KLEINERE WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE

Vergleich der Fahrkostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland und Frankreich

Von Constanze Abig, Jena

I. Einleitung

Auf den ersten Blick nehmen Fahrkosten, dies sind die für Krankentransporte und Rettungsfahrten anfallenden Kosten, in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Randposition ein. Leistungen zur Lebensrettung sind jedoch nicht nur von den Krankenkassen geschuldet, sie bilden auch einen wichtigen Bestandteil der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr und sind demzufolge in den Rettungsdienstgesetzen der Bundesländer als öffentliche Aufgabe definiert. In Frankreich eröffnet sich ein ähnliches Bild: als Teil der *„santé publique"* sind die Leistungen des Rettungswesens der öffentlichen Gesundheitsvorsorge zuzuordnen, die nach den Regelungen des *Code de la Sécurité Sociale* (CSS) ebenfalls durch die Krankenkassen zu gewähren ist.

Die Kosten für Krankentransporte und Rettungsfahrten belaufen sich jedes Jahr auf mehrere Milliarden Mark, was nicht zuletzt der zunehmenden Mobilität der Bevölkerung geschuldet ist, die immer häufiger auch weite Transporte erforderlich macht. Diese Fälle sind keineswegs auf das Gebiet eines Landes beschränkt. Da sämtliche Sozialversicherungssysteme auf dem Territorialprinzip basieren, Leistungen in der Regel also nur im Gebiet des jeweiligen Staates erbracht werden, bietet die Kostenübernahme für Transporte über die Ländergrenzen häufig Anlaß für Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten.

Die Einordnung der Fahrkosten in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung soll am Beispiel Deutschlands und Frankreichs diskutiert werden. Im Vergleich stehen sich somit ein auf dem Sachleistungsprinzip und ein auf dem Kostenerstattungsprinzip basierendes Krankenversicherungssystem gegenüber. Dies hat nicht nur eine unterschiedliche Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts zur Folge, sondern führt auch zu Konsequenzen im Hinblick auf das Europäische Sozialrecht.

II. Die Geltung von Sachleistungs- oder Kostenerstattungsprinzip

1. Die Rechtslage nach deutschem Krankenversicherungsrecht

Der leistungsrechtliche Charakter der Fahrkosten in der gesetzlichen Krankenversicherung ist unklar. In der Reichsversicherungsordnung fanden sich zunächst weder Regelungen zur Durchführung noch zur Abrechnung von Krankentransporten. Es entsprach jedoch der allgemeinen Ansicht, daß Fahrkosten den Kosten der ärztlichen oder Krankenhausbehandlung als unselbständige Nebenleistung zuzurechnen seien.

Mit dem Inkrafttreten des RehaAnglG am 7. August 1974 fand diese Auffassung Eingang in § 194 RVO. Dieser sah nunmehr ausdrücklich vor, daß die Krankenkassen die im Zusammenhang mit ihren Leistungen erforderlichen Reisekosten tragen. Im Rahmen der Neuregelung des Krankenversicherungsrechts durch das Gesundheitsreformgesetz wurde diese Regelung in § 60 SGB V übernommen. Danach sind die Fahrkosten von der gesetzlichen Krankenkasse zu übernehmen, die im Zusammenhang mit einer Hauptleistung notwendig werden. Der Versicherte hat grundsätzlich einen Eigenanteil in Höhe von 25,00 DM zu leisten, der im Falle einer unzumutbaren (finanziellen) Belastung entsprechend den Härtefallregelungen in §§ 61, 62 SGB V von der Kasse übernommen werden kann.

Ergänzt wird § 60 SGB V durch § 133 SGB V. Danach sollen die Krankenkassen mit geeigneten Einrichtungen und Unternehmen Verträge über die Vergütung von Leistungen der Rettungsdienste schließen, sofern diese Entgelte nicht durch landesrechtliche Bestimmungen festgelegt werden. Ist dies der Fall, sind die Krankenkassen unter den in § 133 II Nr. 1 – 3 SGB V statuierten Voraussetzungen berechtigt, ihre Leistungspflicht auf Festbeträge zu beschränken. Der landesrechtliche Vorbehalt wurde in das SGB V eingefügt, um die grundsätzliche Zuständigkeit der Bundesländer für das Rettungswesen als Aufgabe der Gesundheitsvorsorge und der Gefahrenabwehr zu verdeutlichen.

Ob Fahrkosten nach dem Sachleistungs- oder dem Kostenerstattungsprinzip zu gewähren sind, ist aufgrund der unklaren Gesetzeslage umstritten. Das Gesetz bietet gleichwohl einige Anhaltspunkte, die zur Klärung der leistungsrechtlichen Einordnung von Krankentransporten und Rettungsfahrten beitragen können.

In Rechtsprechung und Literatur ist die Auffassung verbreitet, für Krankentransportleistungen gelte das Kostenerstattungsprinzip. Zur Begründung wird vor allem auf den Wortlaut von § 60 I SGB V verwiesen, nach dem die erforderlichen Transportkosten von der Krankenkasse „übernommen" werden. Zudem sei bei einigen der in § 60 SGB V erwähnten Beförderungsarten, insbesondere bei der Benutzung des öffentlichen Nahverkehrs,

eines Taxis oder eines privaten PKW, ein Verfahren nach dem Sachleistungsprinzip ohnehin nicht praktikabel.

Das deutsche Krankenversicherungsrecht ist indes vom Sachleistungsgrundsatz geprägt, eine Verweisung des Versicherten auf Selbstbeschaffung von Diensten oder Sachen gegen nachträgliche Kostenerstattung ist gemäß §§ 2 II 1, 13 I SGB V nur in den gesetzlich ausdrücklich angeordneten Fällen zulässig. Grundsätzlich sind die Krankenkassen daher verpflichtet, dem Versicherten die geschuldeten Leistungen in der Weise zur Verfügung zu stellen, daß dieser weder der Kasse noch dem Leistungserbringer gegenüber zur Zahlung verpflichtet ist. Daß bei einigen Beförderungsarten der Abschluß von Versorgungsverträgen nicht möglich ist, kann in der Konsequenz daher nicht dazu führen, das Sachleistungsprinzip bei Fahrkosten generell nicht anzuwenden. Auch das Wortlautargument trägt zur Klärung der Rechtslage nicht bei – der Begriff „Übernahme" ist keineswegs ein terminus technicus, der klar auf das Kostenerstattungsprinzip hinweist.

Die nicht eindeutig auf eine Form der Leistungserbringung hinweisende Formulierung könnte vielmehr darauf schließen lassen, daß der Gesetzgeber von unterschiedlichen Modalitäten je nach der konkreten Ausgestaltung der in Rede stehenden Transportleistung ausgegangen ist: § 60 I SGB V ordnet die Übernahme der Kosten für Fahrten „einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V" an. Die in § 133 SGB V vorgenommene Differenzierung zwischen Vereinbarung oder einseitiger Festlegung der Benutzungsentgelte blieb in der Argumentation bislang im wesentlichen unbeachtet.

a) Vereinbarung der Beförderungsentgelte in Rahmenverträgen nach § 133 SGB V

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen grundsätzlich Vergütungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern abgeschlossen werden. Werden Transportleistungen auf der Grundlage eines solchen Vertragswerkes erbracht, bleibt kein Raum für ein Verfahren nach dem Kostenerstattungsprinzip: Die Leistung des Transportunternehmers erfolgt dann in Erfüllung des entsprechenden Vertrages. Im Gegenzug ist die Krankenkasse zur Leistung der Vergütung anstelle des Versicherten in Höhe der vereinbarten Tarife verpflichtet.

In der Literatur wird zwar die Auffassung vertreten, die Beschränkung des Vertragsgegenstandes in § 133 I SGB V auf die Regelung der Vergütung von Krankentransportleistungen spreche für das Kostenerstattungsprinzip: die Vorschriften über Verträge mit anderen Leistungserbringern sehen umfassende Vereinbarungen über Art und Weise der Leistungserbringung, das Abrechnungsverfahren und die Höhe der Vergütung vor. Die Eingrenzung

des Regelungsbereiches des § 133 SGB V auf die Transportentgelte wäre daher nur verständlich, wenn die Krankenkasse lediglich eine Geldleistung zu erbringen hätte. Dieser Schluß ist jedoch keineswegs zwingend: Nach Sinn und Zweck des § 133 SGB V kommt den Vereinbarungen nämlich insofern konstitutive Wirkung zu, als deren Abschluß Voraussetzung für einen Transport auf Rechnung der Krankenkasse ist. Der Abschluß eines eigenen Beförderungsvertrages durch den Versicherten erübrigt sich daher.

b) Einseitige Bestimmung der Beförderungsentgelte nach Landes- oder Kommunalrecht

Im Falle der einseitigen Festlegung der Beförderungsentgelte in einer landesrechtlichen Verordnung oder kommunalrechtlichen Satzung können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an den Versicherten beschränken.

Nimmt eine Krankenkasse diese Möglichkeit in Anspruch, trifft sie gegenüber dem Versicherten lediglich eine Zahlungspflicht in Höhe des vorgesehenen Festbetrages. Diesen Zahlungsanspruch kann der Versicherte naturgemäß nur im Rahmen eines Kostenerstattungsverfahrens geltend machen; er ist auf Selbstbeschaffung der Leistung verwiesen und geht mit Abschluß eines – dem Zivilrecht zuzuordnenden – Beförderungsvertrages eine eigene Verbindlichkeit gegenüber dem Transportunternehmer ein. Aus dem Versicherungsverhältnis gegenüber der Krankenkasse resultiert sein Anspruch auf Erstattung seiner Aufwendungen in Höhe des Festbetrags, die darüber hinausgehenden Kosten muß er selbst tragen. Zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer bestehen in diesem Falle keinerlei Rechtsbeziehungen.

c) Ergebnis

Die Einordnung von Krankentransporten in das System der Krankenkassenleistungen hängt daher im wesentlichen von der konkreten landesrechtlichen Ausgestaltung ab. Wegen der Grundentscheidung des Krankenversicherungsrechts für das Sachleistungsprinzip ist grundsätzlich nach diesem zu verfahren. Nur sofern den Kassen im landesrechtlich festgelegten Verfahren keine hinreichenden Mitwirkungsrechte eingeräumt wurden, ist unter den weiteren Voraussetzungen des § 133 II SGB V ein Verfahren nach dem Kostenerstattungsprinzip unter Zugrundelegung von Festbeträgen zulässig.

Eine Sonderstellung nehmen Fahrten mit dem eigenen PKW, mit Taxis oder dem öffentlichen Personennahverkehr ein. Aufgrund der regelmäßig

geringen Kosten sowie der Vielzahl potentieller Leistungsanbieter ist der Abschluß von Vergütungsverträgen i.S.v. § 133 SGB V unter sozialen wie praktischen Gesichtspunkten nicht möglich. Der Versicherte muß sich diese Leistungen daher selbst beschaffen; das Abrechnungsverfahren richtet sich nach dem Kostenerstattungsprinzip.

2. Die Rechtslage nach französischem Krankenversicherungsrecht

a) Überblick über die Grundprinzipien der Assurance Maladie

Die gesetzliche Krankenversicherung Frankreichs ist vom Versicherungsgrundsatz geprägt und knüpft, ähnlich dem deutschen System, an die Arbeitnehmereigenschaft des Versicherten an. Je nach Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe sind unterschiedliche Sondersysteme für den Versicherungsschutz zuständig. Die Finanzierung erfolgt über Beiträge der Versicherten und deren Arbeitgeber. Die dem Versicherten zustehenden Ansprüche gelten im Rahmen der Familienversicherung auch für die sogenannten ayants droit. Darunter werden alle Personen verstanden, die mit einem Versicherten zusammenleben, sofern sie keine Erwerbstätigkeit ausüben und tatsächlich vom Versicherten unterhalten werden, also Ehegatten, nichteheliche Lebenspartner, Kinder sowie unter bestimmten Voraussetzungen auch weitere Familienmitglieder.

Seit dem 01. 01. 2000 wird die berufsbezogene, gruppenspezifische Sicherung um einen universellen Krankenversicherungsschutz (Couverture Maladie Universelle, CMU) ergänzt, um allen Personen, die bislang in keines der hergebrachten Krankenversicherungssysteme einbezogen waren, umfassend gegen das Risiko von Erkrankungen abzusichern. Die CMU wird über streng einkommensabhängige Beiträge der Versicherten finanziert, sofern das Einkommen über einer bestimmten Grenze liegt.

Die französische Krankenversicherung gewährt dem Versicherten und den ayants droit Naturalleistungen (prestations en nature) zur Behandlung von Krankheiten, sowie bestimmte Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Daneben werden Geldleistungen (prestations en espéces) gewährt, die vor allem den aufgrund einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit entgangenen Lohn abdecken sollen. Die Naturalleistungen werden grundsätzlich nach dem Kostenerstattungsprinzip gewährt, d. h. der Versicherte rechnet die in Anspruch genommenen Leistungen direkt mit dem Leistungserbringer ab und läßt sich die Kosten gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises von der Krankenkasse erstatten. Dem Versicherten verbleibt grundsätzlich ein Selbstbehalt (ticket modérateur), dessen Höhe für jede Leistungsart im Gesetz festgelegt ist. Der Begriff der „Naturalleistungen" ist

insoweit aus deutscher Sicht mißverständlich; er dient jedoch lediglich der Abgrenzung von Sach- und Dienstleistungen zu den Einkommensersatzleistungen der Krankenversicherung.

b) Die Übernahme von Fahrkosten durch die Assurance Maladie

Gemäß Art. L 321-1 CSS werden Fahrkosten, die den Berechtigten anläßlich medizinischer Untersuchungen, der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen sowie im Rahmen von gesetzlich angeordneten Gesundheitskontrollen entstehen, von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Die Vereinbarkeit mit dem Gesundheitszustand des Transportierten vorausgesetzt, werden jedoch nur die Kosten erstattet, die gemessen an der Entfernung und der Art des Transportmittels am geringsten sind.

Der Versicherte, dem ein gesetzliches Recht auf freie Wahl unter den Transportunternehmen zusteht, schließt zunächst einen Beförderungsvertrag mit dem betreffenden Transportunternehmen ab und entrichtet an diesen vollständig die geschuldete Vergütung. Anschließend kann er unter Vorlage einer ärztlichen Anordnung und der Rechnung des Transporteurs die Erstattung der ihm entstandenen Fahrkosten von der Krankenkasse verlangen. Die Kosten werden grundsätzlich nicht voll erstattet, dem Versicherten verbleibt ein Selbstbehalt (ticket modérateur) in Höhe von 35%. Die weit überwiegende Zahl der Versicherten schließt aus diesem Grunde eine Zusatzkrankenversicherung bei einer Mutuelle (Versicherung auf Gegenseitigkeit) oder einer privaten Krankenversicherung ab, die den ticket modérateur je nach Umfang des vereinbarten Versicherungsschutzes teilweise oder vollständig übernimmt.

Im Code de la Sécurité Sociale sind einige Ausnahmen von der Zuzahlungspflicht des Versicherten vorgesehen. So kann die Selbstbeteiligung gemäß Art. L 322-3 CSS vermindert oder aufgehoben werden, wenn dies angesichts der Natur der gewährten Leistung oder der besonderen persönlichen Situation des Berechtigten angemessen erscheint. Ferner kann der tikket modérateur im Rahmen der action sociale als ergänzende Leistung (prestations supplementaires) von der Caisse d'Assurance de Maladie übernommen werden, wenn die finanziellen Mittel des Versicherten nicht ausreichen.

Neben dem Selbstbehalt des Versicherten stellt dessen Pflicht zur Vorleistung der Kosten für die in Anspruch genommene Behandlung eine erhebliche finanzielle Belastung dar, die durch die bloße Befreiung vom ticket modérateur in bestimmten Fällen nur unzureichend abgemildert werden kann. Um dem Abhilfe zu schaffen, sieht Art. L 322-5 CSS vor, daß die Kranken-

kassenverbände Verträge mit den privaten Transportunternehmen abschließen[1], in denen Regelungen dazu getroffen werden, unter welchen Voraussetzungen der Versicherte von der Pflicht zur Vorleistung der Kosten befreit wird. Die Befreiung von der Vorleistungspflicht ist wiederum von der finanziellen Situation des Versicherten in Relation zu den in der Convention vereinbarten Beförderungstarifen abhängig.

Ein Dispens ist jedenfalls nur im Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen möglich; ist der Versicherte also nicht von der Leistung des ticket modérateur befreit, hat er in dessen Höhe die Fahrkosten vorzuschießen. Beide Ausnahmeregelungen – sowohl betreffend die Befreiung vom Selbstbehalt als auch die Befreiung von der Vorleistungspflicht – ändern den Charakter der Leistungen nicht, die Transporte werden gleichwohl als prestations en nature angesehen, die der Kostenerstattung unterliegen.

3. Ergebnis

Obwohl die Ausgangspunkte des deutschen und des französischen Krankenversicherungsrechts divergieren, sind beide Systeme in ihrer tatsächlichen Ausgestaltung aneinander angenähert: Die Ausnahmeregelungen nach französischen Krankenversicherungsrecht zum ticket modérateur und zur Vorleistungspflicht führen in der Praxis dazu, daß die Leistungspflicht der Versicherten einen geringeren Umfang annimmt, als der gesetzliche Regelfall es vorsieht. Gleichwohl bleibt der überwiegende Teil der Versicherten an den Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Krankenversicherungsleistungen beteiligt. Dies gründet sich jedoch auf die grundsätzliche Ausrichtung der französischen Krankenversicherung auf das Kostenerstattungsprinzip: mit der Vorleistungs- und Zuzahlungspflicht sollen den Versicherten die Kosten verdeutlicht werden, die sie mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung verursachen und so zu mehr Kostenbewußtsein führen. Der Selbstbehalt soll sich überdies steuernd auf das „Konsumverhalten" auswirken und sicherstellen, daß nur notwendige Leistungen in Anspruch genommen werden. Die im Code de la Sécurité Sociale vorgesehenen Ausnahmeregelungen sollen demgegenüber verhindern, daß Versicherte von der Inanspruchnahme erforderlicher Behandlungsleistungen absehen, weil ihnen die entsprechenden finanziellen Mittel fehlen. Auf diese Weise ermöglicht das französische Krankenversicherungsrecht ähnlich den Härtefallregelungen in §§ 61, 62 SGB V (vollständige oder teilweise Befreiung von der Zuzahlung) eine finanzielle Entlastung einkommensschwacher Versicherter.

1 Convention nationale destiné à organiser les rapports entre les Transporteurs Sanitaires Privés et les Caisses d'Assurance Maladie.

Die Divergenz zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip bleibt in diesen Fällen daher weitgehend „unsichtbar".

III. Die Kosten für Transporte aus dem Ausland

Im weiteren sei auf die unterschiedliche Handhabung von Transportkosten eingegangen, die infolge einer Erkrankung des Versicherten im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes entstehen. Probleme ergeben sich vor allem aus der Geltung des Territorialprinzips in der Sozialversicherung.

1. Die Kosten für Auslandstransporte nach deutschem Recht

Im SGB V ergibt sich das Territorialprinzip aus den §§ 16 ff. SGB V. Danach ruht der Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung grundsätzlich so lange, wie sich der Versicherte im Ausland befindet. Dies ist eine Folge des Sachleistungsprinzips: die Zuständigkeit des deutschen Krankenversicherungsträgers besteht naturgemäß nur innerhalb des Geltungsbereichs des SGB V, ist also an den Aufenthalt des Versicherten im Inland gebunden.

Für Krankentransporte und Rettungsfahrten ist in § 60 IV SGB V vorgesehen, daß die Kosten für Rücktransporte in das Inland, i.e. aus dem Ausland in den Geltungsbereich des SGB V, nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Die Versicherten sind daher auf den Abschluß einer privaten Auslandskrankenversicherung angewiesen, um die Kosten für Rettungsfahrten abzusichern.

In Rechtsprechung und Literatur wurde die geltende Gesetzeslage bislang mit der Erwägung verteidigt, die Ursache für den Rücktransport sei nicht durch die Erkrankung im Ausland bedingt, sondern durch die freiwillige Entfernung des Versicherten aus dem Zuständigkeitsbezirk seiner Krankenkasse. Daher sei es gerechtfertigt, dem Versicherten die Kosten des Rücktransports aufzuerlegen.

2. Die Übernahme der Kosten für Auslandstransporte nach französischem Recht

Auch dem französischen Krankenversicherungsrecht ist das Territorialprinzip immanent, so daß die Leistungen der Assurance Maladie grundsätzlich nicht exportiert werden.

Die Kosten für Transporte aus dem Ausland können nach Art. L 332-3 CSS gleichwohl erstattet, wenn deren Notwendigkeit durch eine ärztliche Verordnung nachgewiesen werden kann.

Erkrankt ein Versicherter während eines Urlaubs oder einer sonstigen Reise, werden jedoch nur die Kosten übernommen, die notwendig sind, um sich zur Behandlung in das nächste Krankenhaus zu begeben. Die Rückführungskosten werden daher unter Abzug der Kosten erstattet, die vom Versicherten ursprünglich für die Rückreise vorgesehen waren. Kann der Patient an Ort und Stelle behandelt werden, werden die Kosten für die Rückfahrt nicht übernommen, wenn die Fahrt allein durch Gründe in der Person des Versicherten motiviert ist. Ihren Grund hat die relativ unkomplizierte Regelung darin, daß den Versicherten ein umfassendes Wahlrecht bezüglich der Leistungserbringer zusteht und die Leistungspflicht der Krankenkasse auf dem Kostenerstattungsprinzip beruht.

Den Versicherten der Assurance Maladie stehen im Bereich der Krankentransporte und Rettungsfahrten mithin weiterreichende Ansprüche zu als den Versicherten in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Europarechtliche Vorgaben

Ob die deutsche Regelung zum Ausschluß der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Transporten aus dem Ausland rechtmäßig ist, scheint zumindest bei Transporten aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) im Hinblick auf die Vorgaben des Europarechts zweifelhaft. Zwar steht den Mitgliedstaaten der EU die alleinige Kompetenz zur Ausgestaltung ihrer nationalen (Sozial)rechte zu, sie können insbesondere die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in ihrem System sozialer Sicherung sowie für die Leistungsansprüche bestimmen. Bei der Ausübung ihrer Kompetenz müssen sie jedoch die höherrangigen Prinzipien des Europarechts, insbesondere die Grundfreiheiten des EGV, beachten.

a) Die Einordnung von Krankentransportleistungen als „Leistungen bei Krankheit" nach Art. 22 ff. VO (EWG) 1408/71

Die Erbringung von Leistungen der Krankenversicherung auf dem Gebiet der Europäischen Union richtet sich nach den Regelungen der VO (EWG) 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Wanderarbeitnehmer. Gemäß Art. 22 I a VO (EWG) 1408/71 haben Arbeitnehmer oder Selbständige, deren Zustand während des Aufenthaltes auf dem Gebiet eines EU-Mitgliedstaates unverzügliche Leistungen erfordert, Anspruch auf diese (Sach)leistungen vom Träger des Aufenthaltsortes nach

den für diesen geltenden Vorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers. Eine Inanspruchnahme des ausländischen Versicherungsträgers ist jedoch dann nicht mehr vom Zweck der Verordnung gedeckt, wenn der Versicherte in sein Heimatland zurückkehrt. Mit dem Beginn der Verlegung eines verunglückten Versicherten nach Deutschland ist vielmehr wiederum der deutsche Versicherungsträger zuständig, der wegen § 60 IV SGB V jedoch nicht leistungspflichtig ist. Liegt der nächst erreichbare Behandlungsort diesseits der Grenze wäre es indes unverständlich, warum die gesetzliche Krankenkasse die weitere und daher auch regelmäßig teurere Fahrt in ein Krankenhaus des Aufenthaltsortes finanzieren müßte, nicht hingegen den preisgünstigeren Transport über die Landesgrenze. Die gemeinschaftsrechtlichen Normen, insbesondere die VO (EWG) 1408/71 sollen den Versicherten die Ausübung ihrer Freizügigkeit in der Europäischen Union ermöglichen, ohne daß dies mit Rechtsverlusten auf dem Gebiet der sozialen Sicherung einhergeht.

Die Vereinbarkeit des § 60 IV SGB V ist daher an höherrangigem EU-Recht, insbesondere am Grundsatz der Freizügigkeit der Versicherten aus Art. 39 EGV und der Dienstleistungsfreiheit nach Art. 42 EGV, zu überprüfen.

b) Vereinbarkeit mit den Grundfreiheiten des EG-Vertrages

Die Freizügigkeit nach Art. 39 EGV umfaßt das Recht der EU-Bürger, sich jederzeit in das Hoheitsgebiet anderer Mitgliedstaaten begeben zu können, dort seinen Aufenthalt zu nehmen und gegebenenfalls auch dort zu verbleiben. Indem § 60 IV SGB V jedwede Ansprüche für Krankentransporte aus dem Ausland ausschließt, könnten sich Versicherte an der Ausübung dieser Grundfreiheit gehindert sehen, da auf diese Weise das Risiko zu verunglükken und sämtliche mit der Repatriierung verbundenen Kosten selbst tragen zu müssen, unter Umständen zu finanziellen Härtesituationen führen kann, die sich in erster Linie nur dadurch vermeiden ließen, daß sich der Versicherte nicht ins Ausland begibt.

Die Regelung könnte ferner dem Recht auf Dienstleistungsfreiheit aus Art. 49 EGV zuwiderlaufen. Diese Grundfreiheit beinhaltet nicht nur das Recht des Unternehmers, seine Leistungen im gesamten Gebiet der EU anbieten zu können, sondern auch das Recht des einzelnen – hier des Versicherten, diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, sogenannte „negative/passive Dienstleistungsfreiheit". Mit dem Leistungsausschluß des § 60 IV SGB V wird ausländischen Transportunternehmern die Erbringung ihrer Leistungen nach Deutschland erschwert, ebenso werden die Versicher-

ten daran gehindert, die entsprechenden Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

In seinen Urteilen in den Rechtssachen Kohll und Decker hatte der Europäische Gerichtshof (EuGH) zwar betont, daß das Gemeinschaftsrecht zwar die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherung unberührt lasse. In Ausübung ihrer Kompetenzen seien die Mitgliedstaaten jedoch an die Vorgaben des Europarechts gebunden. Regelungen des nationalen Sozialrechts, durch welche die Versicherten eines Mitgliedstaates gehalten sind, medizinische Dienst- und Sachleistungen nur auf dem Territorium ihres Staates in Anspruch zu nehmen, verstoßen gegen die Dienstleistungsfreiheit aus Art. 49 EGV, da sie geeignet seien, die Einfuhr dieser Leistungen aus den anderen Mitgliedstaaten zu hemmen. Der Anwendungsbereich der Grundfreiheiten könne durch nationale Regelungen zwar eingeschränkt werden. Dies muß jedoch objektiv durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein. Insbesondere bildet das Bedürfnis der Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts eines sozialen Sicherungssystems oder die Aufrechterhaltung der allgemein zugänglichen Versorgung einen anerkannten Rechtfertigungsgrund.

Zur Verteidigung des Leistungsausschlusses für Rücktransporte hat das Bundessozialgericht in diesem Zusammenhang geltend gemacht, der finanzielle Aufwand für Transporte aus dem Ausland sei so hoch, daß in Relation zu den Kosten der sich anschließenden Behandlung nicht mehr von einer „Nebenleistung" zu dieser gesprochen werden könne. Ferner müßten ohne den Leistungsausschluß des § 60 IV SGB V auch die Versicherten, die aus finanziellen Gründen keine Urlaubsreisen unternehmen könnten, mit ihrer Beitragszahlung die Kosten solcher Transporte finanzieren. Dies stelle eine ungerechtfertigte Mehrbelastung der Solidargemeinschaft der Versicherten dar. Demgegenüber sei es den finanziell besser gestellten Versicherten, die sich weite Urlaubsreisen leisten könnten, durchaus zumutbar, sich durch den Abschluß einer privaten Auslandskrankenversicherung zu schützen.

Ob letztere Argumentation heute noch aufrecht erhalten werden kann – die zitierte Entscheidung stammt aus dem Jahre 1978 – läßt sich zumindest bezweifeln. Auslandsreisen sind angesichts der Preisentwicklung in den letzten Jahren keineswegs ein Privileg besser verdienender Kreise. Zudem würden auch ohne die Regelung des § 60 IV SGB V keine übermäßig hohen, unplanbaren Kosten auf das deutsche Krankenversicherungssystem zurückfallen: Gemäß § 60 I SGB V übernimmt die Krankenkasse ohnehin nur die notwendigen Transportkosten zum nächst erreichbaren Behandlungsort. Findet ein Ortswechsel des Versicherten ohne Notfall statt oder beruht ein Transport ausschließlich auf eigenen Interessen des Versicherten (z. B. dem Wunsch nach örtlicher Nähe zur Familie), ohne medizinisch indiziert zu

sein, muß die Krankenkasse die Fahrkosten nicht tragen, damit nach der hier vertretenen Ansicht keine Mehrkosten auf die Solidargemeinschaft zukommen. Würde man § 60 IV SGB V in seiner generellen Formulierung abmildern und zumindest in Notfällen grenzüberschreitende Transporte zulassen, könnten durch geringere Entfernungen sogar Kosten eingespart werden.

Gleichzeitig ließen sich Verständigungsprobleme bei der Behandlung im Ausland vermeiden, was gerade auf dem Gebiet lebensrettender Maßnahmen von überragender Bedeutung ist.

Bedingt durch die EG-Verträge wollte die Bundesrepublik Deutschland auch ihren Staatsangehörigen unbeschränkte Freizügigkeit im Gebiet der Europäischen Union (EU) garantieren. Daher scheint es verfehlt, den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungsansprüche deshalb absprechen zu wollen, weil sie sich freiwillig aus dem Zuständigkeitsbereich ihrer Kasse entfernten.

Im Ergebnis läßt sich die Beschränkung der Leistungspflicht der deutschen Krankenversicherung auf Inlandstransporte vor dem Hintergrund der Grundfreiheiten nicht rechtfertigen, so daß § 60 IV SGB V als europarechtswidrig zu qualifizieren ist.

IV. Schlußfolgerungen

Im Hinblick auf die Freizügigkeit der Versicherten und die Dienstleistungsfreiheit ausländischer Leistungserbringer wäre in bezug auf Krankenversicherungsleistungen ein Verfahren nach dem Kostenerstattungsprinzip sicherlich wünschenswert. Jedoch bietet bereits die europarechtskonforme Anwendung der bestehenden Regelungen eine interessengerechte Lösung: Angesichts des zunehmenden Zusammenwachsens Europas ist die strenge Handhabung der aus dem Territorialitätsprinzip resultierenden Leistungsbeschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung überholt. Die Krankenkassen sollten also auch Kosten für Krankentransporte aus dem Ausland übernehmen, wenn die nächst gelegene Behandlungsmöglichkeit diesseits der Grenze liegt. Dabei liegt es in der Natur der Sache, daß die Krankenkasse nur für den Betrag aufzukommen hat, der zusätzlich zu den ohnehin anfallenden Rückreisekosten aus dem Urlaub entsteht. Vereinfacht würde das Verfahren, wenn im SGB V die Möglichkeit geschaffen würde, auch mit ausländischen Leistungserbringern Verträge abzuschließen. In Frankreich ist dies bereits per Gesetz vorgesehen.

Mit seinen Entscheidungen in den Rechtssachen Kohll und Decker hat der EuGH die Grundrichtung vorgegeben: auch die Leistungen der sozialen Sicherung sind Bestandteil des Europäischen Wirtschaftslebens und sind

angesichts der Grundfreiheiten den Versicherten der Mitgliedstaaten auf dem gesamten Gebiet der europäischen Union zu gewähren. Das Recht der sozialen Sicherung kann sich dem Europäisierungstrend nicht entziehen und ist vielmehr gehalten, sich für Veränderungen zu öffnen, um den Unionsbürgern die Ausübung ihrer Grundfreiheiten ohne den Verlust sozialer Rechte zu ermöglichen. Gerade auf dem Gebiet der Rettungsfahrten und Krankentransporte sind unbürokatische, überschaubare und unkomplizierte Regelungen unumgänglich, da diese nicht lediglich einen Zweig der Krankenversicherung, sondern ein Teil der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr repräsentieren.

Zusammenfassung

Das Verfahren bei der Übernahme von Fahrkosten nach deutschem Recht gemäß § 60 SGB V richtet sich nach der landesrechtlichen Ausgestaltung der Rettungsdienste: Werden die Entgelte für die Nutzung des Rettungsdienstes gemäß § 133 I SGB V zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart, sind die Transportleistungen als Sachleistungen zu erbringen. Werden die Entgelte hingegen einseitig durch kommunale Satzung bestimmt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht nach § 133 II SGB V auf Festbeträge beschränken, so daß nur eine Kostenerstattung in Betracht kommt.

Das französische Krankenversicherungsrecht beruht auf dem Kostenerstattungsprinzip, dieses gilt auch für Krankentransporte und Rettungsfahrten. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Versicherten jedoch sowohl von der Vorleistungspflicht als auch von der Pflicht zur Leistung des Selbstbehaltes befreit werden. Der Unterschied zum Sachleistungsprinzip wird dadurch weitgehend „unsichtbar".

Gemäß § 60 IV SGB V kommt die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht für die Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland auf. Die Versicherten in der Assurance Maladie haben dagegen gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für Rücktransporte unter Abzug der ohnehin eingeplanten Reisekosten, wenn der Transport über die Landesgrenze medizinisch indiziert war und nicht allein auf persönlichen Motiven des Versicherten beruht.

Gemessen an den vom EuGH in den Rechtssachen Kohll und Decker aufgestellten Maßstäben ist die Regelung des § 60 IV SGB V in ihrer Ausschließlichkeit weder mit dem Recht der Versicherten auf Freizügigkeit aus Art. 39 EGV noch mit der Dienstleistungsfreiheit der Transportunternehmer aus Art. 49 EGV vereinbar. Eine europarechtskonforme Interpretation des nationalen Rechts gebietet die Übernahme der Kosten für Rücktrans-

porte in Notfällen, wenn die nächst gelegene Behandlungsmöglichkeit diesseits der Grenze liegt.

Abstract

The payment of transportation costs according to German health insurance law in § 60 IV SGB V depends on the legal provisions concerning rescue services in the Bundesländer: Transportation has to be awarded in kind if the prices are agreed upon in a contract between the health insurers and the transportation enterprises. On the other hand, if these prices are fixed in a municipal or Länder statute, the health insurers are entitled to limit their payment obligations up to a fixed amount („Festbetrag"). In this case, the reimbursement of the accrued transportation costs is the only feasible method.

The French health insurance is based upon the principle of reimbursement which is valid for transportation costs as well. Under certain conditions the insured persons can be exempted from their personal contribution as well as the advance payment. The difference to the principle of benefits in kind becomes thus „invisible".

According to § 60 IV SGB V, the statutory German health insurance does not bear the costs for transports from abroad. People who are insured in the French Assurance Maladie, however, are entitled to reimbursement of these costs if the transport was medically indicated. The reimbursable amount is reduced by the costs that would have to be paid for the return journey had the accident or illness not occurred.

According to the standard that has been set up by the ECJ in their rulings in Kohll and Decker, the German provision in § 60 IV SGB V is contrary to both the freedom of movement within the EU of the insured persons, art. 39 EC, and the freedom of services of the transportation enterprises, art. 49 EC. National law has to be interpreted in conformity with the EC-law provisions, therefore transportation costs have to be borne if the next possible treatment is available only after crossing the border to Germany.