfang sind nicht erstellt. Auch den schriftlichen Unterlagen kann entnommen werden, dass die Beschwerdegegnerin von Beginn weg nur eine limitierte Kostengutsprache abgegeben hat. In der Deckungsanfrage der M. AG an die Beschwerdegegnerin vom 12. Oktober 2007 (per email) wird festgehalten, dass der Patient in ein privates Spital unterwegs sei und heute noch operiert werden müsse. Dieses Spital wolle wissen, ob die Kosten für die Operation übernommen würden. Noch am gleichen Tag schickte die Beschwerdegegnerin der medical AG eine Deckungszusage für die Übernahme von Fr. 860.-- pro Tag sowie von max. Fr. 500.-- für die Transportkosten. Aus dem Dossierabschluss der M. AG vom 19. Oktober 2007 ist ersichtlich, dass die Clinica J. über die limitierte Kostengutsprache und die Tatsache, dass der Rest dem Patienten direkt verrechnet werden müsse, informiert sei. Der Umstand sodann, dass die Mutter des Beschwerdeführers der Überzeugung gewesen ist, dass das Vorweisen der Europäischen Versicherungskarte ausreichen würde, um alle Kosten zu decken, ist nicht auf das Verhalten der Beschwerdegegnerin, sondern auf das eines Dritten zurückzuführen. Im Weiteren können die Eltern des Beschwerdeführers nichts zu ihren Gunsten ableiten, wenn die Beschwerdegegnerin nicht dagegen opponiert hat, dass die stationäre Behandlung in der Clinica J. durchgeführt wird. Gestützt auf Art. 41 Abs. 1 KVG können versicherte Personen unter den verschiedenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Eine Zustimmung des Versicherers ist dazu nicht notwendig. Aus diesen Gründen hat der Beschwerdeführer aus Vertrauensschutz keinen Anspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin auf allfällige dem KVG und dem FZA entgegenstehende vollständige Kostenübernahme.

E. 9

Nach dem Gesagten hat der Beschwerdeführer gestützt auf Art. 22 Abs. 1 lit. a der Verordnung Nr. 1408/71 grundsätzlich Anspruch auf Übernahme der Kosten der Notfallbehandlung in Spanien nach dem für spanische Sozialversicherte massgebenden spanischen Recht. Die Beschwerdegegnerin ist verpflichtet, hier die notwendigen Abklärungen zu treffen (vgl. Erwägung 6 hiervor). Sollte sich herausstellen, dass gemäss spanischem Recht eine Rückerstattung nicht möglich ist, oder dass dieses nur einen Teil der Rechnung der Clinica J. anerkennt, hat der Beschwerdeführer gemäss schweizerischem Recht (Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV) einen ergänzenden Anspruch auf Übernahme der entstandenen Kosten bis höchstens zum doppelten Betrag für eine vergleichbare Behandlung an seinem Wohnort (vgl. Erwägung 7 hiervor). Auch bezüglich dieses Anspruchs hat die Beschwerdegegnerin noch ergänzende Abklärungen zu treffen (vgl. Erwägung 5 hiervor). In jedem Fall ist von der Beschwerdegegnerin ein Betrag von insgesamt mindestens Fr. 3'288.-- zu übernehmen. Kein Anspruch besteht jedoch auf Überprüfung der Rechnung der Clinica J. auf ihre Wirtschaftlichkeit durch die Beschwerdegegnerin (vgl. Erwägung 5.6.2 hiervor). Ebenso zu verneinen ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf vollständige Kostenübernahme aus Vertrauensschutzgründen (vgl. Erwägung 8 hiervor). Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen. Der

Einspracheentscheid vom 31. März 2008 und die Verfügung vom 4. Januar 2008 werden aufgehoben. Zur Abklärung des Anspruchs und zur anschliessenden Festlegung der Höhe des Rückerstattungsbetrags wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese neu verfüge.

E. 10

(Kostenentscheid)

E. 11

(Rechtsmittelbelehrung) KGE SV vom 9. Januar 2009 i.S. X. (730 08 139)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.