

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00085 vom 20. Mai 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-05-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2006.00085](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2006.00085)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00085 du 20 mai 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2006.00085 del 20 maggio 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Beschwerdeführerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. September 2006 (Urk. 2) davon aus, dass es sich bei den Kosten des streitigen Rettungseinsatzes vom 26. Mai 2006 in Deutschland um Rettungskosten im Ausland handelte, für welche gemäss dem nationalen Recht keine Leistungspflicht bestehe (Urk. 2 S. 4).

1.2 Der Beschwerdeführer bringt hiegegen vor, dass nach den anwendbaren allgemeinen Versicherungsbedingungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Minima der Beschwerdeführerin ein Anspruch auf Übernahme von 50 % der Kosten eines Rettungseinsatzes im Ausland bestehe (Urk. 1). Im Streit steht daher der Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme der Kosten des am 26. Mai 2006 in Deutschland durchgeführten Rettungseinsatzes.

### E. 2

2.1 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

2.2 Das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen; nachfolgend: FZA) räumt Staatsangehörigen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft (Art. 1 FZA) Rechte im Hoheitsgebiet der Schweiz und in den Gebieten, in denen der Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft Anwendung findet, ein (Art. 24 FZA).

2.3 Laut der Präambel des FZA ist es Ausdruck des Entschlusses der Vertragsparteien, die Freizügigkeit zwischen ihnen auf der Grundlage der in der Europäischen Gemeinschaft geltenden Bestimmungen zu verwirklichen. Soweit für seine Anwendung Begriffe des Gemeinschaftsrechts herangezogen werden, wird hierfür nach Art. 16 Abs. 2 FZA die einschlägige Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) vor dem Zeitpunkt der Unterzeichnung vom 21. Juni 1999 berücksichtigt. Überdies ist es den schweizerischen Behörden im Allgemeinen nicht verwehrt, die nach dem 21. Juni 1999 ergangene EuGH-Rechtsprechung autonom nachzuvollziehen (BGE 128 V 320 Erw. 1c). Dies gilt jedenfalls dann, wenn es sich bei dem nach dem 21. Juni 1999 ergangenen EuGH-Urteil nicht um eine neue Rechtsprechung im engeren Sinn handelt (vgl. BGE 130 II 113 ff., 119 f. Erw. 5.2 mit

Hinweis auf Kay Hailbronner, Freizügigkeit nach EU-Recht und dem bilateralen Abkommen mit der Schweiz über die Freizügigkeit der Personen, in EuZ 2003, S. 48 ff., 52).

2.4     Gemäss Art. 8 FZA regeln die Vertragsstaaten die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, indem sie unter anderem die anwendbaren Rechtsvorschriften in Übereinstimmung mit Anhang II des Abkommens bestimmen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 Anhang II FZA in Verbindung mit Abschnitt A/1 Anhang II FZA wenden die Vertragsstaaten zum Zweck dieser Koordinierung die Normen der Verordnung Nr. 1408/71. Zudem enthält Abschnitt A/1 lit. b-p Anhang II FZA Anpassungen, die gleichsam Einträge in die acht Anhänge der Verordnung Nr. 1408/71 darstellen. Diese Einträge beinhalten unter anderem einzelstaatliche Besonderheiten und Ausnahmeregelungen. Die Anhänge und Protokolle stellen nach Art. 15 FZA integrale Bestandteile des Abkommens dar, weshalb nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts grundsätzlich keine Hierarchie zwischen den Normen des FZA, seinen Anhängen und Protokollen bestehe, sondern alle denselben Wert haben (BGE 132 V 252 f. Erw. 6.2; Edgar Imhof, Das Freizügigkeitsabkommen EG-Schweiz und seine Auslegungsmethode - Sind die Urteile Bosman, Kohll und Jauch bei der Auslegung zu berücksichtigen?, Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht, ZESAR, 2007 [nachfolgend: Freizügigkeitsabkommen], S. 165). Das FZA ist nach den Regeln des Wiener Übereinkommens über das Recht der Verträge auszulegen (BGE 132 V 423. Erw. 9.5). Gemäss dessen Art. 31 Abs. 1 ist ein Vertrag nach Treu und Glauben in Übereinstimmung mit der gewöhnlichen, seinen Bestimmungen in ihrem Zusammenhang zukommenden Bedeutung und im Lichte seines Zieles und Zweckes auszulegen. Bei der Auslegung des FZA ist sodann die Rechtsprechung des EuGH zum Freizügigkeitsrecht der EU zu berücksichtigen. Denn einerseits verpflichtet Art. 16 Abs. 2 FZA zu einer Auslegung von gemeinschaftsrechtlichen Begriffen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des EuGH. Andererseits ist in der Präambel und in der Schlussakte der ausdrückliche Wille der Vertragsparteien enthalten, die Freizügigkeit zwischen ihnen auf der Grundlage des gemeinschaftlichen Besitzstandes zu verwirklichen. Dies erfordert eine Auslegung des Abkommens in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des EuGH (Edgar Imhof, Freizügigkeitsabkommen, S. 163).

2.5     Ziel des FZA ist gemäss dessen Art. 1 lit. b unter anderem die Erleichterung der Erbringung von Dienstleistungen im Hoheitsgebiet der Vertragsstaaten, insbesondere die Liberalisierung kurzzeitiger Dienstleistungen. Art. 5 Abs. 1 FZA räumt einem Dienstleistungserbringer das Recht ein, Dienstleistungen im Hoheitsgebiet der anderen Vertragspartei zu erbringen, deren tatsächliche Dauer 90 Arbeitstage pro Kalenderjahr nicht überschreitet. Abs. 3 dieser Bestimmung räumt natürlichen Personen, welche Staatsangehörige eines Mitgliedstaats der Europäischen Gemeinschaft oder der Schweiz sind, und sich nur als Empfänger einer Dienstleistung in das Hoheitsgebiet einer Vertragspartei begeben, das Einreise- und Aufenthaltsrecht ein. Nach Art. 5 Abs. 4 des FZA werden die in diesem Artikel genannten Rechte gemäss den Bestimmungen der Anhänge I, II und III eingeräumt. Laut Art. 23 Abs. 1 Anhang I des FZA benötigt der Dienstleistungsempfänger nach Artikel 5 Absatz 3 dieses Abkommens für Aufenthalte von höchstens drei Monaten keine Aufenthaltserlaubnis. Für Aufenthalte von mehr als drei Monaten erhält er eine Aufenthaltserlaubnis, deren Gültigkeitsdauer der Dauer der Dienstleistung entspricht.

Die Erbringung von Dienstleistungen ist eingehend in Ziffer IV unter den Art. 17-23 des Anhangs 1 zum FZA geregelt. Gemäss Art. 23 Abs. 1 des Anhangs 1 zum FZA benötigt ein Dienstleistungsempfänger für Aufenthalte von höchstens drei Monaten Dauer keine Aufenthaltserlaubnis. Für Aufenthalte von mehr als drei Monaten Dauer erhält er eine Aufenthaltserlaubnis für die Dauer der Dienstleistung. Im FZA und in seinen Anhängen ist der Begriff der Dienstleistung nicht definiert. Bei einer Auslegung im Sinne von Art. 16 Abs. 2 des FZA in Berücksichtigung der Rechtsprechung des EuGH vor dem Zeitpunkt der Unterzeichnung des Abkommens umfasst der im FZA verwendete Begriff der Dienstleistung insbesondere auch ambulante und stationäre medizinische Dienstleistungen (vgl. Urteil des EuGH vom 12. Juli 2001 in der Rechtssache C-157/99, Smits und Peerbooms, Slg. 2001, I-5473 ff., Rn. 53 mit Hinweisen auf die ältere Rechtsprechung).

2.6 Innerhalb der Europäischen Union können Sozialversicherte seit den Entscheidungen des EuGH vom 28. Juni 1998 in der Rechtssache C-158/96, Kohll, Slg. 1998, S. I-1931, und in der Rechtssache C-120/95, Decker, Slg. 1998, S. I-1831, zwischen zwei Wegen wählen um grenzüberschreitende Leistungen im Krankheitsfall während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Vertragsstaat als dem Staat des zuständigen Trägers zu beanspruchen. Neben dem Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen durch den aushelfenden Träger und nach dem Recht des aushelfenden Trägers gemäss der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der Sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, an (nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71) besteht bei grenzüberschreitender Leistungsbeanspruchung zwischen zwei Mitgliedstaaten der Europäischen Union gemäss der Rechtsprechung des EuGH direkt aus Art. 49 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften (in der Fassung gemäss dem Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte vom 10. November 1997; nachfolgend: EG-Vertrag) ein Recht auf grenzüberschreitende Leistungsbeanspruchung nach dem Recht des zuständigen Trägers und - wird dieses Recht nicht gewährt - ein Recht auf Erstattung der Kosten der Leistungsbeanspruchung im Ausland in Höhe der Sätze, die der zuständige Träger nach dem für ihn geltenden Recht zu zahlen gehabt hätte. Dieser Anspruch aus Art. 49 EG-Vertrag richtet sich weder nach Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71, noch steht ihm Art. 22 Abs. 1 lit. c der Verordnung Nr. 1408/71 entgegen (Urteile des EuGH vom 15. Mai 2006, Watts, C-372/04, Slg. 2006, S. I-4325, Rn. 86; vom 13. Mai 2003, Müller-Fauré und Van Riet, C-385/99, Slg. 2003, S. I-4509, Rn. 38; vom 12. Juli 2001, Smits und Peerbooms, C-157/99, Slg. 2001, S. I-5473, Rn. 53; vom 28. April 1998, Kohll, C-158/96, Slg. 1998, S. I-1931, Rn. 29; vom 28. April 1998, Decker, C-120/95, Slg. 1998, S. I-1831; vgl. Maximilian Fuchs, Hrsg., Europäisches Sozialrecht, Baden-Baden 2005, Art. 22 Verordnung Nr. 1408/71, Rz 2 f., Bettina Kahil-Wolff, La coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, SBVR, Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Rz 82).

2.7 Die Lehre hat sich mehrheitlich für eine Übernahme der Kohll-Rechtsprechung des EuGH zur passiven Dienstleistungsfreiheit im Anwendungsbereich des FZA ausgesprochen (vgl. Edgar Imhof,

Freizügigkeitsabkommen, S. 218; Silvia Bucher, Hospitalisation im europäischen Ausland, in: Thomas Gächter, Hrsg., Ausserkantonale Hospitalisation - Eine Tür zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?, Zürich 2006, S. 45 f. je mit weiteren Hinweisen auf die Literatur). Das hiesige Gericht hat mit Urteilen vom 19. Februar 2004 (Prozess Nr. IV.2003.00221) und vom 16. Mai 2006 (Prozess Nr. KV.2005.00058) erkannt, dass der Bezug von medizinischen Leistungen durch einen Vertragsstaatsangeh rigen im Hoheitsgebiet eines andern Vertragsstaates von der Garantie der passiven Dienstleistungsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 FZA erfasst werde.

2.8     Das Bundesgericht hat sich in BGE 133 V 624 eingehend mit der Frage nach der Anwendbarkeit der Rechtsprechung des EuGH zur passiven Dienstleistungsfreiheit im Anwendungsbereich des FZA befasst und erkannt, dass die zum EG-Vertrag ergangene Rechtsprechung des EuGH zur passiven Dienstleistungsfreiheit gemäss den Entscheiden Kohll und Decker nicht Bestandteil des Aquis communautaire darstelle, welchen sich die Schweiz mit Abschluss des FZA zu übernehmen verpflichtet hat (Erw. 4.3.7). Im Gegensatz zum EG-Vertrag, bei welchem die Gewährung der Dienstleistungsfreiheit ein zentraler Inhalt darstelle, werde mit dem FZA lediglich eine Erleichterung der Erbringung von Dienstleistungen im Hoheitsgebiet der Vertragsparteien, insbesondere die Liberalisierung kurzzeitiger Dienstleistungen, bezweckt. Im Gegensatz zum EG-Vertrag gewähre das FZA nur eine partielle Dienstleistungsfreiheit und die Schweiz werde durch das FZA nur sektoriell und in beschränktem Umfang in den gemeinsamen Markt der EU integriert.

2.9     Nach der erwähnten höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 133 V 624) kann der Beschwerdeführer vorliegend daher weder aus Art. 5 Abs. 3 FZA noch aus der nicht Teil des Aquis communautaire darstellenden Rechtsprechung des EuGH zur passiven Dienstleistungsfreiheit etwas zu seinen Gunsten ableiten.

3.       Zu prüfen bleibt, ob ein Anspruch aus den in der Verordnung 1408/71 enthaltenen Bestimmungen zur Sachleistungsaushilfe besteht. Vorerst gilt es zu prüfen, ob die vorliegend streitigen Leistungen unter den sachlichen Anwendungsbereich der Verordnung Nr. 1408/71 fallen.

### 3.1    

3.1.1   Der sachliche Geltungsbereich der Verordnung Nr. 1408/71 ist in deren Art. 4 geregelt. Gemäss Abs. 1 lit. a dieser Bestimmung gilt die Verordnung für Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft. Der Begriff der Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft ist nicht unter Zugrundelegung der entsprechenden Kriterien des nationalen Rechts, sondern vertragsautonom auszulegen (Maximilian Fuchs, Hrsg., Kommentar zum Europäischen Sozialrecht, 4. Auflage, Baden-Baden 2005, Rz 8 zu Art. 4 Verordnung Nr. 1408/71; Edgar Imhof, Eine Anleitung zum Gebrauch des Personenfreiz gigkeitsabkommens und der Verordnung Nr. 1408/71, in: Hans-Jakob Mosimann, Hrsg., Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zürich 2001, S. 19 ff. und S. 32). Nach der Rechtsprechung des EuGH gehören dazu insbesondere auch Leistungen aufgrund von nationalen Rechtsvorschriften über Invalidität, die ihre Art nach zur medizinischen oder chirurgischen Versorgung gehören. Auch Massnahmen, die der Prävention von Krankheiten und der Seuchenbekämpfung dienen, gehören dazu (Maximilian Fuchs, Hrsg., a.a.O., Rz 10 zu Art. 4 Verordnung Nr. 1408/71).



nach dem Recht des aushelfenden Trägers geregelt. Gemäss dem Beschluss Nr. 1/2006 des Gemischten Ausschusses EU-Schweiz vom 6. Juli 2006 zur Änderung des Anhangs II (Soziale Sicherheit) des FZA (AS 2006 5851-5858) wurde unter der Überschrift Abschnitt A: Rechtsakte, auf die Bezug genommen wird Die Verordnung Nr. 631/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Änderung der Verordnung Nr. 1408/71 und der Verordnung Nr. 574/72 über die Durchführung der Verordnung Nr. 1408/71 angefügt. Darin wurde unter anderem Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 geändert. Gemäss dem Beschluss Nr. 1/2006 des gemischten Ausschusses vom 6. Juli 2006 sind diejenigen Bestimmungen des Beschlusses, durch die eine Bezugnahme auf die Verordnung Nr. 631/2004 eingefügt wurde, rückwirkend per 1. Juni 2004 in Kraft getreten (vgl. AS 2006 5852). Vorliegend stehen die Leistungen, welche vom Beschwerdeführer am 26. Mai 2006 in Anspruch genommen wurden, im Streite, weshalb die mit Beschluss des gemischten Ausschusses vom 6. Juli 2006 mit Wirkung per 1. Juni 2004 geänderte Fassung der Verordnung Nr. 1408/71 zur Anwendung kommt

3.4 Gemäss Art. 22 Abs. 1 Buchst. a lit. i der ab 1. Juni 2004 gültigen Fassung der Verordnung Nr. 1408/71 hat ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen erfüllt und bei dessen Zustand während des 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, und zwar als ob er bei diesem versichert wäre; die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates.

3.5 Der zuständige Träger ist laut der Legaldefinition in Art. 1 Buchst. o lit. 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 Wohnorts und Träger des Aufenthaltsorts ist nach Art. 1 Buchst. p der Verordnung Nr. 1408/71 insbesondere jener Träger, der nach den Rechtsvorschriften, die für ihn gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betreffende Person wohnt oder sich aufhält.

3.6 Art. 36 der Verordnung Nr. 1408/71 steht unter dem Titel "Erstattung zwischen den Trägern". Laut Art. 36 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 sind die Aufwendungen für Sachleistungen, die auf Grund dieses Kapitels vom Träger eines Mitgliedstaats für Rechnung des Trägers eines anderen Mitgliedstaats gewährt worden sind, in voller Höhe zu erstatten (zum Verfahren der Leistungsaushilfe vgl. Beat Meyer, Auslandsleistungen nach KVG und im Bereich der Bilateralen Abkommen, in Brunner/Rehbinder/Stauder, Hrsg., Jahrbuch des Schweizerischen Konsumentenrechts 2003, Bern 2004, S. 67 ff., 84 ff.; Thomas Locher, Auswirkungen des Freizügigkeitsabkommens auf das schweizerische Sozialversicherungsrecht, in Thomas Cottier/Mattias Oesch, Hrsg., Die sektoriellen Abkommen Schweiz-EG, Bern 2002, S. 39 ff., 67 f.).

3.7 Nach Gesagtem hatte der Beschwerdeführer als in der Schweiz wohnhafter und in der Schweiz für Sachleistungen bei Krankheit versicherter schweizerischer

Staatsbürger im Rahmen der Leistungsaushilfe Anspruch auf Übernahme der Kosten für den Rettungseinsatz durch den schweizerischen Träger für Rechnung des deutschen Trägers, wenn er denn die Voraussetzungen des Art. 22 Abs. 1 Bst. a der Verordnung Nr. 1408/71 erfüllt hätte. Nach Art. 36 der Verordnung Nr. 1408/71 in Verbindung mit Art. 93 der Verordnung Nr. 574/72 werden die Sachleistungen vom Träger des Aufenthaltsorts gewährt und diesem vom Träger des Wohnorts erstattet. Vorliegend hat der Beschwerdeführer es jedoch unterlassen, bei einem deutschen Träger mittels der Europäischen Krankenversicherungskarte eine Sachleistungsaushilfe für die Übernahme des streitigen Rettungseinsatzes geltend zu machen. Vielmehr hat er direkt bei seinem schweizerischen Krankenversicherer die Übernahme der ihm in Deutschland entstandenen Kosten beantragt. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Vielmehr war es dem Beschwerdeführer unbenommen, die Übernahme der ihm in Deutschland entstandenen Kosten direkt bei seinem schweizerischen Krankenversicherer geltend zu machen (vgl. Beat Meyer, a.a.O., S. 90). Als Zwischenergebnis steht daher fest, dass der Beschwerdeführer bei Erfüllung der Voraussetzungen des Art. 22 Abs. 1 Bst. a der Verordnung Nr. 1408/71 gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Übernahme der Kosten des streitigen Rettungseinsatzes vom 26. Mai 2006 in Deutschland gemäss den in Deutschland geltenden Rechtsvorschriften hatte.

3.8 Die Ärzte der Klinikum B. GmbH, Deutschland, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 31. Mai 2006 eine akute Dyspnoe sowie eine Zyanoseattacke. Der Beschwerdeführer habe während 15 Minuten unter Atemnot und unter einer akuten Lippenzyanose gelitten. Auf Grund dieser Systematik sei das Deutsche Rote Kreuz für einen Rettungstransport aufgebeten worden (Urk. 3/2).

3.9 Aus dem Bericht der Ärzte des Klinikums B. ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer am 26. Mai 2006 unter einer akuten Dyspnoe und insbesondere unter einer Zyanose litt. Bei der Zyanose handelt es sich um eine blau-rote Verfärbung der Haut und Schleimhaut infolge einer Abnahme des Sauerstoffgehalts im Blut, wobei als Ursachen insbesondere Herzklappenstenosen, Herzinsuffizienz oder angeborene Herzfehler in Frage kommen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin/New York 2002, S. 1826). Unter diesen Umständen konnte ein lebensbedrohendes Geschehen, welches eine sofortige ärztliche Behandlung und einen entsprechenden Notrettungsdienst erforderte, nicht ausgeschlossen werden. Der Rettungseinsatz vom 26. Mai 2006 erwies daher als medizinisch notwendig im Sinne von Art. 22 Abs. 1 Bst. a der Verordnung Nr. 1408/71, weshalb ein Anspruch auf Übernahme der Kosten in dem in Deutschland für Sozialversicherte geltenden Umfang besteht.

3.10 Gemäss den Rechnungen des Deutschen C. vom 30. Mai 2006 (Urk. 3/1) und vom 19. Juni 2006 (Urk. 3/3) wurden dem Beschwerdeführer Kosten von insgesamt Euro 832.53 in Rechnung gestellt. Diese Kosten setzten sich aus Grundpauschalen und einer Notarztspauschale zusammen. Den Rechnungen vom 30. Mai 2006 (Urk. 3/1) und vom 19. Juni 2006 (Urk. 3/3) lässt sich hingegen nicht entnehmen, ob es sich dabei um Rechnungen gemäss dem in Deutschland für Sozialversicherte geltenden Tarif handelte. Darin wurde als Kostenträger lediglich Privat erwähnt. Demnach steht nicht mit letzter Gewissheit fest, ob es sich bei den dem Beschwerdeführer am 30. Mai 2006 (Urk. 3/1) und am 19. Juni 2006 (Urk. 3/3) in Rechnung gestellten Kosten um diejenigen Kosten handelte, welche nach dem massgebenden deutschen Recht von Sozialversicherten geschuldet und gemäss Art. 22 Abs. 1 Bst. a der Verordnung Nr.

1408/71 von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen wären. Die Beschwerdegegnerin, an welche die Sache zurückzuweisen ist, wird diesbezüglich die erforderlichen Abklärungen zu treffen haben.

#### E. 4

4.1 Gemäss der neueren Rechtsprechung des EuGH soll Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 nicht die Erstattung der bei einer Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Kosten durch die Mitgliedstaaten zu den im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit geltenden Sätzen regeln, weshalb die Mitgliedsstaaten nicht an einer solchen Erstattung gehindert seien, wenn die Rechtsvorschriften des Versicherungsmitgliedstaats eine derartige Erstattung vorsehen und sich die nach diesen Rechtsvorschriften angewandten Sätze als günstiger erweisen als diejenigen, die in dem Mitgliedstaat praktiziert werden, in dem die Behandlung erfolgt ist (Urteil des EuGH vom 12. Juli 2001 in der Rechtssache C-368/98, Vanbraekel, Slg. 2001, S. I-05363). Des Gleichen stehen nach der Rechtsprechung des EuGH 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 einem Versicherten die bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat entstandenen Krankheitskosten in voller Höhe erstattet werden, unter der Bedingung, dass der Betrag, der dem Sozialversicherten erstattet wird, zumindest gleich hoch, wenn nicht höher ist als der, den er 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).

4.2 Obwohl es sich bei den erwähnten Urteilen des EuGH in Sachen Vanbraekel und Robert Bosch GmbH um nach dem Zeitpunkt der Unterzeichnung des FAZ vom 21. Juni 1999 ergangene Urteile handelt, dürften die erwähnten Urteile 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 Bst. a der Verordnung Nr. 1408/71 der Anwendung von schweizerischem Recht nicht entgegensteht, wenn dieses die Erstattung der dem Beschwerdeführer in Deutschland tatsächlich entstandenen Kosten mindestens in voller Höhe zulässt. Zu prüfen bleibt im Folgenden der Anspruch auf Kostenübernahme gemäss dem schweizerischen Recht.

4.3 Laut Art. 95a Abs. 1 lit. a KVG, in der ab 1. April 2006 gültigen Fassung, gelten für die in Artikel 2 der Verordnung Nr. 1408/71 bezeichneten Personen und in Bezug auf die in Artikel 4 dieser Verordnung vorgesehenen Leistungen, soweit sie im Anwendungsbereich dieses Gesetzes liegen, auch das FZA in der Fassung des Protokolls vom 26. Oktober 2004 über die Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens auf die neuen EG-Mitgliedstaaten, sein Anhang II und die Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/725 in ihrer angepassten Fassung. Laut Art. 36 Abs. 5 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) bleiben die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe vorbehalten.

4.4 Aus dem Wortlaut dieser Bestimmung, wonach auch das FZA auf die in Artikel 2 der Verordnung Nr. 1408/71 bezeichneten Personen anwendbar sei, lässt sich jedenfalls nicht auf eine ausschliessliche Geltung der Regelung des FZA und der Rechtsätze, auf die darin Bezug genommen wird, schliessen. Gemäss Art. 36 Abs. 5

KVV sollen die Bestimmungen der internationalen Leistungsaushilfe vorbehalten bleiben. Die Tragweite dieser Bestimmung ist in der Lehre umstritten (vgl. Silvia Bucher, a.a.O., S. 47 f.). Aus der Botschaft zur Genehmigung der sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG vom 23. Juni 1999 ist hingegen ersichtlich, dass der Bundesrat davon ausging, dass sich der Versicherungsschutz der Versicherten durch die Einführung der internationalen Leistungsaushilfe verbessern würde (BBl 1999 6154 und 6355). Dieser Wille des Verordnungsgebers 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 werde, als sich diese als das für den Versicherten günstigere Recht erweisen sollte.

5. Es ist im Folgenden somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme der Kosten des Rettungseinsatzes von 26. Mai 2006 in Deutschland ergänzend nach schweizerischem Recht zu prüfen.

5.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). 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 oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführt oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) sowie der Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

5.2 Voraussetzung für die Kostenübernahme sind neben dem Erfordernis der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 35 ff. KVG) unter anderem Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Art. 32 Abs. 1 KVG; vgl. BGE 125 V 95, 127 V 138). Diese Voraussetzungen gelten auch für im Ausland erbrachte Leistungen. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in der Schweiz von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen wird gesetzlich vermutet (vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 283 f. Erw. 3).

5.3 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25-31 übernehmen. Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 übernimmt, die aus medizinischen

Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

5.4 Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 KVV erlassen. Laut Abs. 2 dieser Bestimmung 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. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

5.5 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. Für Versicherte nach den Artikeln 4 und 5 richtet sich die Kostenübernahme nach den Tarifen und Preisen an ihrem letzten Wohnort in der Schweiz.

5.6 Gemäss Art. 33 lit. g KVV bezeichnet das Departement des Innern nach Anträgen der zuständigen Kommission den in Artikel 25 Absatz 2 lit. g KVG vorgesehenen Beitrag an die Transport- und Rettungskosten, wobei die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes Teil der stationären Behandlung darstellen. Das Departement des Innern hat von dieser Kompetenzdelegation mit Erlass von Art. 26 KLV (betreffend die Transportkosten) und Art. 27 KLV (betreffend die Rettungskosten) Gebrauch gemacht. Laut Art. 27 KLV übernimmt die Versicherung für Rettungen in der Schweiz 50 Prozent der Rettungskosten. Maximal wird pro Kalenderjahr ein Betrag von Fr. 5'000.-- übernommen. Rettung ist mehr als medizinischer Notfalltransport. Der Begriff der Rettungskosten beschränkt sich daher nicht auf die Kosten für Rettungstransporte, sondern umfasst vielmehr alle Massnahmen, die zur Rettung notwendig sind. Rettung im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG umfasst drei Tatbestände: die Befreiung aus einer Gesundheit und Leben bedrohenden Lage oder die notfallmässige Zuführung zur medizinischen Versorgung oder beides. Der Transport hat gemäss Art. 26 Abs. 2 KLV in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel zu erfolgen. Diese Bestimmung ist - zumindest analog - auch auf die Rettungskosten gemäss Art. 27 KLV anwendbar (Alfred Maurer, Transport- und Rettungskosten in der Krankenversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, in: Mélanges en l'honneur de Jean-Louis Duc, Lausanne 2001, Seite 182).

5.7 Gemäss dem schweizerischen Recht (Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV in Verbindung mit Art. 27 KLV) hätte der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Übernahme der tatsächlichen in Deutschland entstandenen Kosten bis höchstens zum Betrag von 100 %, der an seinem schweizerischen Wohnort für einen gleichartigen Rettungseinsatz von der Beschwerdegegnerin zu vergüten wäre.

6. Nach Gesagtem steht daher fest, dass der Beschwerdeführer gestützt auf Art. 22 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung Nr. 1408/71 Anspruch auf Übernahme der Kosten des Rettungseinsatzes in Deutschland vom 26. Mai 2006 nach dem für deutsche Sozialversicherte massgebenden deutschen Recht hat. Für den Anspruch gemäss Art. 22 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung Nr. 1408/71 übersteigenden Betrag hat der Beschwerdeführer gemäss dem schweizerischem Recht (Art. 36 Abs. 2 und 4 KVV in

Verbindung mit Art. 27 KLV) einen ergänzenden Anspruch auf Übernahme der in Deutschland entstandenen Kosten für Notfallrettung bis höchstens zum Betrag von 100 % der Kosten für eine vergleichbare Rettung an seinem schweizerischen Wohnort. In diesem Sinne ist die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. September 2006 (Urk. 2) erhobene Beschwerde daher gutzuheissen und die Sache zur Festlegung der Versicherungsleistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

Der Einzelrichter erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Krankenkasse Intras vom 29. September 2006 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer gemäss Art. 22 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung Nr. 1408/71 Anspruch auf Übernahme der Kosten des Rettungseinsatzes in Deutschland vom 26. Mai 2006 nach dem für Sozialversicherte geltenden deutschen Recht hat, und dass der Beschwerdeführer für den übersteigenden Betrag gemäss schweizerischem Recht einen Anspruch auf Übernahme der Kosten bis höchstens zum Betrag von 100 % der Kosten für eine vergleichbare Rettung am schweizerischen Wohnort des Beschwerdeführers hat. Zur Festlegung der Versicherungsleistungen wird die Sache an die Krankenkasse Intras zurückgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- H. \_\_\_\_\_

- Krankenkasse Intras

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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