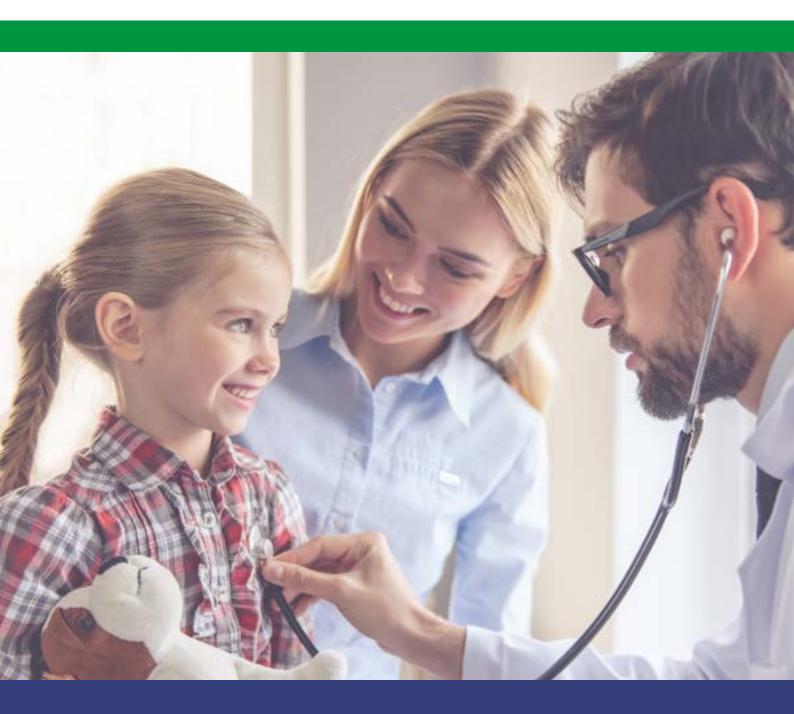
# Arztbesuch und Krankenhausaufenthalt im Ausland

Was übernimmt die Sozialversicherung?

Komplett überarbeitete Ausgabe 2019







## Der Autor: Patrick Goergen

Maître en droit (1994), DESS Contentieux communautaire (2000)

Avocat à la Cour, Rechtsanwaltschaft Luxemburg (1995-2014)

**Gründer und Direktor von Cross Borders,** einem Wirtschaftsberatungsunternehmen in Luxemburg (seit 2014) (www.crossborders.lu)

## Direktor von Meopin, Start-up Unternehmen für die Entwicklung einer digitalen Plattform im Gesundheitssektor (seit 2016) (www.meopin.com).

Meopin bietet Patienten die Suche, weltweit und in mehreren Sprachen auf einer Webseite und Apps, nach geeigneten Medizinern und Gesundheitsberuflern (Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, Pflegekräfte, Hebammen, Psychologen, Therapeuten, Coaches) sowie Krankenhäusern, Altersheimen, Pflegediensten, sowie Verkäufern von Medikamenten, paramedizinischen Produkten und medizinischen Apparaten.

Ausserdem bietet Meopin Beratung und Hilfestellung beim Beantragen der Vorabgenehmigung der CNS bei Arzttermin oder Krankenhausaufenthalt im Ausland, beim Überprüfen von Arzthonoraren, Krankenhausrechnungen und CNS-Abrechnungen, beim Einreichen eines Antrags auf Kostenerstattung bei der CNS, beim Widerspruch gegen CNS-Entscheidungen sowie eine technische Begleitung beim Prozess vor den Sozialversicherungsgerichten in Luxemburg.

2019 wurde von Meopin ausserdem die Patientenuniversität im Rahmen der Gesundheitsbildung für jedermann ins Leben gerufen.



Portrait by Vincent Flamion

# Arztbesuch und Krankenhausaufenthalt im Ausland

Was übernimmt die Sozialversicherung?









### Chambre des salariés

18, rue Auguste Lumière L-1950 Luxembourg Tel.: 27494-1 E-mail: csl@csl.lu www.csl.lu



#### Union Luxembourgeoise des Consommateurs Nouvelle asbl

55, rue des Bruyères L-1274 Howald Telefon 49 60 22 - 1 Telefax 49 49 57 E-mail: info@ulc.lu www.ulc.lu



**Nora Back** Präsidentin der CSL



**Nico Hoffmann** Präsident der ULC

## Vorwort

Der Luxemburger Verbraucherverband und die Arbeitnehmerkammer haben beschlossen, ihre Veröffentlichung über die Rechte ihrer Mitglieder und luxemburgischer Staatsangehöriger im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung neu aufzulegen.

Die freie Arztwahl durch den Versicherten sowie die Kostenübernahme der medizinischen Dienstleistungen stellen zwei Hauptpfeiler des Gesundheitswesens in Luxemburg dar.

Die nationalen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches wurden in den letzten 20 Jahren des Öfteren vom Europäischen Gerichtshof zugunsten des Versicherten ausgelegt, um ihm zu ermöglichen, auf medizinische Dienstleistungen im europäischen Ausland zurückzugreifen.

Auch wenn die inhaltliche Gestaltung der Sozialversicherungsgesetzgebung weiterhin Bestandteil nationaler Entscheidungsgewalt ist, müssen die Mitgliedstaaten dennoch den Geltungs- und Anwendungsvorrang der europäischen Gesetzesbestimmungen respektieren.

Diese Veröffentlichung, die auch auf der gültigen europäischen Rechtsprechung gründet, soll dem Versicherten ermöglichen, Antworten auf viele Fragen zu erhalten, wie beispielsweise:

- Wann muss der Versicherte eine Genehmigung bei seiner zuständigen Krankenkasse einholen, bevor er sich im Ausland behandeln lässt?
- Welcher Versicherungsträger übernimmt die Behandlungskosten zu welchen Bedingungen oder Tarifen?
- Über welche Einspruchsmöglichkeiten und Rechtsmittel verfügt der Versicherte, wenn ihm eine Genehmigung oder Kostenübernahme versagt wird?

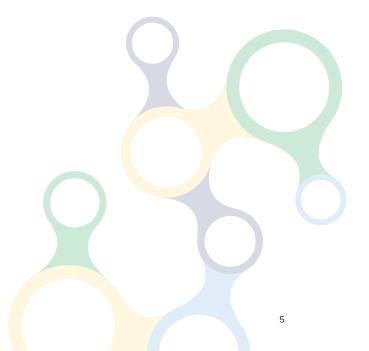
Dem Versicherten sei allerdings geraten, sich in jedem Fall im Vorfeld bei seinem Versicherungsträger über die Vorgehens- und Verfahrensweise zu informieren.

# Inhaltsverzeichnis

1. Im Voraus geplante Versorgung         8           1.1. Für eine ambulante Versorgung         8           (a) Grundsatz: Eis ist keine vorherige Genehmigung erforderlich         8           (b) Ausnahme: Eine notwendige Genehmigung für bestimmte Versorgungsarten         9           1.1.2. Für die stationäre Krankenhausversorgung         9           (c) Gründe, warme eine Vorsabgenehmigung der CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig ist. 10         (b) Antarg zur Kostenübernahme           (d) Drücknehdung der CNS.         17           (e) Reaktion im Falle einer Ablehnung         19           1.2.1. Versorgung, die keiner Vorsabgenehmigung bedarf.         29           (a) Binreichung des Erstattungsantrags.         29           (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungsantrags.         29           (c) Ditseren Versorgung, für welche eine Vorsabgenehmigung erforderlich ist.         29           (a) System "Verordnung 883/2004"         30           (b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS"         32           (c) Art der übernommenen Kosten         33           (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme         34           2. Dringende Versorgung         36           2.1. Luropäische Krankenversicherungskarte         37           2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte         37	Einführung	7
1.1.1 Für eine ambulante Versorgung  (a) Grundsatz: Es ist keine vorherige Genehmigung erforderlich  (b) Ausnahme: Eine notwendige Genehmigung für bestimmte Versorgungsarten  1.1.2 Für die stationäre Krankenhausversorgung  (a) Gründe, warum eine Vorabgenehmigung der CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig ist  (b) Antrag zur Kostenübernahme  (c) Prüfung des Antrags  (d) Entscheidung der CNS  (d) Entscheidung des Bratatungsantrags  (d) Entscheidung des Bratatungsantrags  (e) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes  (g) G) Ersterbeng gür weiche einer Worabgenehmigung erforderlich ist  (a) Erversorgung, die keiner Vorabgenehmigung erforderlich ist  (a) System "Verordnung 883/2004"  (b) System "Kichtlinie - Art. 20 CSS"  (c) Art der übernommenen Kosten  (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme  2. Dringende Versorgung  2. Dringende Versorgung  2. Dringende Versorgung  2. Dringende Versorgung  3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests  3. 3. 1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten  3. 3. 1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten  3. 3. 1.2. Medikamentenausgabe  4. 2. 1.2. Worteile der Europäischen Krankenversicherungskarte  4. 2. 1.2. Worteile der Buropäischen Krankenversicherung 4  4. 2. Klage vor den Sozialversicherungsperichten  4. 2. 1.1. Westellung her Werwaltungsrat der CNS  4. 2.2. Ralegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten  3. 3. 1.4. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten  3. 3. 1.4. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten  3. 3. 1.4. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten  3. 3. 1.4. Kassation vor dem Kassationsgerichten  4. 2. Klage vor den Sozialversicherung  4. 2. Klage vor	1. Im Voraus geplante Versorgung	8
(a) Grundsatz: Es ist keine vorherige Genehmigung efrorderlich (b) Ausnahme: Eine notwendige Genehmigung für bestimmte Versorgungsarten  9. 1.1.2. Für die stationäre Krankenhausversorgung (a) Gründe, warum eine Vorabgenehmigung der CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig ist. 10 (b) Antrag zur Kostenübernahme (c) Prüfung des Antrags (d) Entscheidung der CNS (d) Entscheidung der CNS (e) Reaktion im Falle einer Ablehnung 1.2. Rückerstattung 1.2. Rückerstattung 1.2. Rückerstattung 1.2. Leversorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf (a) Eintreichung des Erstattungsantrags 1.2. Versorgung, dir die Berechnung des Erstattungsastzes 1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist (a) System "Verordnung 883/2004* (b) System "Kinchlinie - Art. 20 CSS* (c) Art der übernommenen Kosten (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme 33 (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme 34 2. Dringende Versorgung 2. Europäische Krankenversicherungskarte 37 2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 3. 1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 3. 1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 39 3. 3. 1. Arzneimittel 39 3. 1. 1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 30 3. 1. 1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 41. Einspruch beim Bürgerbeauftragten 42. Klage von den Sozialversicherungsgerichten 43. 4. 2. Klage von den Sozialversicherungsgerichten 44. 1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten 45 (b) Bedingungen (c) Verteil 4. 2. 2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung 45 (d) Verhandlung 47 (e) Urteil 49 4. 2. 3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 49 4. 2. 4. Klage von dem Kassationsgericht 49 40 Aufenhalt in einer Tagesklinik 40 41. Werense Genehmigung nicht erforderlich 49 41. Weranschaulichungen: 45 45. Kleulunganhande des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 515	1.1. Genehmigung	8
(b) Ausnahme: Eine notwendige Genehmigung für bestimmte Versorgungsarten 1.1.2. Für die stationäre Krankenhausversorgung 1.2. Auf die stationäre Krankenhausversorgung er CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig ist	1.1.1. Für eine ambulante Versorgung	8
1.1.2 Für die stationäre Krankenhausversorgung  (a) Gründe, warum eine Vorabgenehmigung der CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig ist. 10  (b) Antrag zur Kortenübernahme  (c) Prüfung des Antrags  (d) Entscheidung der CNS  (e) Reaktion im Falle einer Ablehnung  1.2. Rückerstattung  2.9  1.2. Rückerstattung  1.2. 1.2.1. Versorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf  (a) Einreichung des Bristattungsantrags  (b) Regeln für die Berechnung des Bristattungssatzes  2.9  1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist  2.9  (a) System, Verordnung 8a3/2004*  (b) System, Richtlinie – Art. 20 CSS*  (c) Art der übernommenen Kosten  (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme  2. Dringende Versorgung  2. Dringende Versorgung  2. Dringende Versorgung  3. Lusuppäische Krankenversicherungskarte  3. 2. Lücvopäische Krankenversicherungskarte  3. 2. Rückerstattung  3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests  3. Arzneimittel  3. 3. Arzneimittel  3. 3. A. Arzneimittel  3. 3. A. Arzneimittel und Labortests  4. Lie Schwerde beim Bürgerbeauftragten  4. 2. Rückerstattung  4. Lie Beschwerde beim Bürgerbeauftragten  4. 2. Rickersterbanhme  4. 3. 2. Rückersterbanhme  4. 4. Lie Sinspruch beim Verwaltungsrat der CNS  4. 2. Rickerscherungsgerichten  4. 2. Rickerscherung Schreicht der Sozialversicherung  4. 2. Lie Binspruch beim Verwaltungsrat der CNS  4. 2. Rickers Alze beim Schiedsgericht der Sozialversicherung  4. 2. Rickers Alze beim Schiedsgericht der Sozialversicherung  4. 2. Rickers Alze beim Schiedsgericht der Sozialversicherung  4. 2. Rickerschanling  4. 3. Analysen und Labortests  4. Rickerschanling  4. 4. 2. Rickerschanling  4. 4. 2. Ricke		
(a) Gründe, warum eine Vorabgenehmigung der CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig ist . 10 (b) Antrag zur Kostenübernahme (c) Prüfung des Antrags	(b) Ausnahme: Eine notwendige Genehmigung für bestimmte Versorgungsarten	9
(b) Antrag zur Kostenübernahme (c) Prüfung des Antrags (d) Entscheidung der CNS (e) Reaktion im Falle einer Ablehnung 1.2. Rückerstattung 2.2. Rückerstattung 2.3. 1.2.1. Versorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf (a) Einreichung des Erstattungsantrags (a) Einreichung des Erstattungsantrags (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungsastzes 2.9. (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungsastzes 2.9. (a) System "Verordnung 883/2004" (b) System "Verordnung 883/20044" (c) System "Richtlinie - Art. 20 CSS" (c) Art der übernommenen Kosten (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme 3.0. (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme 3.0. Erungsäsche Krankenversicherungskarte 2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 3.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte 3.2. Rückerstattung 3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests 3. 3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 3. 3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 3. 3.1.3. Kostenübernahme 4. 3. Analysen und Labortests 4. 1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten 4. 2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten 4. 4. 1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS 4. 2. 2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung 4. 3. 4. 2. 2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung 4. 4. 2. 3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 4. 4. 2. 3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 4. 4. 2. 4. Kassation vor dem Kassationsgericht 4. Veranschaulichungen: 4. 1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 4. 2. 4. Veranschaulitungsna in terforderlich 4. 3. 4. 4. 2. Ksellungnahme des mediziinsischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 5. 4. 4. 4. 4. 4. Ksellungnahme des mediziinsischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 5. 4. 4. 4. 5. Ellungnahme des mediziinsischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 5. 4. 5. Ellungnahme des mediziinsischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlun	1.1.2. Für die stationäre Krankenhausversorgung	10
(c) Prüfung des Antrags (d) Entscheidung der CNS (e) Reaktion im Falle einer Ablehnung 1.2. Rückerstattung 2.2. Rückerstattung 1.2. Rückerstattung 2.3. (a) Einreichung des Erstattungsantrags 2.4. (a) Einreichung des Erstattungsantrags 2.5. (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes 2.6. (a) Einreichung des Erstattungsantrags 2.7. (a) Einreichung des Erstattungsantrags 2.8. (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes 2.9. (a) System "Verordnung 883/2004". 3.0. (b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS* 3.2. (c) Art der übernommenen Kosten 3.3. (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme 3.4. Drüngende Versorgung 3.5. Drüngende Versorgung 3.6. L. Europäische Krankenversicherungskarte 3.7. 2.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 3.7. 2.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 3.7. 2.2. Rückerstattung 3.8. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests 3.1. Arzneimittel 3.9. 3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 3.1.1. Medikamentenausgabe 3.1.1. Medikamentenausgabe 3.1.1. Medikamentenausgabe 3.1.2. Keldikamentenausgabe 3.1.3. Kostenübernahme 4.0. Albre Rechte 4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten 4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten 4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS 4.2.1. Einspruch beim Werwaltungsrat der CNS 4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung 4.5. (a) Prist (b) Bedingungen (c) Vertretung (d) Verhandlung (d) Verhandlung (e) Urteil	(a) Gründe, warum eine Vorabgenehmigung der CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig is	t10
(d) Entscheidung der CNS       17         (e) Reaktion im Falle einer Ablehnung       19         1.2.1. Versorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf       29         (a) Einreichung des Erstattungsantrags       29         (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes       29         (c) Negeln für die Berechnung des Erstattungssatzes       29         1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist       29         (a) System, Verordnung 883/2004**       30         (b) System, Richtlinie - Art. 20 CSS**       32         (c) Art der übernommenen Kosten       33         (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2. 1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1. 1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1. 2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2. 2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3. 1. 3. 1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3. 1. 2. Medikamentenausgabe       40         3. 2. Analysen und Labortests       41         4. 1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4	(b) Antrag zur Kostenübernahme	11
(e) Reaktion im Falle einer Ablehnung       19         1.2. Rückerstattung       29         (a) Einreichung des Erstattungsantrags       29         (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes       29         (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungsastzes       29         1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist       29         (a) System, Verordnung 883/2004"       30         (b) System, Richtlünie - Art. 20 CSS"       32         (c) Art der übernommenen Kosten       33         (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2. Dringende Versorgung       36         2. 1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2. 1. 1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2. 1. 2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2. 2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3. 1. Arzneimittel       39         3. 1. 2. Medikamentenausgabe       40         3. 2. Analysen und Labortests       41         4. 1. Beschwerde beim Bürgerheauftragten       43         4. 2. 1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS	(c) Prüfung des Antrags	14
1.2. Rückerstattung       29         1.2.1. Versorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf       29         (a) Einreichung des Erstattungsantrags       29         (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes       29         1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist       29         (a) System "Verordnung 883/2004"       30         (b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS"       32         (c) Art der übernommenen Kosten       33         (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2. 1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2. 1. 2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         3. 3. 1. Arzneimittel       39         3. 1. 2. Rüderinttell und Labortests       39         3. 3. 1. Rostenübernalmentenausgabe       30         3. 1. 2. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3. 2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4. 1.	(d) Entscheidung der CNS	17
1.2.1. Versorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf       29         (a) Einreichung des Erstattungsantrags       29         (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes       29         1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist       29         (a) System "Verordnung 883/2004"       30         (b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS"       32         (c) Art der übernommenen Kosten       33         (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2. Dringende Versorgung       36         2. 1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2. 1. Europäische Eruropäischen Krankenversicherungskarte       37         2. 1. 2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2. 2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3. 1. Arzneimittel       39         3. 1. Arzneimittel       39         3. 1. 2. Medikamentenausgabe       40         3. 1. 2. Medikamentenausgabe       40         3. 2. Analysen und Labortests       41         4. 1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4. 2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45      <	(e) Reaktion im Falle einer Ablehnung	19
(a) Einreichung des Erstattungsantrags (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes 29 1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabegenehmigung erforderlich ist 29 (a) System "Verordnung 883/2004" 30 (b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS" 32 (c) Art der übernommenne Kosten 33 (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme 34  2. Dringende Versorgung 36 2.1. Europäische Krankenversicherungskarte 37 2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 3.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 3.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 3.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 39 3.1. Arzneimittel 39 3.1. Begenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 39 3.1. Medikamentenausgabe 40 3. Analysen und Labortests 41 4. Ihre Rechte 4. Ihre Rechte 4. Alher Bechwerde beim Bürgerbeauftragten 4. 2. I Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS 4. 2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten 43 4. 2. I Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung 45 (b) Bedingungen (e) Urteil 49 4. 2. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 49 4. 2. Berufung beim Obersten Rat ser Sozialversicherung 49 4. 2. Berufung beim Obersten Rat ser Sozialversicherung 49 4. 2. A. Kassation vor dem Kassationsgericht 49 40 Veranschaulichungen: 10 Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 40 41 Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 42 43 A. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 43 A. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 45 A. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 46 A. A. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 47 48 A. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung		
(b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes	1.2.1. Versorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf	29
1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist       29         (a) System "Richtlinie - Art. 20 CSS"       32         (c) Art der übernommenen Kosten       33         (d) Binfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2.1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1. Ausstellung der Buropäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1. 2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1. Medikamentenausgabe       40         3.1. Mostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2. 1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2. 1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2. 2. Winge beim Schedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       49	(a) Einreichung des Erstattungsantrags	29
(a) System "Verordnung 883/2004" (b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS" (c) Art der übernommen Kosten (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme  2. Dringende Versorgung 36 2.1. Europäische Krankenversicherungskarte 37 2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte 37 2.2. Rückerstattung 38 3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests 39 3.1. Arzneimittel 39 3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 31.2. Medikamentenausgabe 40 3.1.3. Kostenübernahme 40 3.2. Analysen und Labortests 41 4. Ihre Rechte 4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten 4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten 4.3. Frist (a) Frist (b) Bedingungen (c) Vertretung 4.5 (d) Verhandlung (e) Urteil 4.9 4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht 4.5 Veranschaulichungen: 1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 9. Aufenthalt in einer Tagesklinik 1.0 a., "Von der Wissenschaft ermittelte Daten" 4.5 tstellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 15	(b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes	29
(b) System "Richtlinie" Art. 20 CSS"       32         (c) Art der übernommenen Kosten       33         (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2.1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4. 1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4. 2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4. 2. 2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4. 2. 3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4. 2. 4. Kassation vor dem Kassationsgericht<	1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist	29
(c) Art der übernommenen Kosten       33         (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2.1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1. Medikamentenausgabe       40         3.1. Sostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4. I. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. I. Einspruch beim Verwillungsrat der CNS       43         4.2. I. Einspruch beim Verwillungsrat der CNS       43         4.2. I. Einspruch beim Verwillungsrat der CNS       43         4.2. I. Singsruch beim Verwillungsrat der Sozialversicherung       45         (a) Prist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49		
(d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme       34         2. Dringende Versorgung       36         2.1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4. I. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4. 2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4. 2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4. 2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49	(b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS"	32
2. Dringende Versorgung       36         2.1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4. 1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4. 2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4. 2. 2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       43         4. 2. 2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4. 2. 3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4. 2. 4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:	(c) Art der übernommenen Kosten	33
2.1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4. I. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10	(d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme	34
2.1. Europäische Krankenversicherungskarte       37         2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10	2. Dringende Versorgung	36
2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       1         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik		
2.1.2. Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte       37         2.2. Rückerstattung       38         3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests       39         3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelle Daten"       15     <		
3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests 39 3.1. Arzneimittel 39 3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten 39 3.1.2. Medikamentenausgabe 40 3.1.3. Kostenübernahme 40 3.2. Analysen und Labortests 41  4. Ihre Rechte 43 4. Ihre Rechte 43 4. I. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten 43 4. 2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten 43 4. 2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS 43 4. 2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung 45 (a) Frist 45 (b) Bedingungen 45 (c) Vertretung 45 (d) Verhandlung 47 (e) Urteil 49 4. 2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 49 4. 2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht 49  Veranschaulichungen: 49 4. 2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht 59 2. Aufenthalt in einer Tagesklinik 50 3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten" 15 4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 15		
3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vornberige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15	2.2. Rückerstattung	38
3.1. Arzneimittel       39         3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vornberige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15	3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests	39
3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten       39         3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       10         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
3.1.2. Medikamentenausgabe       40         3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       1         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
3.1.3. Kostenübernahme       40         3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       1         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
3.2. Analysen und Labortests       41         4. Ihre Rechte       43         4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       1         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten       43         4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15	4. Ihre Rechte	43
4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten       43         4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS       43         4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       1         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung       45         (a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
(a) Frist       45         (b) Bedingungen       45         (c) Vertretung       45         (d) Verhandlung       47         (e) Urteil       49         4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung       49         4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht       49         Veranschaulichungen:       49         1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
(b) Bedingungen		
(c) Vertretung		
(e) Urteil 49   4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 49   4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht 49    Veranschaulichungen:  1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 9   2. Aufenthalt in einer Tagesklinik 10   3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten" 15   4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 15		
(e) Urteil 49   4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung 49   4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht 49    Veranschaulichungen:  1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 9   2. Aufenthalt in einer Tagesklinik 10   3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten" 15   4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 15	(d) Verhandlung	47
4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung		
4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht 49  Veranschaulichungen:  1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich 9  2. Aufenthalt in einer Tagesklinik 10  3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten" 15  4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung 15		
1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		
1. Vorherige Genehmigung nicht erforderlich       9         2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15	Veranschaulichungen:	
2. Aufenthalt in einer Tagesklinik       10         3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"       15         4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung       15		9
<ul><li>3. "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"</li><li>4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung</li><li>15</li></ul>		
4. Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung15		
	5. Die kurzen Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes	
6. Die Beweislast16		

7. Schlechte Kommunikation zwischen der CNS und dem medizinischen Kontrolldienst	16
8. Der Fall der Schlittenprothese	21
9. Patientin bereits seit 20 Jahren im Ausland in Behandlung	21
10. Legitimes Vertrauen in das Verhalten der Verwaltung	22
11. Zwei Misserfolge in Luxemburg, aber kein drittes Mal	23
12. Minimalinvasive Behandlung	
13. Ein Mangel an Medikamenten rechtfertigt eine Vorabgenehmigung	24
14. Die Kosten der Behandlung	25
15. Die Aufgabe des Sachverständigen	
16. Behandlung ohne Abwarten des Ergebnisses des S2-Verfahrens	27
17. Gleichstellung der Leistungen	32
18. Zuschläge, die nicht von der Sozialversicherung übernommen werden	35
19. Rückführung eines Sterblichen aus dem Ausland	36
20. Krankentransport	38
21. Arzneimittel, die nicht in der CNS-Nomenklatur aufgeführt sind	41
22. Zwei Kläger, die eine Änderung des luxemburgischen Rechts erzwingen	42
23. Ablauf der Verhandlung des Schiedsgerichts	47
Erläuterungen:	
1. Hochspezialisierte und kostenintensive medizinische Geräte und Ausrüstungen	9
2. Die Bedeutung des Begriffs "stationäre Behandlung"	10
3. Antragsformular für eine Vorabgenehmigung	12
4. Mit Artikel 17 Absatz 1 und Artikel 23 Absatz 1 des Sozialversicherungsgesetzbuchs im Einklang stehende Leistungen	14
5. Prävalenz des europäischen Rechts in Bezug auf das luxemburgische Recht	20
6. Der Differenzialzuschlag gemäss der vor 2011 geltenden Rechtsprechung	31
7. Verbindlicher Inhalt der anzuerkennenden grenzüberschreitenden Verschreibungen	40
8. Ihre Rechte in der Verhandlung des Schiedsgerichts verteidigen	48
9. Fristen beim Schiedsgericht	48
Kommentare:	
1. Die fehlende Übermittlung der Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes	
2. Die Übereinstimmung der Verwaltungsentscheidung mit dem Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes	
3. Die Beweislast auf Seiten des Versicherten	
4. Unzulässigkeit einer Klage	
5. Öffentliches System vs. privates System	34
Modelle:	
1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS	44
2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung	46

In diesem Dokument wird das männliche Geschlecht in einem neutralen Sinne verwendet und bezieht sich sowohl auf Frauen als auch auf Männer.





## Einführung

Sind Sie in Luxemburg sozialversichert? Sind Sie in einem europäischen Land unterwegs und müssen sich unerwartet in ärztliche Behandlung begeben?

Überweist Ihr Arzt in Luxemburg Sie zu einem Spezialisten ins Ausland? Entscheiden Sie sich für eine hochspezialisierte Betreuung im Ausland? Leben Sie in einer Grenzregion, in der sich die am besten geeignete Pflegeeinrichtung auf der anderen Seite der Grenze befindet? Möchten Sie im Ausland behandelt werden, um näher bei Familienangehörigen zu sein? Wollen Sie einen therapeutischen Ansatz, der anders ist als die Methode im Land Ihres Wohnsitzes? Glauben Sie, dass Sie eine bessere Versorgung in einem anderen EU-Mitgliedstaat erhalten?

Sie können Ihr Recht auf Freizügigkeit ausüben, indem Sie sich in einem anderen Staat medizinisch versorgen lassen. 15.569 Versicherte haben 2018 einen Antrag auf Überweisung ins Ausland bei der CNS eingereicht (+ 22,5% im Vergleich zu 2017)<sup>1</sup>.

Möchten Sie jedoch im Voraus wissen, welche Vorschriften für Sie gelten? In dieser Broschüre erfahren Sie, welche Formalitäten für eine Behandlung im Ausland erforderlich sind² um eine Kostenübernahme durch die CNS zu bekommen, und wie viel von der CNS übernommen wird³.

Die Aktualisierung der 2010 zum ersten Mal veröffentlichten Broschüre war notwendig aufgrund des Gesetzes vom 1. Juli 2014<sup>4</sup>, mit dem die Richtlinie 2011/24/EU umgesetzt wurde<sup>5</sup>. Luxemburg hat nun zwei Systeme, um Patienten, die eine Behandlung im Ausland erhalten, eine Erstattung zu leisten. Das erste traditionelle System wendet die europäische Verordnung 883/2004 an. Das zweite – neue – System leitet sich aus der Richtlinie 2011/24/EU und Artikel 20 des Luxemburger Sozialversicherungsgesetzbuches ab. Die Unterschiede zwischen den beiden Systemen sind bemerkenswert. Sowohl die Antragsbedingungen als auch die Erstattungssätze sind unterschiedlich.

Von der Aktualisierung wird Gebrauch gemacht, um zusätzliche Hinweise auf die Rechtsprechung zu geben und konkrete Fälle aufzuzeigen, in denen sich die Patienten mehr oder weniger erfolgreich gegen die CNS verteidigten.

Leider war es entgegen unseren Wünschen nicht möglich, eine vollständige Lektüre der Entscheidungen der Sozialversicherungsgerichte in Luxemburg seit 1998 im Bereich der Auslandsüberweisungen für die Zwecke dieser Broschüre vorzunehmen<sup>6</sup>. Die betreffenden Gerichte haben uns den Zugang zu ihrer Rechtsprechung verweigert<sup>7</sup>. Dasselbe Bedauern gilt für den Fall quantifizierter praktischer Fälle, da die CNS die entsprechenden Unterlagen trotz des diesbezüglichen Versprechens nicht übermittelt hat.

- 1 Antwort des Ministers für soziale Sicherheit vom 26. Juni 2019 auf die parlamentarische Anfrage Nr. 738 der Abgeordneten Martine Hansen und Marc Spautz vom 17. Juni 2019.
- Diese Broschüre ist auf die Behandlung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union beschränkt. Bei der Behandlung in einem Land außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz muss zwischen den Ländern, die in Luxemburg an ein bilaterales Abkommen gebunden sind, und den Drittländern, die keine Abkommen geschlossen haben, unterschieden werden. Vor der Abreise geplante medizinische Behandlungen bedürfen der vorherigen Zustimmung der CNS mit der befürwortenden Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes der Sozialversicherung. Für Länder, die durch ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit an Luxemburg gebunden sind (Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei), gelten die Grundsätze des jeweiligen Abkommens. Einige Vereinbarungen sehen eine spezielle Form vor, die im Falle einer Vereinbarung eine Unterstützung gemäß den im Behandlungsland geltenden Sätzen und Tarifen ermöglicht. Es wird notwendig sein, von Fall zu Fall die möglichen Besonderheiten der Abkommen zu überprüfen. Für Drittländer, die mit Luxemburg nicht an ein Sozialversicherungsabkommen gebunden sind, erteilt die CNS auf begründeten Antrag eines Arztes und mit befürwortender Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes eine Überweisungsgenehmigung für medizinische Behandlung in einem unabhängigen Drittland. Diese Ermächtigung erfolgt in Form eines Übernahmescheins zu Lasten der CNS. Der Versicherte muss die Kosten vollständig im Voraus bezahlen und die Rückerstattung nach seiner Rückkehr verlangen. Die Sozialversicherungsanstalt legt den zu erstattenden Betrag fest oder entscheidet, ob eine Erhöhung gewährt werden kann. Bei einem Behandlungsvertrag außerhalb der Europäischen Union und außerhalb des europäischen Kontinents hat die versicherte Person Anspruch auf eine besondere Reisekostenpauschale. Die gleiche Entschädigung gilt für die befugte Begleitperson.
- 3 Dies stellt keine dem Anwaltsmonopol unterliegende Rechtsberatung dar. Es liegt in der Verantwortung jeder versicherten Person, sich in erster Linie an die CNS zu wenden und im Streitfall Angehörige der Rechtsberufe zu konsultieren.
- 4 Gesetz vom 1. Juli 2014 zur 1) Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung; 2) Änderung des Sozialversicherungsgesetzbuches; 3) Änderung des geänderten Gesetzes vom 29. April 1983 über die Ausübung der Berufe des Arztes, Zahnarztes und Tierarztes; 4) Änderung des geänderten Gesetzes vom 31. Juli 1991 zur Festlegung der Zulassungsbedingungen für die Ausübung des Apothekerberufs; 5) Änderung des geänderten Gesetzes vom 26. März 1992 über die Ausübung und Neubewertung bestimmter Gesundheitsberufe; 6) Änderung des geänderten Gesetzes vom 11. April 1983 über das Inverkehrbringen und die Werbung für Arzneimittel; 7) Änderung des geänderten Gesetzes vom 16. Januar 1990 über Medizinprodukte.
- **5** Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABI. L 88 vom 04.04.2011, S. 45-65.
- **6** Datum des Urteils des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften in den Rechtssachen Decker (Rechtssache C-120/95, I-1831) und Kohll (Rechtssache C-158/96, I-1931) vom 28. April 1998.
- 7 In seiner Empfehlung von 2010 hatte der Bürgerbeauftragte Marc Fischbach bereits darauf hingewiesen, dass der Zugang zur Rechtsprechung im Bereich der sozialen Sicherheit im weiteren Sinne für das ordnungsgemäße Verständnis der Bürger ihrer Rechten und Pflichten von wesentlicher Bedeutung ist und die Gewährleistung der Waffengleichheit zwischen den Verwaltungen und den Prozessparteien ". Siehe auch die Tätigkeitsberichte des Bürgerbeauftragten für die Zeiträume vom 01.10.2006 bis 30.09.2007 (Punkt 1.4.1., Seite 41), vom 01.10.2007 bis 30.09.2008 (Punkt 1.4.1., Seite 43) und vom 01.10.2008 bis 30.09.2009 (Punkt 1.4.1., Seite 49).

Der nachfolgende Beitrag ist auf den Fall von Personen beschränkt, die in Luxemburg versichert sind und in einem anderen Land der Europäischen Union ärztliche Hilfe suchen. Die Grenzgänger, die in Luxemburg arbeiten, haben hier ein spezifisches System, da sie sich sowohl im Land ihres Wohnortes als auch im Land ihrer Sozialversicherung (Luxemburg) gemäß der geltenden Gesetzgebung behandeln lassen können.



## 1. Im Voraus geplante Versorgung

Für die im Voraus geplante Versorgung, die von einem ausländischen Arzt in seiner Praxis bereitgestellt wird, sowie für den Kauf von Produkten bei ausländischen Anbietern können Sie sich direkt in das Land begeben, in dem Sie versorgt werden und die Produkte Ihnen angeboten werden. Eine Vorabgenehmigung durch die Gesundheitskasse ist nicht erforderlich. Es gibt jedoch Ausnahmen (1.1.).

Für die im Voraus geplante Versorgung in einem stationären Krankenhaus und für bestimmte ambulante Leistungen muss der Patient eine Vorabgenehmigung zur Deckung der Kosten für die Krankenhausversorgung im Ausland beantragen und einholen. Dieses Vorabgenehmigungssystem muss auf objektiven und nichtdiskriminierenden Kriterien beruhen, die im Voraus bekannt sind. Wenn Ihr Antrag durch die Nationale Gesundheitskasse im System mit dem Namen "Verordnung 883/2004" akzeptiert wird, stellt sie das S2 Formular aus, mit dem sie bescheinigt, dass sie die Kosten für die Versorgung des Antragstellers im Ausland deckt. Sie können sich aber auch für das "Richtlinie-Art. 20 CSS" System entscheiden. Die Bedingungen und Erstattungssätze sind je nach System unterschiedlich (1.2.).

## 1.1. Genehmigung

### 1.1.1. Für eine ambulante Behandlung

#### (a) Grundsatz: Es ist keine vorherige Genehmigung erforderlich

Für eine im Voraus geplante Behandlung, die von einem ausländischen Arzt in seiner Praxis bereitgestellt wird, können Sie sich direkt in das Land begeben, in dem Sie versorgt werden. Eine Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich.

Diese Regel gilt auch für den Kauf von Produkten bei ausländischen Dienstleistern, z.B. den Kauf von Brillen bei ausländischen Optikern.

Die Vereinfachung erfolgte aufgrund der Urteile Kohll/Decker des EuGH vom 28. April 1998. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Übernahme erstattungsfähiger Krankheitsleistungen nach den Bestimmungen des Rechts des Versicherungsstaats von der vorherigen Genehmigung der Träger dieses Staates abhängig, wenn die Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden.

#### Veranschaulichung 1: Vorherige Genehmigung nicht erforderlich

Wenn keine Vorabgenehmigung erforderlich ist, benachrichtigt die CNS den Versicherten, auf dessen Antrag hin, in der Regel mit einer "Entscheidung über die Ablehnung der Kostenübernahme" mit folgendem Wortlaut:

" ... beschließt, den Antrag aus folgenden Gründen nicht zu genehmigen:

Für einfache Konsultationen oder ambulante Behandlungen, die keine hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Einrichtungen oder Geräte im Ausland erfordern, benötigen Sie keine vorherige Genehmigung für eine Überweisung ins Ausland. Für diese Behandlungen sind Sie berechtigt, von Ihrer zuständigen Krankenkasse die Erstattung der Aufwendungen für bezogene Leistungen nach den in Luxemburg geltenden Sätzen, Bestimmungen und Bedingungen zu erhalten. Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme die tatsächlich entstandenen Kosten nicht überschreiten darf und keine

Zuschläge für Honorare oder andere persönliche Gründe abdeckt (z.B. Zuschlag für 1-Bett oder 2-Bett Zimmer, Chefarztbehandlung, Wahlleistungen ...).

Diese Ablehnung einer vorherigen Genehmigung entspricht den Bestimmungen des Gesetzes vom 1. Juli 2014 zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Anwendung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Es ist wichtig zu wissen, dass das Prinzip der Vorabgenehmigung nur für die stationäre Krankenhausversorgung, d.h. welche mindestens eine Übernachtung im Krankenhaus beinhaltet, sowie für alle Behandlungen, die die Inanspruchnahme von hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastrukturen oder Ausrüstungen bedingen, aufrechterhalten wird."

Quelle: CNS, Beschluss vom 22. März 2017

#### (b) Ausnahme: eine notwendige Genehmigung für bestimmte Versorgungsarten

Die Erstattung bestimmter Behandlungen unterliegt verschiedenen gesetzlichen und / oder vertraglichen Bedingungen.

Auch gibt es Versorgungen, welche zwingend eine Vorabgenehmigung für die Überweisung ins Ausland benötigen<sup>8</sup>. Es handelt sich dabei um Behandlungen, die zurückgreifen auf:

 eine hochspezialisierte und kostenintensive medizinische Infrastruktur: Kompetenznetzwerke<sup>9</sup>, nationale Dienste und spezialisierte Einrichtungen für Rehabilitation, Rekonvaleszenz und Kurbehandlungen<sup>10</sup>;

hoch spezialisierte und kostenintensive medizinische Ausrüstung und Geräte, welche im nationalen Krankenhausplan in Ausführung des Gesetzes vom 8. März 2018 über Krankenhäuser und Krankenhausplanung<sup>11</sup> aufgezählt sind.

#### Erläuterung 1: Hoch spezialisierte und kostenintensive medizinische Geräte und Ausrüstungen

Das Gesetz vom 8. März 2018 über Krankenhäuser und Krankenhausplanung (Artikel 14 und Anhang 3) legt die medizinischen Geräte und Vorrichtungen, die entweder aufgrund ihrer Kosten oder aufgrund des für ihre Verwendung erforderlichen hochqualifizierten Personals eine nationale Planung oder spezifische Arbeitsbedingungen erfordern, wie folgt fest:

- Koronarangiographiegeräte mittels Katheterisierung
- Set von Strahlentherapiegeräten
- Positronen-Emissions-Tomographen

- Hyperbarer Sauerstoff-Therapiebehälter
- Extrakorporale Lithoritätsausrüstung
- Print-Tabelle
- Neurochirurgische Geräte für die neurologische Stereotaxie und intraventrikuläre Endoskopie
- Geräte für die In-vitro-Fertilisation
- Ausrüstung, die für die Herstellung von hämatopoetischer Stammzell-Apherese geeignet ist
- Ausrüstung zur Messung der Knochendichte nach der DXA-Methode





<sup>8</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 unter (2), 2 ; Siehe Richtlinie 2011/24/EU, Erwägungsgrund 41.

**<sup>9</sup>** Der Begriff "Kompetenzzentren" wurde durch diesen Begriff durch das Gesetz vom 8. März 2018 über Krankenhäuser und Krankenhausplanung (Artikel 55) ersetzt.

**<sup>10</sup>** definiert als "Institution, deren Aufgabe es ist, therapeutische Behandlungen zur Verfügung zu stellen" (Gesetz vom 8. März 2018, Artikel 1 Absatz 3 unter Punkt 5.).

<sup>11</sup> Das im Gesetz vom 1. Juli 2014 zitierte geänderte Gesetz vom 28. August 1998 über die Krankenhäuser, wurde durch das Gesetz vom 8. März 2018 über Krankenhäuser und Krankenhausplanung aufgehoben.

#### 1.1.2. Für die stationäre Krankenhausversorgung

Für die im Vorfeld geplante stationäre Versorgung in einem Krankenhaus verlangt die CNS, dass Sie einen Antrag auf Kostenübernahme stellen.



#### Erläuterung 2: Die Bedeutung des Begriffs "stationäre Behandlung"

Bei der stationären Behandlung handelt es sich um den Aufenthalt des Versicherten für mindestens eine Nacht im Krankenhaus. Quelle: Satzung der CNS, Artikel 20 Absatz 2



#### Veranschaulichung 2: Aufenthalt in einer Tagesklinik

Eine Patientin leidet an einem IgG-Unterklassendefizit mit entzündlicher Tendinitis und einem niedrigen Anti-körperspiegel gegen Pneumokokken und Influenza-Hämophilen. Sie muss eine Immunglobulin-Infusion erhalten, die einmal im Monat im Rahmen einer Tagesklinik in London (Vereinigtes Königreich) wiederholt werden muss

Die CNS betrachtet diese Behandlung als stationär und weigert sich, der Patientin die beantragte Vorabgenehmigung auszustellen.

Die Patientin erklärt in ihrem Rechtsmittel an das Schiedsgericht, dass sie sich der Behandlung im Tageskrankenhaus unterzieht, ohne im Krankenhaus zu übernachten. Die vom britischen Krankenhaus in Rechnung gestellten Leistungen beziehen sich auf ein "Daycase in Chemotherapy Suite". Die CNS hätte darüber hinaus, bei zwischen 2013 und 2017 getätigten Kostenerstattungen, in den Abrechnungen den Typ "HOPJOUR" in der Spalte "Leistungen" angegeben und hätte auch teilweise Hotelkosten erstattet, was das Fehlen eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus aufzeige.

Der Fall ist beim Schiedsgericht anhängig.

Quelle: Rechtsmittel vom 3. Juni 2019, R. gegen CNS, Rechtssache CNS 124/19

#### (a) Gründe, warum eine Vorabgenehmigung der CNS für eine Krankenhausversorgung notwendig bleibt

Die luxemburgische Sozialversicherungsgesetzgebung schreibt vor, dass der Patient eine vorherige Genehmigung zur Deckung der Krankenhauskosten im Ausland beantragen und einholen muss<sup>12</sup>.

Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung stellt auch für den Europäischen Gerichtshof eine notwendige und angemessene Maßnahme dar<sup>13</sup>. Die Zahl der Krankenhäuser, ihre geografische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen, über die sie verfügen, oder auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten können, müssten planbar sein. Eine derartige Planung bezwecke, in dem betreffenden Staat zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung ständig in

ausreichendem Maß zugänglich ist. Zum anderen solle sie dazu beitragen, die Kosten zu beherrschen und soweit wie möglich jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern. Eine solche Verschwendung ist, nach Ansicht des EuGH, umso schädlicher, als der Sektor der Krankenhausversorgung erhebliche Kosten verursacht und wachsenden Bedürfnissen entsprechen muss, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitspflege bereitgestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind<sup>14</sup>.

Das System vorheriger behördlicher Genehmigungen muss jedoch auf objektiven und nichtdiskriminierenden Kriterien beruhen, die für das zu erreichende Ziel erforderlich

<sup>12</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 2 Nummer 1: "Beziehen sich diese grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen auf 1) den Aufenthalt der versicherten Person für mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus, einem Fachkrankenhaus oder einer Aufnahmestruktur für Menschen am Lebensende nach dem geänderten Gesetz vom 28. August 1998 über Krankenhäuser, bedarf die Versorgung der vorherigen Genehmigung durch die Nationale Gesundheitskasse"). Ein "Krankenhaus" ist eine Einrichtung, die sich in erster Linie mit den Aufgaben der Diagnose, Überwachung und Behandlung im Bereich der Medizin, der Chirurgie oder Geburtshilfe sowie Vorsorge- und Palliativbehandlungen und -dienstleistungen für Patienten widmet und über Einrichtungen verfügt, in denen Patienten aufgenommen werden (Gesetz vom 8. März 2018, Artikel 1, Absatz 3, Punkt 1.). Als "Fachkrankenhaus" gilt ein Krankenhaus, das die spezifischen Bedürfnisse bestimmter diagnostischer und therapeutischer Behandlungen oder besonderer Bedingungen erfüllt (Gesetz vom 8. März 2018, Artikel 1 Absatz 3, Nummer 3). Die Aufnahmestruktur für Menschen am Lebensende wird definiert als "Einrichtung, deren Hauptaufgabe darin besteht, Personen in der fortgeschrittenen oder terminalen Phase einer schweren und unheilbaren Erkrankung stationär zu versorgen, ausgenommen die Versorgung im Wesentlichen zu Heilzwecken" (Gesetz vom 8. März 2018, Artikel 1 Absatz 3).

**<sup>13</sup>** EuGH, 12. Juli 2001 BSM Smits gegen Stiftung Ziekenfonds VGZ und HTM Peerbooms gegen Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, I-5473.

<sup>14</sup> Siehe Richtlinie 2011/24/EU, Erwägungsgrund 40.

und verhältnismäßig sind und im Voraus bekannt sind. Dem Ermessen der nationalen Behörden sind Grenzen gesetzt, die seine mißbräuchliche Ausübung verhindern<sup>15</sup>. Der EuGH verlangt, dass das von den nationalen Behörden eingeführte Genehmigungssystem insbesondere auf einem leicht zugänglichen Verfahrenssystem beruht. Das System muss auch gewährleisten können, dass die Anfrage innerhalb einer angemessenen Zeit und objektiv und unparteisch bearbeitet wird<sup>16</sup>.

Gesundheitsversorgung, die von einer Vorabgenehmigung abhängig gemacht werden kann, ist auf die Fälle von Versorgung beschränkt, die:

 vom Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden, abhängig gemacht werden und (i) eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht erfordern oder (ii) den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern;

- Behandlungen mit einem besonderen Risiko für den Patienten oder die Bevölkerung einschließen; oder
- von einem Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, der im Einzelfall zu ernsthaften und spezifischen Bedenken hinsichtlich der Qualität oder Sicherheit der Versorgung Anlass geben könnte, mit Ausnahme der Gesundheitsversorgung, die dem Unionsrecht über die Gewährleistung eines Mindestsicherheitsniveaus und einer Mindestqualität in der ganzen Union unterliegt<sup>17</sup>.

#### b) Antrag zur Kostenübernahme

Der Antrag auf Kostenübernahme ist an die Nationale Gesundheitskasse zu richten<sup>18</sup>.

Der schriftliche Antrag muss von einem Arzt und in Form eines in Anhang L der Satzung der CNS aufgeführten spezifischen Formulars, gestellt werden. Er muss mindestens die nachstehenden Informationen enthalten<sup>19</sup>:

- die Identifikationsdaten des Versicherten (Name, Adresse, eindeutige Identifikationsnummer);
- die Identifikationsdaten des verschreibenden Arztes;
- die genaue Bezeichnung des Leistungserbringers für die Versorgung im Ausland;
- die genaue Diagnose mittels der vierstelligen CIM10 Kodifizierung;
- das Anfangsdatum der Behandlung mit Angabe der voraussichtlichen Dauer der Behandlung;

- die Angabe der hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Geräte und Vorrichtungen, die zur Behandlung des Versicherten bestimmt sind;
- · die Art der Behandlung;
- die Begründung, mit Angabe der Fakten und Kriterien, die die Behandlung rechtfertigen;
- gegebenenfalls die Information, dass die Leistungen der versicherten Person innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums erbracht werden können, unter Berücksichtigung ihres gegenwärtigen Gesundheitszustands und des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs. Die Begründung muss die Krankengeschichte des Patienten, den wahrscheinlichen Krankheitsverlauf, das Ausmaß der Schmerzen und die Art der Behinderung zum Zeitpunkt des Antrags genau beschreiben.
- die Angabe und Begründung des Transportmittels.

**<sup>15</sup>** Richtlinie 2011/24/EU, Artikel 9.1.. EuGH, 23. Oktober 2003 Patricia Inizan gegen Caisse primaire d'asurrance maladie des Hauts-de-Seine, C-56/01, I-12403.

**<sup>16</sup>** Richtlinie 2011/24/EU, Artikel 9.2.. EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan.

<sup>17</sup> Richtlinie 2011/24/EU, Artikel 8 Absatz 2.

<sup>18</sup> Satzung der CNS, Artikel 27 Absatz 1: "Die Übernahme der in Artikel 26 dieser Satzung vorgesehenen grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen durch die Krankenversicherung unterliegt der vorherigen Genehmigung der Nationalen Gesundheitskasse auf der Grundlage einer begründeten Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes der Sozialversicherung. Zur Erlangung dieser Genehmigung hat die geschützte Person durch einen Arzt bei der Nationalen Gesundheitskasse einen Antrag auf Vorabgenehmigung in der in Absatz 2 festgelegten Form zu stellen." Die Postadresse lautet: CNS, Service Transfert à l'étranger, L-2980 Luxemburg.

<sup>19</sup> Satzung der CNS, Artikel 27 Absatz 2.





# Antrag auf vorherige Genehmigung einer Auslandsüberweisung

Sozial varaiaharum sanum san		
Sozialversicherungsnummer		
Name und Vorname		
Adresse		
Zuständige Krankenkasse		
Name des überweisenden Arztes	S Control of the cont	
Arzt-Code		
Handelt es sich um die Folgen ein	ines Arbeitsunfalles Ja Unfallnummer U//	
1) Name, Adresse und genaue Be	ezeichnung des Leistungsbringers der die Behandlung im Ausland durchführt	
	ICD10/CIM10 Kodierungsrüstung und der hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur, ing des Versicherten angewendet werden	
4) Begründete Fakten und Ziele,	welche eine Überweisung rechtfertigen ( medizinischer Bericht im Anhang)	werden.
4) Begründete Fakten und Ziele,	welche eine Überweisung rechtfertigen ( medizinischer Bericht im Anhang)	ausgefüllt werden.
4) Begründete Fakten und Ziele,	welche eine Überweisung rechtfertigen (☐ medizinischer Bericht im Anhang)	r müssen ausgefüllt werden.
4) Begründete Fakten und Ziele,	welche eine Überweisung rechtfertigen ( medizinischer Bericht im Anhang)	en Felder müssen ausgefüllt werden.
4) Begründete Fakten und Ziele,	welche eine Überweisung rechtfertigen ( medizinischer Bericht im Anhang)	_
4) Begründete Fakten und Ziele,		_
4) Begründete Fakten und Ziele,		*Die mit Asteriskus * markierten Felder müssen ausgefüllt werden.

**<sup>20</sup>** Formular unter dem Link zum Download https://cns.public.lu/dam-assets/formulaires/transfert-a-etranger/Demande\_Transfert\_Etranger\_ DE\_07\_2017\_.pdf

	Art der Behandlung	Voraussichtliches Anfangsdatu	m	* Vorauss	sichtliche Dau	er
	Sprechstunde			Tag(e)	Woche(n)	Monat(e)
	Spezielle Untersuchung (medizinische Bildgebung,	Biologie, Elektrophysiologie, usw.)		Tag(e)	Woche(n)	Monat(e)
	Ambulante Behandlung			Tag(e)	Woche(n)	Monat(e)
	Stationäre Behandlung			Tag(e)	Woche(n)	Monat(e)
	Thermalkur			Tag(e)	Woche(n)	Monat(e)
	Genesungskur			Tag(e)	Woche(n)	Monat(e)
	•	en Sie das spezielle Formular aus) eise (liegende oder unbewegliche F	osition)			
	* Datum	* Arztstempel		* Unters	chrift des Arzi	tes
<b>\</b> c	Zu schicken an: CNS – Abteilung Auslar  dministrative Ansicht der d  dministrative Bedingungen für  setenübernahme erfüllt	CNS Datum			Unterschrift	
	ostenübernahme erfüllt │ Ja					
Ka	assenärztlicher Leistungsbrir	nger 🗌 Ja 📗 Nein				
	ntscheidung des kontrollä   Genehmigt	rztlichen Dienstes der Sozialver enehmigt	sicherung			
	ntschaidung das kontrollä	rztlichen Dienstes der Sozialver:	sicherung bet	reffend das	Transportmit	tel
		nehmigt				
	Genehmigt   Nicht ge					
Be	Genehmigt  Nicht ge	Stempel		Untersch	rift	

Wenn Sie von der Kostenübernahme gemäß Artikel 20 des Sozialversicherungsgesetzbuchs profitieren möchten, muss dies ausdrücklich beantragt werden<sup>21</sup>. Falls nicht, begutachtet die CNS den Antrag im Rahmen der Anwendung

der Verordnung 883/2004, sofern es sich um eine Behandlung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in der Schweiz oder in einem Land des Europäischen Wirtschaftsraums handelt<sup>22</sup>.

#### (c) Prüfung des Antrags

Der Antrag wird nach Eingang bei der CNS auf formale Anforderungen hin überprüft<sup>23</sup>.

Danach wird der medizinische Aspekt des Antrags vom medizinischen Kontrolldienst der Sozialversicherung gewürdigt, der von der CNS beauftragt wird<sup>24</sup>.

Eine begründete negative Stellungnahme wird vom medizinischen Kontrolldienst ausgestellt, wenn die Leistungen nicht im Einklang mit Artikel 17, Absatz 1, und 23, Absatz 1, des Sozialversicherungsgesetzbuches stehen<sup>25</sup>.

# 9

# Erläuterung 4: Mit Artikel 17, Absatz 1, und 23, Absatz 1, des Sozialversicherungsgesetzbuches im Einklang stehende Leistungen

Die betreffenden Leistungen lauten wie folgt:

- Medizinische Versorgung
- · Zahnärztliche Versorgung
- Behandlungen durch medizinisches Fachpersonal
- Medizinische Biologie-Analysen
- Kunststoffe, Prothesen, Epithesen und Zahnimplantate
- Arzneimittel, menschliches Blut und Blutbestandteile
- · Medizinprodukte und medizinische Lebensmittel
- In Krankenhäusern durchgeführte Behandlungen
- Krankenhausaufenthalte bei Geburt und Krankenhausaufenthalt (mit Ausnahme des Krankenhausaufenthaltes einer Person, für die die Genesung, die Verbesserung ihres Gesundheitszustands oder die Linderung von Leiden außerhalb des Krankenhausumfelds möglich ist)
- Therapeutische und genesende Kuren

- Rehabilitation und funktionelle Rehabilitationsversorgung
- Transport von Patienten
- · Palliativmedizinische Versorgung
- Psychotherapien zur Behandlung einer psychischen Störung

(Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 17, Absatz 1)

Die Leistungen sollten dem Gesundheitszustand des Versicherten bestmöglich entsprechen. Sie dürfen nicht über den Nutzen und das Notwendige hinausgehen, müssen in strengster Wirtschaftlichkeit mit der Wirksamkeit der Behandlung vereinbar sein und mit den von der Wissenschaft ermittelten Daten und der medizinischen Ethik in Einklang stehen (Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 23, Absatz 1).



<sup>22</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 2.



<sup>23</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 2. Satzung der CNS, Artikel 28 (1).

<sup>24</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 4.

<sup>25</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 4.

#### Veranschaulichung 3: "Von der Wissenschaft ermittelte Daten"

Einer versicherten Person wurde die Überweisungsgenehmigung zu einem stationären Kuraufenthalt in einer Einrichtung in Greiz (Deutschland) verweigert. Bei der betreffenden Einrichtung handele es sich nicht um eine in Deutschland konventionierte Einrichtung, und die betreffende Behandlung entspreche nicht den von der Wissenschaft ermittelten Daten.

Der vom Schiedsgericht der Sozialversicherung bestellte Sachverständige gelangte zu dem Schluss, dass die fragliche Behandlung den Nutzen und das Notwendige nicht überstieg, dem Gesundheitszustand der Patientin bestmöglich entsprach und mit den von der Wissenschaft ermittelten Daten übereinstimmte. In dem Fall ging es um eine Behandlung mit Schwerpunkt auf der Normalisierung der Darmflora, dem Abbau von oxidativem Stress, der Säure-Base-Entgiftung, der Regulierung des biologi-

schen und des Immunsystems und der anti-oxidativen Behandlung.

Aufgrund des Versagens traditionellerer Methoden wurde die Behandlung einer schweren Depression und eines chronischen Müdigkeitssyndroms eingeleitet, was zu einem schweren asthenischen Status führte. Sie war Teil der ganzheitlichen und integrativen Behandlungen.

In Anbetracht der Art, der Wirkungsweise, der Auswirkungen und der Wirksamkeit der fraglichen Behandlung gelangte das Schiedsgericht zu der Auffassung, dass diese Behandlung mit den von der Wissenschaft ermittelten Daten übereinstimmt.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 10. Juni 2016, S. gegen CNS, Rechtssache CNS 223/14

In seiner Beurteilung muss der medizinische Kontrolldienst der Sozialversicherung Bericht erstatten über die objektive medizinische Auswertung des Gesundheitszustands des Patienten, seine Geschichte und den wahrscheinlichen Krankheitsverlauf, das Ausmaß der Schmerzen und die Art seiner Behinderung zum Zeitpunkt der Antragstellung<sup>26</sup>. Diese Beurteilung wird im Genehmigungsantrag dokumentiert<sup>27</sup>.

# Veranschaulichung 4: Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes über die Angemessenheit der Behandlung

Der Versicherte hatte die Überweisung ins Ausland beantragt, um eine stationäre Behandlung in Brüssel (Belgien) zu erhalten. Der Präsident der CNS verweigert die Genehmigung mit der Begründung, dass in Luxemburg eine angemessene Behandlung möglich ist. In Folge eines Rechtsmittels des Patienten gelangt das Schiedsgericht zu der Auffassung, dass die CNS nur die Möglichkeit einer Behandlung in Luxemburg, nicht jedoch deren Angemessenheit bewertete.

Das Schiedsgericht gibt dem Patienten Recht. Die einzige, im Übrigen nicht dokumentierte, Information des Arztes, dass eine Behandlung in den in der Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes genannten luxemburgischen Krankenhäusern möglich war, zeige nicht, dass dieser Arzt Kenntnis des Gesundheitszustands des Patienten hatte oder eine objektive ärztliche Beurteilung diesbezüglich, seiner Vorgeschichte oder des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufes vorgenommen hatte. Darüber hinaus hatte ein Luxemburger Arzt bestätigt, dass die neue Behandlungstechnik in der betrachteten Fachrichtung in Luxemburg nicht optimal beherrscht wurde.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 20. Juni 2014, F. gegen  $CNS^{28}$ 

Auf der Grundlage dieser Einschätzung gibt der medizinische Kontrolldienst ein Gutachten darüber ab, ob die bean-

tragten Leistungen innerhalb einer medizinisch vertretbaren Frist in Luxemburg erbracht werden können oder nicht.





<sup>26</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 6 Unterabsatz 1.

<sup>27</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 6 Nummer 1.

<sup>28</sup> Das Urteil wurde im Berufungsverfahren reformiert (Oberster Rat der Sozialversicherung, 29. Februar 2016, CNS gegen F., Rechtssache Nr. 2016/0049).



#### Veranschaulichung 5: Die kurzen Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes

In einem Prozess, den der Patient schlussendlich gegen die CNS gewonnen hat, kritisieren die beiden Sozialversicherungsgerichte das Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes folgendermaßen:

" ... sei hinzugefügt, dass die mehr als kurzen Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes der Sozialversicherung ... welche nur besagen," ... Behandlung in Luxemburg möglich ... "und nicht einmal Position beziehen zu der detaillierten Begründung der Auslandsüberweisung seitens des Arztes ... zur Unterstützung des Antrags auf Genehmigung der Überweisung ins Ausland ...".

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 17. Januar 2013, K. gegen CNS; Oberster Rat der Sozialversicherung, 6. Juni 2014, CNS c / K., Nr. 2014/0121

#### Veranschaulichung 6: Die Beweislast

Bei einer interventionellen neuroradiologischen Behandlung legte die CNS Berufung ein (nachdem sie vom Schiedsgericht abgewiesen worden war) und führte dazu aus, dass der Eingriff dem Patienten in seinem Wohnsitzstaat innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums erbracht werden könnte, in Anbetracht des aktuellen Gesundheitszustandes und des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs.

Der Oberste Rat der Sozialversicherung schlägt sich auf die Seite der CNS. Nach Angaben des Berufungsgerichts ist es Sache des Versicherten, nachzuweisen, dass der Eingriff in seinem Wohnsitzland angesichts des gegenwärtigen Gesundheitszustands und des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs nicht innerhalb einer medizinisch vertretbaren Frist erbracht werden kann. Dieser Beweis sei hier nicht erbracht worden.

Quelle: Oberster Rat der Sozialversicherung, 29. Februar 2016, CNS gegen F., Fall Nr. 2016/0049

Wenn die luxemburgischen Rechtsvorschriften keine Leistungen vorsehen, gibt der medizinische Kontrolldienst eine

Stellungnahme zur Unabdingbarkeit der angeforderten Leistungen ab $^{29}$ .



#### Veranschaulichung 7: Schlechte Kommunikation zwischen der CNS und des medizinischen Kontrolldiensts

Ein Patient erhielt für eine von einem in Deutschland ansässigen Zahnarzt erbrachte zahnärztliche Behandlung keine Erstattung. Ihm wurde von der CNS mitgeteilt, dass sein Fall anhängig bleiben würde, bis dass er diesbezügliche Röntgenbilder mit den Implantaten zur Verfügung stellt.

Der Antragsteller weigerte sich jedoch, nur für weitere Röntgenaufnahmen erneut zu seinem Zahnarzt nach Heidelberg zu reisen, wobei seine Behandlung schon fertig war und weitere Röntgenaufnahmen aus medizinischen Gründen nicht gerechtfertigt waren. Nach Angaben des vom Ombudsman befassten medizinischen Kontrolldienstes der Sozialversicherung, sei die Realisierung neuer Röntgenaufnahmen nicht erforderlich und ein Gutachten könne auch nach einer zahnärztlichen Untersuchung festgestellt werden, in Ermangelung einer medizinischen Bildgebung der Implantate. Anscheinend hatte der medizinische Kontrolldienst der CNS nie die Anweisung erteilt, immer Röntgenaufnahmen der Implantate anzufordern.

Quelle: Ombudsmann, Tätigkeitsbericht, 2015, herunterladbar von <u>www.ombudsman.lu</u>, S. 25

Die Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes der Sozialversicherung wird dem Patienten nicht übermittelt. Diese kann nur mittels der Entscheidung der CNS

nachvollzogen werden, wenn diese die beantragte Genehmigung erteilt (im Falle einer positiven Stellungnahme) oder ablehnt (im Falle einer negativen Stellungnahme).

#### Kommentar 1: Die fehlende Übermittlung der Gutachten des medizinischen Kontrolldiensts

Der Verwaltungsrat der CNS hat es sich zur Gewohnheit gemacht, die Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes nicht der Akte beizulegen, und dem Patienten somit nicht mitzuteilen.

Die Frage stellt sich, ob diese mangelnde Mitteilung nicht die Verteidigungsrechte des Patienten verletzt, da dieser nicht in die Lage versetzt wird, die formale und materielle Regelmäßigkeit der Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes zu beurteilen. Zu beachten ist, dass die großherzogliche Verordnung vom 8. Juni 1979 betreffend die vom Staat und den Gemeinden zu beachtenden Prozeduren, insbesondere in seinem Artikel 4, vorschreibt, dass Stellungnahmen von beratenden Gremien im Vorfeld einer Entscheidung begründet sein müssen und die tatsächlichen und rechtlichen Elemente, auf denen sie aufbauen, erläutern müssen.

# 目

## Kommentar 2: Die Übereinstimmung der Verwaltungsentscheidung mit dem Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes

Der Verwaltungsrat der CNS verweist in mehreren Fällen auf die "übereinstimmenden negativen" Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes, und auf Artikel 419, Absatz 5, des Sozialversicherungsgesetzbuches, welcher es ihm auferlegt, sich dem Gutachten des medizinischen Kontrolldienstes zu unterwerfen.

Die Aufgabe des medizinischen Kontrolldienstes besteht darin, den Gesundheitszustand der Versicherten zu beurteilen (Artikel 419, Absatz 1, des Sozialversicherungsgesetzbuches), und die CNS im Hinblick auf die Übernahme von Leistungen der Sozialversicherung zu beraten (Artikel 419, Absatz 2, des Sozialversicherungsgesetzbuches).

Das durch Artikel 419, Absatz 5, des Sozialversicherungsgesetzbuches eingeführte System besteht jedoch darin, dem medizinischen Kontrolldienst der Sozialversicherung ein generelles Vetorecht zuzustehen, ohne Ausnahme, und über das sich der Verwaltungsrat der CNS nicht hinwegsetzen kann.

Ist Artikel 419, Absatz 5, des Sozialversicherungsgesetzbuches demgemäß nicht konträr zu Artikel 397, Absatz 2, des Sozialversicherungsgesetzbuches, welcher vorsieht, dass nur die Handlungen des Präsidenten oder des Verwaltungsrats der CNS für die CNS rechtsverbindlich sind? Oder zu der luxemburgischen Verfassung?

Die CNS muss den Antrag innerhalb eines Zeitrahmens bearbeiten, der mit dem Grad der Dringlichkeit und Verfügbarkeit der Versorgung vereinbar ist. Die Frist zur Übermittlung der Entscheidung an den Versicherten beträgt maximal 3 Wochen. Die Frist beginnt mit dem Eingang des vollständigen Antrags bei der CNS.

Wenn die CNS nicht in der Lage ist, auf den Antrag innerhalb dieser Frist zu antworten, muss sie den Versicherten darüber benachrichtigen und ihm die Umstände mitteilen, welche die Verarbeitungszeit aussetzen<sup>30</sup>.

#### (d) Entscheidung der CNS

Die Nationale Gesundheitskasse erteilt die Genehmigung zur Behandlung im Ausland, wenn die beantragten Leistungen Teil der Leistungen gemäß Artikel 17, Absatz 1, des Sozialversicherungsgesetzbuches sind und wenn diese, in Anbetracht der Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes, dem Versicherten in Luxemburg nicht innerhalb einer vertretbaren Frist oder in medizinisch akzeptabler Qualität erbracht werden können, und zwar auf der Grundlage einer

objektiven medizinischen Bewertung, die auf dem Genehmigungsantrag dokumentiert ist, des Gesundheitszustands des Patienten, seiner Vorgeschichte, des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs, des Ausmaßes seiner Schmerzen oder der Art seiner Behinderung zum Zeitpunkt des Antrags<sup>31</sup>.

Sind die Leistungen nach luxemburgischem Recht nicht vorgesehen, wird die Genehmigung auch erteilt, wenn die

<sup>30</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 11. Siehe Richtlinie 011/24/EU, Artikel 9.3.

<sup>31</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 2. Satzung der CNS, Artikel 28 (6) unter 1). Richtlinie 02011/24/EU, Artikel 8.5.

Leistungen nach Ansicht des medizinischen Kontrolldienstes unentbehrlich sind<sup>32</sup>.

#### S2 Genehmigung

Wenn die Bedingungen im Rahmen der Verordnung 883/2004 erfüllt sind (u.a. wenn der Antrag sich auf eine vertraglich gebundene Einrichtung oder Krankenhaus im Land der Behandlung bezieht), stellt die CNS eine S2 Genehmigung aus, die das Recht auf eine geplante Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz bescheinigt. In dem Formular wird die Adresse des Leistungsempfängers, die Dauer der Übernahme der Leistungen und, falls möglich, die Einrichtung angegeben, die mit der Leistungserbringung beauftragt ist. Der Entscheidung ist ein Informationsschreiben über die Rechte und Pflichten des Patienten beigefügt<sup>33</sup>. Gegebenenfalls wird ein Kostenübernahmeschein für das zugelassene Transportmittel ausgestellt<sup>34</sup>.

Der S2 gilt für den in Ziffer 2.3.1 des Formulars angegebenen Zeitraum. Diese Gültigkeitsdauer entspricht in der Regel der vom verschreibenden Arzt beantragten Dauer, auf deren Grundlage der medizinische Kontrolldienst seine Stellungnahme abgegeben hat. Eine eventuelle Verlängerung kann von den behandelnden Ärzten aus medizinischen Gründen beantragt werden.

Eine Verlängerung kann von den behandelnden Ärzten in der gleichen Form beantragt werden wie der erste Antrag.

Gemäß der Verordnung 883/2044 gilt die Behandlung nur für die im S2 Bescheid aufgeführte Einrichtung, die eine zugelassene Einrichtung im Behandlungsland sein muss. Der Überweisungsantrag betrifft zwangsläufig eine bestimmte Behandlung in einer bestimmten Einrichtung und wird von der CNS nach befürwortender Stellungnahme des medizinischen Kontrolldienstes genehmigt.

Wenn nach der Ausstellung des Formulars S2 (ex-E112) eine erneute Konsultation des Arztes oder des ausländischen Krankenhauses erforderlich ist, um eine medizinische Nachsorge der Behandlung zu gewährleisten, hat der medizinische Kontrolldienst die Möglichkeit, den Patienten von der Vorlage eines neuen formellen Antrags zu befreien<sup>35</sup>.

Das Formular S2 ist auch dann gültig, wenn der behandelnde Arzt während eines Aufenthalts in einem ausländischen Krankenhaus entscheidet, dass eine dringende Behandlung in einer anderen Einrichtung auch außerhalb der EU erforderlich ist. In einem solchen Fall kann die CNS nicht verlangen, dass der Patient zu seinem Wohnort zurückkehrt, um sich dort einer medizinischen Untersuchung zu unterziehen. Es ist Sache des Mitgliedstaats, in dem der Inhaber des Formblatts S2 behandelt wurde, über die angemessene Behandlung zu entscheiden. In der Regel ist die Krankenkasse an die Entscheidungen im Zusammenhang mit der diagnostizierten Pathologie sowie an die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen gebunden. Die Entscheidung, in einem Nicht-EU-Mitgliedstaat eine Versorgung zu leisten, ist eine dieser Entscheidungen. Solange die Behandlung objektiv angemessen bleibt, ist sie durch das S2-Zertifikat abgedeckt36.

Es ist unklar, ob der ausländische Arzt, der die Behandlung anbietet, verpflichtet ist, das Formular S2 anzunehmen. Aus diesem Grund ist es für die Versicherten vorzuziehen, sich beim ausländischen Fachzentrum vorab zu informieren, ob dieses damit einverstanden ist, das S2-Formular anzunehmen und alle erforderlichen Schritte bei der gesetzlichen Krankenkasse im Ausland zu unternehmen. Ergreift das Fachzentrum keine Maßnahmen, muss sich der Versicherte bei einer örtlichen Krankenkasse seiner Wahl erkundigen, welches Verfahren mit dem Formular S2 durchzuführen ist.

Für Behandlungen mit hochspezialisierten oder anderen medizinischen Gütern, die besonderen Zulassungsverfahren durch die Krankenkasse des Behandlungsortes unterliegen, ist es wichtig, dass das Formular S2 mit dem Antrag auf Übernahme der Medizinprodukte bei der Krankenkasse im Ausland zur Genehmigung eingereicht wird. Im Allgemeinen sorgt das ausländische Fachzentrum für die Einhaltung seiner Verfahren.

Verweigert der Anbieter die Unterstützung aufgrund des S2 Bescheids, ist der Versicherte verpflichtet, die Rechnung zu bezahlen und eine Erstattung zu verlangen. Bei stationärer Behandlung sollten die zugelassenen Zentren die Behandlung direkt bei der Kasse des Behandlungslandes abrechnen. Manchmal benötigen sie ein von dieser Krankenkasse ausgestelltes Übernahmeformular.

<sup>32</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 2. Satzung der CNS, Artikel 28 (6) unter 2.

<sup>33</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 7. Richtlinie 2011/24/EU, Artikel 8.3.

**<sup>34</sup>** Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 12

<sup>35</sup> Satzung der CNS, Artikel 27 Absatz 3.

<sup>36</sup> EuGH, 12. April 2005, les héritiers de von Annette Keller gegen INSS und Ingesa, C-145/03, I-2529.

Wenn der Versicherte im Falle einer stationären Behandlung eine Rechnung von der Einrichtung erhält, während ihm ein S2 Bescheid ausgestellt wurde, ist es nützlich, die Einrichtung für eine mögliche direkte Übernahme zu kontaktieren<sup>37</sup>.

#### Genehmigung "Richtlinie"

Wenn die Bedingungen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 nicht erfüllt sind, erteilt die CNS eine Genehmigung gemäß Artikel 20 CSS ("Richtlinie"-System)<sup>38</sup>. Dies ist der Fall, wenn ein Formular S2 nicht erstellt werden kann, weil die

Versorgung nicht in den Geltungsbereich der Krankenversicherung fällt (z. B. seltene Krankheiten) oder in einer privaten Einrichtung durchgeführt wird oder weil der Versicherte sich für die Anwendung der Bestimmungen der Richtlinie entscheidet.

Betrifft der Antrag eine nicht autorisierte private Einrichtung, die den S2 Schein nicht akzeptiert, gilt der Kostenübernahmeschein nur für die auf dem Antrag angegebene spezifische Einrichtung.

#### (e) Reaktion im Falle einer Ablehnung

Wenn die Bedingungen nicht gemäß Verordnung 883/2004 und auch nicht nach Artikel 20 CSS erfüllt sind, lehnt die CNS die Kostenübernahme ab<sup>39</sup>. Hier muss sie sich auf die spezifischen Bestimmungen berufen, auf welchen diese Ablehnung beruht. Im Übrigen ist die Ablehnung vor dem Hintergrund dieser Bestimmungen angemessen zu begründen<sup>40</sup>.

Ablehnungen durch die Nationale Gesundheitskasse können sowohl aus medizinischen als auch aus administrativen Gründen erfolgen $^{41}$ .

Aus verwaltungstechnischen Gründen werden Ablehnungen oft durch die Tatsache begründet, dass die angeforderte Leistung nicht in dem Gesundheitssystem des Landes, in dem die Behandlung stattfinden soll, vorgesehen ist, oder dass die ausgewählten Anbieter in dem anderen EU-Staat keine Vereinbarung mit der gesetzlichen Krankenversicherung dieses Landes haben<sup>42</sup>. In diesen Fällen erteilt die CNS keine Genehmigung, da im Land der Behandlung keine Kostenübernahme für diese Versorgung vorgesehen ist.



<sup>37</sup> Die Hilfe der internationalen Abteilung der CNS kann hierzu ebenfalls angefragt werden. Die Beamten werden versuchen, den Anbieter zu überzeugen, das S2-Formular zu akzeptieren und die Rechnung zurückzuziehen.

<sup>38</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 8.

<sup>39</sup> Satzung der CNS, Artikel 28 Absatz 10.

<sup>40</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 2. Siehe Richtlinie 2011/24 / EU, Artikel 9.4.. EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan.

**<sup>41</sup>** Die Zahl der von der CNS ausgestellten Ablehnungen betrug 1.549 im Jahr 2017 und 941 im Jahr 2018. Quelle: Antwort des Ministers für soziale Sicherheit vom 26. Juni 2019 auf die parlamentarische Anfrage Nr 738 der Abgeordneten Martine Hansen und Marc Spautz vom 17. Juni 2019.

**<sup>42</sup>** Siehe Jean-Marie Feider, Rede zu medizinischen Leistungen im Ausland, Konferenz zum "Europäischen Verbraucherrecht", 14. Oktober 2005, Seite 8.



#### Erläuterung 5: Prävalenz des europäischen Rechts in Bezug auf das luxemburgische Recht

Die Ombudsfrau wird regelmäßig bei Fällen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu Rate gezogen. In ihrem Aktivitätsbericht von 2017 bezieht sie sich auf den Fall von zwei Antragstellern, denen die Vorabgenehmigung für eine Behandlung in ausländischen Krankenhäusern von der CNS verweigert wurde.

Der Grund für diese Ablehnung lag in den Bestimmungen des Gesetzes vom 1. Juli 2014 zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011. Die CNS führte hierzu aus, dass das Verfahren der Vorabgenehmigung nur Anwendung findet, wenn die grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen entweder einen Aufenthalt des Versicherten in einem Krankenhaus für mindestens eine Nacht oder die Nutzung von hochspezialisierten und kostenintensiven Infrastrukturen mit sich ziehen. Gemäss dem Gesetz vom 1. Juli 2014 zur Umsetzung der genannten Richtlinie fielen nur "stationäre Krankenhausversorgung sowie Behandlungen, die mit der Nutzung von hochspezialisierten und kostenintensiven Infrastrukturen oder medizinischer Ausrüstung einhergehen" in den Anwendungsbereich der Vorabgenehmigung.

Die Ombudsfrau hat jedoch auf Randnummer (31) der genannten Richtlinie verwiesen, die dazu führt, dass die Bestimmungen dieser Richtlinie nicht die Wirkung haben, dass Versicherte die vorteilhafteren Rechte, welche durch die Verordnungen der EU zur Koordinierung der Systeme der Sozialversicherung garantiert werden, verlieren, wenn die durch diese Verordnungen bestimmte Bedingungen erfüllt sind.

Die Ombudsfrau hat daran erinnert, dass auf der Grundlage von Artikel 20 § 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, die Vorabgenehmigung und die Kostenrückerstattung gewährt werden müssen, wenn die Behandlung in der Gesetzgebung des zuständigen Mitgliedstaats vorgesehen ist, und wenn diese unmöglich im Land des Wohnsitzes in einem medizinisch annehmbaren Zeitraum, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der Antragstellers und dessen Krankheitsverlauf durchzuführen ist.

Die Ombudsfrau berichtet außerdem, dass die Bestimmungen der Europäischen Verordnung unmittelbar anwendbar sind. Das luxemburgische Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie könne daher nicht als Rechtfertigung für eine Ablehnung der Anwendung von Artikel 20 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 herangezogen werden.

Schlussendlich macht die CNS sich die Argumente der Ombudsfrau zu eigen und gewährt den Antragstellern die Vorabgenehmigung.

Quelle: Ombudsman, Tätigkeitsbericht, 2017, abrufbar unter <u>www.ombudsman.lu</u>, Seite 110

Medizinische Gründe für eine Ablehnung werden geltend gemacht, insbesondere wenn der medizinische Kontrolldienst der Ansicht ist, dass die Versorgung in Luxemburg genauso gut erbracht werden kann oder wenn der behandelnde Arzt nicht nachweisen konnte, dass die im Großherzogtum erbrachte Versorgung nicht angemessen ist.

Tatsächlich kann die Kostenübernahme verweigert werden, wenn die im Ausland vorgesehene Versorgung im Hoheits-

gebiet Luxemburgs innerhalb einer medizinisch vertretbaren Zeit, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des jeweiligen Patienten und des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs, erbracht werden kann<sup>43</sup>, wenn in Luxemburg eine identische oder gleich wirksame Behandlung des Patienten rechtzeitig erreicht werden kann<sup>44</sup>.

<sup>43</sup> Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABI. L 166 vom 30.4.2004, S. 1-123, Artikel 20.2.. Richtlinie 2011/24 / EU, Artikel 8.6.d.

<sup>44</sup> EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan.

#### Veranschaulichung 8: Der Fall der Schlittenprothese

Der Versicherte, der an einer Arthrose des linken Knies leidet, beantragte seine Überweisung ins Ausland für eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus in Kaiserslautern. Die Zulassung wird verweigert: nach Angaben des medizinischen Kontrolldienstes ist in Luxemburg eine angemessene Behandlung möglich. Ein Transfer wäre nicht gerechtfertigt, würde nicht den Bedingungen der Wirtschaftlichkeit entsprechen und einfach eine persönliche Annehmlichkeit darstellen, da Luxemburg über mehrere Krankenhausdienste verfügt, die die Art des gewünschten Eingriffs anbieten.

Das Schiedsgericht entschied zugunsten der CNS. Die versicherte Person hätte keine begründeten medizinischen Überlegungen angestellt, die die Meinung des medizinischen Kontrolldienstes in Frage stellen könnten, und auch nicht die Kosten und Kriterien für die Qualität der Versorgung dargelegt, die die betreffende Behandlung in Luxemburg unmöglich oder unangemessen machen<sup>45</sup>.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 17. November 2014, S. gegen CNS, Rechtssache CNS 95/14

#### Kommentar 3: Die Beweislast auf Seiten des Versicherten

Wie kann eine versicherte Person begründete medizinische Überlegungen anstellen, die die Meinung des medizinischen Kontrolldienstes in Frage stellen können? Wie kann man vernünftigerweise erwarten, dass der Versicherte die Kosten und die Kriterien für die Qualität der Versorgung festlegt, die eine Behandlung im Groß-

herzogtum Luxemburg unmöglich oder unangemessen machen?

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 17. November 2014, S. gegen CNS, Rechtssache CNS 95/14



Eine 83-jährige Patientin beantragte eine Auslandsüberweisung für eine Operation am linken Knie in einem Krankenhaus in Paris, Frankreich. Nach Angaben der CNS ist in Luxemburg eine angemessene Behandlung möglich und die Überweisung übersteigt den Nutzen und das Notwendige.

Das Schiedsgericht gibt der Patientin Recht. Die Ablehnung der CNS würde die Dienstleistungsfreiheit und das Recht des Versicherten auf Gesundheit in ungerechtfertigter und unverhältnismäßiger Weise einschränken. Die Ablehnungsentscheidung würde das Gleichgewicht zwischen dem Sozialschutz der versicherten Person und den Erfordernissen aus Gründen des Allgemeininteresses zum Nachteil des Patienten zerstören.

Der Oberste Rat der Sozialversicherung stellt sich auf die gleiche Seite wie das erstinstanzliche Gericht, nachdem er den konkreten Fall der Patientin gewürdigt hat. Seit einem sehr schweren Verkehrsunfall im Jahr 1954 musste sich die Patientin mehreren Operationen unterziehen. Sie war zwanzig Jahre lang im Pariser Krankenhaus medizinisch behandelt worden. In den Jahren 2011 und 2012 wurden Überweisungen ins Ausland gewährt. Der orthopädische Kontext der Patientin sei schwerwiegend (Prothese der rechten Hüfte 1991 mit anschließenden Operationen, die aufgrund einer Infektion auf dieser Ebene iterativ abliefen, totale Prothese der linken Hüfte 2012). Dem Obersten Rat zufolge ist das Pariser Ärzteteam, das sich der komplexen orthopädischen und infektiösen Probleme der Patientin bewusst ist, am besten in der Lage, die chirurgischen Eingriffe der Versicherten selbst zu übernehmen, da ihm die komplette Krankenakte ihrer Patientin zur Verfügung steht. Für diese ganzheitliche Pathologie könnten in Luxemburg keine angemessene Behandlung und keine ausreichend qualitative Versorgung mit den gleichen Erfolgschancen garantiert werden.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 17. November 2014, A. gegen CNS; Oberster Rat der Sozialversicherung, 29. Februar 2016, CNS gegen A., Rechtssache 2016/0050







<sup>45</sup> Im Berufungsverfahren erklärte der Oberste Rat der Sozialversicherung, indem er die Entscheidung des Schiedsgerichts aufhob, den Antrag auf Überweisung als unzulässig, da dieser von einem Allgemeinarzt und nicht von einem Facharzt unterzeichnet wurde, wie es Artikel 27 Absatz 1 der Satzung der CNS erfordert (Oberster Rat der Sozialversicherung, 3. April 2017, S. gegen CNS, Rechtssache 2017/0140). In der Zwischenzeit wird diese Anforderung in Artikel 27 der CNS-Satzung nicht mehr erwähnt.



#### Veranschaulichung 10: Legitimes Vertrauen in das Verhalten der Verwaltung

Einer Patientin wurden zwischen 2013 und 2017 vier S2 Berechtigungen für eine Immunglobulin Infusionsbehandlung in einem Krankenhaus in London (Vereinigtes Königreich) ausgestellt, da sie unter einem IgG-Unterklasse-Defizit leidet. Als ihr behandelnder luxemburgischer Arzt die Erneuerung der S2-Genehmigung im Oktober 2018 beantragt, wird die Vorabgenehmigung abgelehnt, da in Luxemburg eine angemessene Behandlung möglich sei und die beantragte Überweisung eine persönliche Annehmlichkeit darstelle, welche die Kriterien der Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt.

In ihrem Einspruch vor dem Schiedsgericht argumentiert die Patientin, dass sie in legitimer Weise glauben musste, dass die Verwaltung, in diesem Fall die CNS, ihre frühere Position beibehält, in Tatbeständen, die genau die gleichen sind wie diese, welche seit 2013 festgestellt wurden.

Der Fall ist beim Schiedsgericht anhängig.

Quelle: Klage vom 3. Juni 2019, R. gegen CNS, Rechtssache CNS 124/19

Für den Fall, dass sich die Nationale Gesundheitskasse weigert, die Kosten zu decken, weil in Luxemburg ausreichende und angemessene Therapien angeboten werden und sich keine medizinische Notwendigkeit stellt, Sie in einer Klinik im Ausland behandeln zu lassen, haben Sie jedoch die Möglichkeit, unter Bezugnahme auf das EU-Recht, folgende Argumente vorzubringen<sup>46</sup>:

 Die Genehmigung kann Ihnen nur dann wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, mit der die Krankenkasse des Versicherten eine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat. Bei dieser Beurteilung muss nicht nur der Gesundheitszustand des Patienten zum Zeitpunkt des Genehmigungsantrags medizinisch objektiv beurteilt werden, sondern auch seine Vorgeschichte, die voraussichtliche Entwicklung der Krankheit sowie das Ausmaß der Schmerzen und / oder die Art der Behinderung berücksichtigt werden<sup>47</sup>.



<sup>46</sup> EuGH, 12. Juli 2001, Smits and Peerbooms.

<sup>47</sup> EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan.

#### Veranschaulichung 11: Zwei Misserfolge in Luxemburg, aber kein drittes Mal

Ein Luxemburger Patient wurde 2008 von einem luxemburgischen Arzt einer Prostatektomie unterzogen, gefolgt von 35 Strahlentherapiesitzungen. Postoperative Komplikationen traten als suprapubische Protuberanz rechts von der Mittellinie auf. Im Jahr 2009 unterzog er sich zwei Eingriffen zur Behandlung der Leistenbrüche. Beide Operationen schlugen fehl.

Er beantragte bei der CNS, in eine Klinik in Mougins (Frankreich) verlegt zu werden, die sich auf die Bauchdeckenchirurgie spezialisiert hat, um sich dort einer bilateralen Leistenhernioplastik und einer medianen Beatmungskur zu unterziehen.

Der medizinische Kontrolldienst gibt negative Stellungnahmen ab, ohne den Versicherten zu untersuchen, und die CNS verweigert die Genehmigung mit der Begründung, dass die beantragte Behandlung in Luxemburg möglich wäre. Ihm wird eine dritte Operation in Luxemburg empfohlen, diesmal durch eine horizontale Öffnung des Magens und nicht vertikal.

Das Schiedsgericht ernennt einen Sachverständigen mit der Aufgabe, die Pathologien und die Frage der Möglichkeit einer angemessenen Behandlung in Luxemburg zu erörtern. Der Sachverständige gelangt zu dem Schluss, dass die Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die CNS erfüllt sind. Das Schiedsgericht befürwortet diese Feststellungen und reformiert die CNS-Entscheidung.

Nach Angaben des Obersten Rates wurde festgestellt, dass es in Luxemburg keine Spezialisten für Bauchdeckenoperationen gibt. Die Praxis und die Kosten würden der Behauptung der CNS widersprechen, dass die angeforderte Behandlung in Luxemburg einwandfrei durchführbar sei. Der Oberste Rat fährt fort: "Es kann in der Tat nicht von den Versicherten verlangt werden ... dass sie sich mehreren operativen Versuchen, chirurgischen Tests in Luxemburg unterziehen, bis sie diejenigen finden, die erfolgreich sein werden, ehe sie die Vorabgenehmigung für eine Überweisung ins Ausland erhalten". Die Berufung der CNS wird für unbegründet erklärt.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 17. Januar 2013, K. gegen CNS; Oberster Rat der Sozialversicherung, 6. Juni 2014, CNS gegen K., Nr. 2014/0121

#### Veranschaulichung 12: Minimalinvasive Behandlung

Ein Versicherter, der an einer Bandscheibenerkrankung mit Links-Ischias leidet, möchte sich in einem Krankenhaus in Porto (Portugal) mit einer perkutanen minimal-invasiven Nukleoplastik behandeln lassen. Nach Angaben der CNS ist in Luxemburg eine angemessene Behandlung möglich. Die Vorabgenehmigung wird am 5. Juli 2013 verweigert.

Der Versicherte lässt sich trotzdem Ende Juli 2013 operieren.

Das Schiedsgericht reformiert die Entscheidung der CNS im Jahr 2014: die bloße Machbarkeit einer Behandlung in Luxemburg würde nicht ausreichen, um den Antrag des Versicherten abzulehnen.

Im Berufungsverfahren macht das CNS geltend, dass die Überweisung den Nutzen und die Notwendigkeit sowie die Bedingungen der Wirtschaftlichkeit überschreite, da die Behandlung in Luxemburg möglich sei.

Der Oberste Rat ist anderer Meinung: Die Akte enthalte keinen Hinweis darauf, dass die Behandlung in Luxemburg innerhalb einer medizinisch vertretbaren Frist möglich war. Im Gegenteil sei die mini-invasive Behandlung erfolgreich gewesen und hätte dem Patienten ein größeres Risiko oder einen Folgeeingriff erspart, was nach Ansicht des Obersten Rates wiederum die Wirtschaftlichkeit der Behandlung in Frankreich zeige. Die Berufung der CNS wird zurückgewiesen.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 14. Februar 2014, V. gegen CNS; Oberster Rat der Sozialversicherung, 23. Januar 2015, CNS gegen V., Nr. 2015/0019







#### Veranschaulichung 13: Ein Mangel an Medikamenten rechtfertigt eine Vorabgenehmigung

Die Vorabgenehmigung kann nicht abgelehnt werden, wenn die betreffende Krankenhausversorgung aufgrund eines Mangels an notwendigen Arzneimitteln und medizinischen Hilfsmitteln im Wohnsitzmitgliedstaat des Sozialversicherten nicht rechtzeitig erbracht werden kann. Diese Unmöglichkeit ist auf der Ebene aller Krankenhäuser in diesem Mitgliedstaat zu beurteilen, die in der Lage sind, diese Versorgung zu erbringen, und unter Berücksichtigung der Frist, in der sie rechtzeitig bezogen werden kann.

In einem rumänischen Fall litt eine Patientin mehrere Jahre an einer schweren Gefäßerkrankung. Im Jahr 2007 hatte sie einen Myokardinfarkt, woraufhin sie operiert wurde. Im Laufe des Jahres 2009 verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand und sie wurde in das Institutul de Boli Cardiovasculare in Timisoara (Rumänien) eingeliefert. Die medizinischen Untersuchungen führten zu der Entscheidung, eine Operation am offenen Herzen durchzuführen, um die Mitralklappe zu ersetzen und zwei Stents zu implantieren .

In der Überzeugung, dass die materiellen Bedingungen dieses Krankenhauses für eine solche Operation nicht zufriedenstellend waren, beschloss die Patientin, sich in eine Klinik in Deutschland zu begeben, wo dieser Eingriff durchgeführt wurde. Die Kosten für diesen Eingriff und den postoperativen Krankenhausaufenthalt beliefen sich auf insgesamt 17.714,70 €. Bevor sie sich nach Deutschland begab, hatte sie die Kostenübernahme gemäss E 112 beantragt. Diese wurde mit der Begründung abgelehnt, dass aus dem ärztlichen Gutachten nicht hervorgehe, dass die angeforderte Leistung, welche Teil der Grundversorgung ist, nicht in einer medizinischen Einrichtung in Rumänien in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und der Entwicklung ihrer Krankheit, innerhalb eines angemessenen Zeitraums durchgeführt werden konnte.

Quelle: Gerichtshof der Europäischen Union, Urteil vom 9. Oktober 2014, Elena Petru gegen Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Rechtssache C-268/13

• Die Vorabgenehmigung kann nicht allein aufgrund des Bestehens von Wartelisten verweigert werden, welche dazu dienen, das Krankenhausangebot nach Maßgabe von den allgemein festgelegten klinischen Prioritäten zu planen und zu verwalten. Die CNS muss vielmehr Ihren persönlichen Gesundheitszustand berücksichtigen und nachweisen, dass die vorgesehene Wartezeit die Frist nicht überschreitet, die nach medizinisch objektiver Einschätzung der bei Ihnen benötigten Behandlung angemessen ist<sup>48</sup>. Im Übrigen muss bei der Festlegung der Wartezeiten so flexibel und aktiv vorgegangen werden, dass eine ursprünglich festgesetzte Frist angepasst werden kann, wenn Ihr Gesundheitszustand dies erfordert.

 Die Vorabgenehmigung kann nicht unter Hinweis darauf verweigert werden, dass die Behandlung in einem anderen Staat teurer ist als in Luxemburg. Dies allein reicht als Begründung nicht aus, sofern die Wartezeit in Luxemburg die aus medizinischer Sicht vertretbare Frist überschreitet.

#### Veranschaulichung 14: Die Kosten der Behandlung

Ein in Luxemburg wohnhafter Patient wurde regelmäßig in einer Klinik in Allensbach (Deutschland) ambulant rehabilitiert. Nachdem die CNS die beantragte Vorabgenehmigung verweigert hatte, beauftragte das Schiedsgericht einen Sachverständigen (in der Person eines auf Neurologie spezialisierten Luxemburger Arztes), zu beurteilen, ob eine für den Patienten identische oder den gleichen Wirksamkeitsgrad aufweisende Behandlung zeitnah durch eine Einrichtung im Großherzogtum realisierbar ist und wie hoch die Kosten hierfür sind.

Der Experte gibt an, dass ihm die Kosten für die Behandlung in geriatrischen Diensten und im Rehazenter unbekannt sind und dass dieses Problem weit über den Rahmen eines neurologischen Fachwissens hinausgeht.

In der mündlichen Verhandlung vom 26. Februar 2015 erklärt die CNS: "Der Preis darf nicht darüber entscheiden, ob die Behandlung in Luxemburg oder in Deutschland erfolgen soll. Nicht ein einzelner Fall, sondern identische Fälle sollten berücksichtigt werden, um das Ungleichgewicht der sozialen Sicherheit zu bewerten. Das Rehazenter hätte Behandlungen und Strukturen eingerichtet, die vom luxemburgischen Staat finanziert werden."

Der Patient verteidigt sich und legt konkrete und auf Informationen aus dem Jahr 2012 begründete Zahlen vor. Für eine 28tägige Behandlung berechne die deutsche Klinik 4.761,40 Euro und das Rehazenter 17.592,40 Euro, d.h. 3,69 mal mehr.

Das Element der Wirtschaftlichkeit, das die CNS im vorliegenden Fall trotz Artikel 23 des Sozialversicherungsgesetzbuchs als nicht anwendbar erachtet, veranlasst den Hohen Rat, die Berufung der CNS abzulehnen. Es sei darauf hingewiesen, dass die CNS die vom Patienten angeführten Zahlen nicht bestreiten konnte.

Quelle: Oberster Rat der Sozialversicherung, 26. März 2015, CNS gegen M., Nr. 2015/0076

Wenn die Nationale Gesundheitskasse als Grund für ihre Ablehnung anführt, dass die vorgesehene Behandlung in den betroffenen Fachkreisen nicht als üblich angesehen wird, können Sie unter Berufung auf das EU-Recht folgendes vorzubringen<sup>49</sup>. Die Berücksichtigung allein der gewöhnlich im Inland durchgeführten Behandlungen, und der wissenschaftlichen Auffassung der inländischen Mediziner im Hinblick auf die Feststellung, was üblich ist oder nicht, kann die Garantie von Objektivität und Unparteilichkeit nicht bieten. Die Genehmigung kann somit nicht abgelehnt werden, wenn sich herausstellt, dass die Behandlung von der internationalen medizinischen Wissenschaft ausreichend getestet und validiert wurde.

Die Ablehnung kann aus folgenden Gründen ausgesprochen

 wenn der Patient gemäß einer klinischen Bewertung mit hinreichender Sicherheit einem nicht als annehmbar angesehenen Patientensicherheitsrisiko ausgesetzt wird, wobei der potenzielle Nutzen der gewünschten grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für den Patienten berücksichtigt wird<sup>50</sup>;

- wenn die Öffentlichkeit mit hinreichender Sicherheit einem erheblichen Sicherheitsrisiko infolge der betreffenden grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ausgesetzt wird<sup>51</sup>;
- wenn diese Gesundheitsversorgung von einem Gesundheitsdienstleister erbracht werden soll, der zu ernsthaften und spezifischen Bedenken in Bezug auf die Einhaltung der Qualitätsstandards und -Leitlinien für die Versorgung und die Patientensicherheit Anlass gibt, einschließlich der Bestimmungen über die Überwachung<sup>52</sup>.

Wenn die Ablehnung der CNS auf für Sie nicht nachvollziehbaren Gründen beruht, oder den oben genannten Regeln nicht entspricht, können Sie noch einmal bei der Nationalen Gesundheitskasse vorsprechen und Ihre Argumente vorbringen.

Wenn Ihr Antrag auf Kostenerstattung abgelehnt wird, können Sie Ihre Rechte auch gerichtlich geltend machen. Das Gericht muss dann unabhängige Sachverständige, die alle Garantien für Objektivität und Unparteilichkeit bieten, hinzuziehen können, wenn es hierfür die Ausübung der ihm obliegenden Kontrolle für erforderlich hält<sup>53</sup>.



<sup>49</sup> EuGH, 12. Juli 2001, Smits and Peerbooms.

**<sup>50</sup>** Richtlinie 2011/24 / EU, Artikel 8.6.a.

**<sup>51</sup>** Richtlinie 2011/24 / EU, Artikel 8.6.b.

**<sup>52</sup>** Richtlinie 2011/24 / EU, Artikel 8.6.c.

**<sup>53</sup>** EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan.



#### Veranschaulichung 15: Die Aufgabe des Sachverständigen

Einer Patientin mit Lipödem wurde die S2-Genehmigung für die Behandlung in Essen (Deutschland) verweigert.

Das Schiedsgericht hat vor weiteren Fortschritten einen Facharzt für Innere Medizin zum Sachverständigen bestellt, der folgende Aufgabe hat: (a) die Antragstellerin untersuchen sowie ihre Krankenakte und die vorgelegten Notizen und Unterlagen prüfen, und in einem ausführlichen, detailgetreuen und mit Gründen versehenen Sachverständigenbericht zu den gegebenenfalls festzulegenden Bedingungen Stellung nehmen, unter denen der Antrag auf Vorabgenehmigung zur Überweisung ins Ausland gestellt wurde; (b) feststellen, ob diese Krankenhausbehandlung angemessen ist, dem Gesundheitszustand der Antragstellerin bestmöglich entspricht und

nicht über das hinausgeht, was zweckmäßig und notwendig war, insbesondere ob es sich nicht um ein reines Motiv der Ästhetik handelt, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der Antragstellerin und der wahrscheinlichen Entwicklung der Krankheit; (c) sich nach Bedarf mit Informationen, Expertenmeinungen, Erkundungen oder zusätzlichen Untersuchungen umgeben, die er für nützlich oder notwendig hält, um seinen Auftrag zu erfüllen; (d) seinen Bericht am ... einreichen, unter Vorbehalt einer Verlängerung auf eine diesbezügliche Anfrage.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 27. Oktober 2017, H. gegen CNS, Reg. CNS Nr. 3/16

Wenn Sie die Behandlung erhalten, bevor Sie eine endgültige Antwort auf Ihren Antrag für die Kostenübernahme erhalten haben, sollten Sie Ihre Rechte nicht verlieren. Wenn Ihr Antrag beispielsweise abgelehnt wurde und die Unbegründetheit einer solchen Ablehnung anschließend festgestellt wird, haben Sie Anspruch auf eine Erstattung eines Betrags, der dem Betrag entspricht, der bei ordnungsgemäßer Genehmigung getragen worden, welche von Anfang an ausgestellt

worden wäre<sup>54</sup>. Wenn Sie nicht auf den Abschluss des gegen eine Kostenverweigerungsentscheidung eingeleiteten Gerichtsverfahrens gewartet haben, kann die Erstattung nicht allein aus diesem Grund verweigert werden<sup>55</sup>. Diese Grundsätze, die vom Gerichtshof der Europäischen Union erstellt wurden, scheinen jedoch von den luxemburgischen Gerichten in Frage gestellt zu werden.



**<sup>54</sup>** EuGH, 12. Juli 2001, Abdon Vanbraekel e.a. gegen Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), C-368/98, I-4325.

**<sup>55</sup>** EuGH, 18. März 2004, Leichte, C-8/02, I-2641.

#### Veranschaulichung 16: Behandlung ohne Abwarten des Ergebnisses des S2-Verfahrens

Eine Patientin hat am 29. Mai 2015 über ihren deutschen Arzt einen Genehmigungsantrag für eine Fettabsaugung am 25. August 2015 gestellt. Sie leidet an einem schmerzhaften Lipödem der Beine und Arme, Stufen I-II.

Der medizinische Kontrolldienst reagiert negativ auf den Antrag am 27. Juli 2015, und schreibt folgendes: "entspricht nicht den Kriterien von Art 23 Abs 1. Behandlung nicht vorgesehen in der luxemburgischen Nomenklatur. Auch die deutsche Krankenversicherung lehnt diese Unterstützung angesichts von Aussagen im Internet ab."

Der Präsident der CNS lehnt am 29. Juli 2015 die beantragte Genehmigung ab.

Die Patientin reicht am 20. August 2015 eine Beanstandung ein. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 28. September 2015 besteht der medizinische Kontrolldienst weiterhin darauf, dass "der beantragte Eingriff nicht medizinisch indiziert ist, sondern nur auf rein ästhetischen Indikationen besteht, dies aufgrund der klinischen Untersuchung vom 2. September 2015."

Die Entscheidung des CNS-Verwaltungsrates vom 2. Dezember 2015 bestätigt die Entscheidung des Präsidenten.

Vor dem Schiedsgericht macht die CNS geltend, die Klage sei unzulässig, da die Operation am 25. August 2015, also vor dem Ausgang des Rechtsstreits, stattgefunden habe.

Das Schiedsgericht weist die Einrede der Unzulässigkeit zurück. Nach Angaben der ersten Richter ging der Antrag vor Beginn der Behandlung bei der CNS ein, und die Entscheidung des Präsidenten über die Ablehnung wurde der Patientin vor Beginn der Behandlung mitgeteilt. Der Gerichtshof der Europäischen Union habe auch entschieden, dass die Unbegründetheit der Verweigerung der Überweisungsgenehmigung nach Durchführung der fraglichen Behandlung festgestellt werden kann (Urteil vom 12. Juli 2001, Vanbraekel e.ac / ANMC, C-368/09, entsprechend Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in diesem Punkt umsetzbar). Durch das Urteil des Schiedsgerichts wird ein Sachverständiger mit einem bestimmten Auftrag ernannt.

Die CNS legt Berufung ein und bestätigt ihre Einrede der Unzulässigkeit aus Mangel an Zweck in Bezug auf die getroffene Entscheidung. Die Patientin hätte die Entscheidung getroffen, nicht auf die Erteilung der Vorabgenehmigung zu warten, bevor sie die angeforderte Behandlung erhalten hätte, und könne das Verfahren anschließend nicht wieder aufnehmen.

Der Oberste Rat folgt nicht der Entscheidung des Schiedsgerichts. Das Urteil Vanbraekel sei im Rahmen eines Leistungsanspruchs und nicht im Rahmen eines Antrags auf Vorabgenehmigung ergangen. Die Patientin habe die Wahl getroffen, sich im Ausland ohne Vorabgenehmigung, aber auch ohne endgültige Ablehnung behandeln zu lassen. Die Formalität der Vorabgenehmigung stellt nach Ansicht des Obersten Rates eine wesentliche Formalität dar und müsse vor Erbringung und Zahlung der Leistung eingeholt werden, damit sie gegenüber der zuständigen Krankenkasse durchsetzbar ist. Die Klage der Patientin wird wegen ihrer Unzulässigkeit abgewiesen.

Quelle: Schiedsgericht der Sozialversicherung, 27. Oktober 2017, H. gegen CNS, Reg. CNS Nr. 3/16; Oberster Rat der Sozialversicherung, 11. Februar 2019, CNS gegen H., Nr. 2019/0044



## 目

#### Kommentar 4: Unzulässigkeit einer Klage

Zur Begründung seiner Einrede der Unzulässigkeit verwies das CNS in dem oben genannten Fall (Veranschaulichung 16) auf zwei frühere Rechtssachen. Die Patientin war jedoch in der Lage, zu beweisen, dass im ersten Fall (Oberster Rat der Sozialversicherung, 29. Juni 2011, CNS gegen S., Nr 2011/0162), welcher in Abwesenheit der Versicherten entschieden wurde, der Antrag auf Vorabgenehmigung erst mehr als einen Monat nach der medizinischen Behandlung eingereicht wurde. Auch im zweiten Fall (Schiedsgericht der Sozialversicherung, 15. Juni 2012, F. gegen CNS, CNS Nr 18/12) wurde der Genehmigungsantrag erst fünf Tage nach dem Beginn des Aufenthalts des Versicherten im Kurinstitut gestellt. Diese Präzedenzfälle könnten somit, wie die Patientin ausführt, nicht als solche im vorliegenden Fall verwendet werden, in dem sie, richtigerweise und innerhalb der gesetzlichen Fristen (rechtzeitig vor dem Beginn der Behandlung), ihren Antrag auf Vorabgenehmigung der CNS eingereicht habe. Die Entscheidung des Obersten Rates schweigt zu diesen Punkten.

Die Position des Obersten Rates scheint der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union zu widersprechen. Der EU-Gerichtshof hat entschieden, dass "die praktische Wirksamkeit sowie auch die hinter diesen Bestimmungen stehenden Erwägungen es im Übrigen auch gebieten, dass ein Sozialversicherter, wenn er einen Antrag auf Genehmigung gemäss Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 gestellt hat, dieser Antrag vom zuständigen Träger abgelehnt worden ist, und die Unbegründetheit dieser Ablehnung später entweder vom zuständigen Träger selbst oder durch gerichtliche Entscheidung festgestellt wird, einen unmittelbaren Anspruch gegen den zuständigen Träger auf eine Erstattung in der Höhe hat, wie sie normalerweise zu erbringen gewesen wäre, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäß erteilt worden wäre" (EuGH, Urteil vom 12. Juli 2001 Abdon Vanbraekel gegen Alliance nationale des mutualités chrétiennes, C-368/98, I-4325, Ziffer 34).

Der Versicherte hat ein Interesse daran, von den Gerichten der Sozialversicherung die Unbegründetheit der

Ablehnung feststellen zu lassen, um dann direkt Erstattung eines Betrages in Höhe desjenigen zu erhalten, der normalerweise übernommen werden würde, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäß erteilt worden wäre.

Dem Versicherten dieses Interesse zu verweigern, würde bedeuten, ihm jede Gelegenheit zu verweigern, die Verdienste seines Rechtsmittels in vollem Umfang in Frage zu stellen und ihm jegliche Verteidigungsrechte zu entziehen.

Dem Obersten Rat in seiner Argumentation zu folgen, würde bedeuten, den Versicherten der Gnade und dem guten Willen der für die Erteilung der Überweisungsgenehmigung zuständigen Behörde auszusetzen.

Im gleichen Fall hatte die Versicherte anschließend eine Vorabgenehmigung für eine dritte (und letzte) Operation (Fettabsaugung) beantragt, diesmal an den Armen. Ihr Antrag datierte auf den 14. Oktober 2016 und war Gegenstand einer ablehnenden Entscheidung des (ML/270/2016) vom 28. November 2016. Die Versicherte beanstandete diese Entscheidung am 18. Dezember 2016 und unterzog sich einer ärztlichen Untersuchung am 13. Februar 2017. Seit diesem Datum, das fast drei Jahre zurückliegt, hat die CNS entschieden, der Versicherten eine Entscheidung des Verwaltungsrates vorzuenthalten, die es ihr ermöglichen würde, eine Klage beim Schiedsgericht einzureichen.

CNS lässt daher einen Vorabgenehmigungsantrag seit drei Jahren in der Schublade. Kann sie in einem solchen Fall die Versicherte zumutbar und legitim dafür verantwortlich machen, dass sie nicht auf den Abschluss des Gerichtsverfahrens gewartet hat, bevor sie im Ausland behandelt wurde? Die Antwort lautet eindeutig nein.

Die Entscheidung des Obersten Rates der Sozialversicherung vom 11. Februar 2019 ist höchst fragwürdig Sie verweigert allen Versicherten das grundlegendste Verteidigungsrecht und überlässt sie der Gnade der CNS.

### 1.2. Rückerstattung

### 1.2.1. Für Versorgung, die keiner Vorabgenehmigung bedarf

Dazu gehören ambulante Konsultationen und ambulante Behandlungen, für die die Einholung einer Vorabgenehmigung nicht vorgeschrieben ist.

#### (a) Einreichung des Erstattungsantrags

Wenn Sie keine Vorabgenehmigung der CNS für die ambulante Versorgung außerhalb eines Krankenhauses im Ausland beantragt oder nicht erhalten haben, können Sie den Erstattungsantrag nach Ihrer Rückkehr nach Luxemburg einreichen. Zu diesem Zweck genügt es, die bezahlten Arztrechnungen spätestens zwei Jahre nach Zahlung der Rechnungen an die CNS zu senden<sup>56</sup>.

Die Rechnungen müssen detailliert sein und es ermöglichen, die erhaltenen Leistungen zu identifizieren und eine Analogie zu den in Luxemburg erbrachten Leistungen herzustellen<sup>57</sup>.

#### (b) Regeln für die Berechnung des Erstattungssatzes

Die Bedingungen und Vorschriften des luxemburgischen Regelsystems werden angewendet, um die Kostenübernahme zu berechnen<sup>58</sup>. Hierzu zählen beispielsweise Fristen, Angebotserfordernisse und ärztliche Verschreibungen. Diese Bedingungen gelten auch für ausländische Anbieter.

Die Frage bleibt, ob die Anwendung der luxemburgischen Vorschriften auf ausländische Anbieter – wie von der CNS gefordert – im Einklang mit der Dienstleistungsfreiheit in der EU steht.

Wenn in dem Staat, in dem die Versorgung erbracht wurde, ein höherer Betrag in Rechnung gestellt wurde, wird diese Differenz nicht erstattet werden.

Wenn der geplante Beitrag höher ist als dieser im Land, in dem Sie behandelt wurden, wird der höhere Betrag erstattet. Die Übernahme erfolgt zu den in Luxemburg geltenden Sätzen und Tarifen<sup>59</sup>.

Wenn Leistungen nicht vom luxemburgischen Gesetz vorgesehen werden, obliegt es dem medizinischen Kontrolldienst der Sozialversicherung, die Kostenübernahme zu bestimmen, indem die grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen mit Leistungen von gleicher Wichtigkeit in Luxemburg oder, wenn dies nicht der Fall ist, im Behandlungsstaat gleichgestellt werden<sup>60</sup>.

Wenn es um Krankenhauskosten geht, welche mit Leistungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Verbindung stehen, wird die Kostenübernahme auf Grundlage von und bis zu den Standardbeträgen für die durchschnittlich Kosten für die Bestandteile der funktionalen Einheiten<sup>61</sup> nach Abzug des täglich fälligen persönlichen Beitrags<sup>62</sup> festgesetzt. Die Standardbeträge und ihre Berechnungs- und Ansammlungsmethoden sind in Anhang K der Satzung der CNS vorgesehen.

## 1.2.2. Für Versorgung, für welche eine Vorabgenehmigung erforderlich ist

Bei genehmigungspflichtigen Behandlungen (stationärer Art respektive ambulanter doch im Krankenhaus erbrachter Art welche genehmigungspflichtig sind) werden die Erstattungsverfahren danach unterschieden, ob die Entscheidung laut dem System der Verordnung 883/2004 oder dem System "Richtlinie - Art. 20 CSS" erlassen wurde.

Ausgeschlossen sind in jedem Fall Aufwendungen im Zusammenhang mit den Leistungen, die dem Gegenstand der Krankenversicherung fremd sind oder für welche die Voraussetzungen der Kostenübernahme nicht erfüllt sind $^{63}$ .

- 56 Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 84.
- 57 Satzung der CNS, Artikel 23 Absatz 2.
- 58 Satzung der CNS, Artikel 23 Absatz 2.
- 59 Satzung der CNS, Artikel 23 Absatz 2.
- 60 Satzung der CNS, Artikel 23 Absatz 2.
- 61 in Übereinstimmung mit der Vereinbarung zwischen der CNS und der Fédération des hôpitaux luxembourgeois.
- 62 Satzung der CNS, Artikel 142 Absatz 3.
- 63 Satzung der CNS, Artikel 23 Absatz 3 letzter Unterabsatz.

#### (a) System "Verordnung 883/2004"

Bei Vorlage des S2 Scheins bei der Krankenkasse des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird, kann die versicherte Person die gleichen Versorgungsbedingungen und zu den gleichen Tarifen geltend machen wie die sozialversicherten Personen des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird<sup>64</sup>. Dieser S2 ist keine Garantie für die Übernahme des gesamten Betrages. Er ermöglicht im Idealfall eine Kostenübernahme durch eine örtliche Krankenkasse des Behandlungslandes über den Weg des Drittzahlers.

Wenn die Drittzahler-Regelung keine Anwendung findet, wird eine Erstattung in Höhe der Sozialtarife des Behandlungslandes von der Einrichtung des Behandlungslandes gewährt.

Der persönliche Beitrag, sowie alle Zuschläge und Überschreitungen bleiben zu Lasten des Versicherten.

Wenn aufgrund einer geringeren Höhe der Kostenübernahme im Behandlungsstaat im Vergleich zu dem Versicherungsstaat, die Anwendung der Rechtsvorschriften des Staates des Aufenthalts einen Überschuss hinterlässt, hat der Versicherte Anspruch auf die Zahlung eines Differenzialzuschlags<sup>65</sup>. Um diese zusätzliche Erstattung von der Luxemburger CNS zu erhalten, müssen Sie diese ausdrücklich anfordern und die von Ihnen bezahlten Rechnungen an die CNS senden.

Dieser Differenzialzuschlag gilt für Behandlungen, die in einem stationären Krankenhaus genehmigt wurden (tatsächliche Belegung eines Bettes mit Krankenhausaufenthalt des Patienten um Mitternacht), bis zur Höhe der Eigenbeiträge und Selbstbehalte, die unter Umständen gemäss den Gesetzen des Aufenthaltsstaates, abzüglich des Betrags der Selbstbeteiligung des Patienten<sup>66</sup> berücksichtigt werden, sofern dieser Betrag geringer ist als der Eigenbeitrag oder Selbstbehalt<sup>67</sup>.

Für genehmigte Behandlungen außerhalb von Krankenhäusern oder im ambulanten Krankenhausumfeld wird der Differenzialzuschlagbetrag auf alle Beiträge angewendet, die nach ausländischem Recht abgerechnet werden können, abzüglich der Höhe der Selbstbeteiligung, die zu Lasten der versicherten Person bleibt, vorausgesetzt, dieser Betrag ist niedriger als die Beteiligung im Behandlungsstaat<sup>68</sup>.



- 64 Satzung der CNS, Artikel 29 Absatz 1.
- 65 Satzung der CNS, Artikel 20 Absatz 2. Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Artikel 26 Absatz 7. Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 44.
- 66 Gemäß der Satzung der CNS, Artikel 142 Absatz 2, d.h. ein (aktueller) Betrag von 21,99 EUR für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts, bis zu maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr (außer im Falle eines Krankenhausaufenthaltes während der Geburt, bei dem diese Selbstbeteiligung in den ersten 12 Tagen nicht fällig ist).
- 67 Satzung der CNS, Artikel 29 Absatz 2 Unterabsatz 2.
- 68 Satzung der CNS, Artikel 29 Absatz 2, Absatz 3.

#### Erläuterung 6: Die Differenzialzuschlag gemäß der vor 2011 geltenden Rechtsprechung

Der Differenzialzuschlag war bereits vor der Richtlinie 2011/24/EU in der Rechtsprechung vorgeschrieben. Wenn die Erstattung der Kosten für Krankenhausleistungen in einem Behandlungsstaat, die sich aus den geltenden Vorschriften in diesem Staat ergibt, niedriger ausfällt als diejenige, die sich aus der Anwendung der geltenden Rechtsvorschriften im Versicherungsstaat ergeben hätte bei einem Krankenhausaufenthalt in letzterem Staat, muss laut EuGH eine zusätzliche Erstattung bis zur Höhe dieses Unterschieds durch die von den zuständigen Trägern des Versicherungsstaats gewährt werden. Eine solche zusätzliche Erstattung stellt, nach Ansicht des Europäischen Gerichtshofs, keine zusätzliche finanzielle Belastung für das luxemburgische Krankenversicherungssystem dar, im Vergleich zu einer Erstattung im Fall der Krankenhausversorgung im Großherzogtum. Nach Ansicht des EuGH birgt diese zusätzliche Erstattung kein Risiko für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgungskapazitäten oder der medizinischen Kompetenz in Luxemburg<sup>69</sup>.

Selbst Budgetbeschränkungen könnten nicht als Vorwand für die Krankenkasse dienen, um ihrer Verpflichtung zur Rückzahlung des Differenzialbetrags zu entgehen<sup>70</sup>.

Um die Höhe des von der luxemburgischen Krankenkasse zu erstattenden Differenzialzuschlags zu berechnen, müssen die Kosten einer gleichwertigen Behandlung in Luxemburg ermittelt werden.

Die Krankenkassen bezogen sich sehr häufig auf administrative Schwierigkeiten, die trotz des Wunsches, die Kosten einer gleichwertigen Behandlung zu ermitteln, eine solche Erhebung unmöglich machen würden. Die Kodifizierung der im Ausland in Rechnung gestellten Leistungen wäre mit der Luxemburger Nomenklatur

nicht vergleichbar. Darüber hinaus gäbe es in Luxemburg kein gleichwertiges System für die Tarifierung von Krankenhausleistungen. Auch müsste eine Angleichung der luxemburgischen Gesetzgebung in Richtung der Schaffung von Sondertarifen für die Versorgung im Ausland vorgenommen werden, bis die grundsätzlichen Fragen zu diesem Punkt durch die Rechtsprechung geklärt sind. Der EuGH hat auch anerkannt, dass nichts den Staat daran hindert, die Höhe der Erstattung zu bestimmen, auf die Patienten, die in einem anderen EU-Mitgliedsstaat behandelt wurden, einen Anspruch haben, da diese Beträge auf objektiven, nicht diskriminierenden und transparenten<sup>71</sup> Kriterien beruhen.

Der Oberste Rat der Sozialversicherung ist jedoch der Auffassung, dass eine Ermittlung der Krankenhauskosten nach luxemburgischem Recht durchaus möglich ist. Das Gericht ist der Ansicht, dass Sozialeinrichtungen sich nicht hinter ihrer Auslegung des Gesetzes verstecken können, um einer Erstattung zu widersprechen, zumal eine Berechnung der Krankenhauskosten für einen Aufenthalt möglich sein sollte für einen Aufenthalt im einem Zimmer zweiter Klasse und die Arzthonorare nach den bestehenden Maßstäben berechenbar sind<sup>72</sup>.

In einem Urteil vom 7. Juli 2006<sup>73</sup> hat der Oberste Rat der Sozialversicherung einen Sachverständigen damit beauftragt, für einen bestimmten Streitfall den Betrag des Differenzialzuschlags zu berechnen, der dem Versicherten voraussichtlich zufallen wird. In seinem Urteil nach der Einreichung des Gutachtens hat der Oberste Rat, trotz der Tatsache, dass der Sachverständige die Auffassung vertreten hatte, dass die entsprechende zusätzliche Vergütung 2.000 Euro übersteigt, die Klage abgewiesen, aufgrund der Tatsache, dass der Sachverständige keine formellen Schlussfolgerungen diesbezüglich erstellt habe<sup>74</sup>.

Wenn es keine Kostenübernahme über den Weg der Drittzahler-Regelung gibt, hat der Versicherung die Wahl. Entweder sendet er die Rechnungen an die CNS, die nach einer Tarifierung S067/E126 mit dem Staat des Aufenthalts, die Rückerstattung zu den Tarifen des Aufenthaltsland tätigt, gegebenenfalls ergänzt durch den luxemburgischen Differenzialbetrag.

Oder er übermittelt die bezahlten Rechnungen an die Krankenkasse des Aufenthaltslandes und erhält die Erstattung seitens der Kasse des Aufenthaltslandes zum Satz des Aufenthaltslandes. Für Leistungen, die nicht von der Krankenkasse des Aufenthaltslandes gedeckt sind, sendet der Versicherte die betreffenden Rechnungen an die CNS, die zu den Luxemburger Sätzen erstattet. Für die nicht erstatteten Teile der Leistungen sendet der Versicherte die Rechnungen zur Berechnung und Abwicklung des luxemburgischen Differenzialzuschlags an die CNS.

<sup>69</sup> EuGH, 12. Juli 2001, Abdon Vanbraekel.

<sup>70</sup> EuGH, 16. Mai 2006, Yvonne Watts.

<sup>71</sup> Urteil vom 13. Mai 2003, VG Müller-Fauré e.a., C-385/99, I-4509.

<sup>72</sup> Oberster Rat der Sozialversicherung, Urteil vom 26. März 2003, B. gegen CMEP, Reg. CMEP 2002/0145, Nr. 2003/0050.

<sup>73</sup> Z. gegen CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, Nr. 2006/0061.

<sup>74</sup> Siehe Urteil vom 21. Dezember 2009, Z. gegen CNS, Reg. CMEP 2005/0128, Nr. 2009/0170.

#### b) System "Richtlinie - Art. 20 CSS"

Bei einer Genehmigung im Rahmen der Richtlinie 2011/24 wird die Versorgung bis zur Höhe der luxemburgischen Sätze und Tarife übernommen.

Die versicherte Person erhält einen Kostenübernahmeschein, in dem die Erstattungsmodalitäten (zu erstattende Kosten, bei der zuständigen Luxemburger Kasse zu beantragende Erstattung gemäß den festen Sätzen oder Standardbeträgen) erläutert werden. Da die erfallenden Kosten erheblich und weitaus höher als der von der Luxemburger Kasse erstattete Betrag sein können, empfiehlt es sich, die spezialisierte Einrichtung im Ausland nach einem Kostenvoranschlag für ihre Behandlung zu fragen.

In diesem Fall zahlt der Versicherte die im Voraus genehmigten Kosten der Versorgung und wird von seiner zuständigen Luxemburger Kasse gemäß den Bedingungen und in Luxemburg geltenden Sätzen erstattet<sup>75</sup>.

Für Leistungen im Krankenhaussektor werden die Kosten auf der Grundlage der in Rechnung gestellten Leistungen bis zu den durchschnittlichen Kosten für den Krankenhausaufenthalt gedeckt, die sich nach der Art des Aufenthalts richten<sup>76</sup>. Für Leistungen außerhalb des Krankenhauses und im ambulanten Krankenhausumfeld werden die Kosten gemäß den luxemburgischen Bestimmungen, Bedingungen, Sätzen und Tarifen gedeckt, vorbehaltlich der Krankenhausgebühren für ambulante Leistungen, für welche die Übernahme auf Grundlage und bis zur Höhe der Standardbeträge für die durchschnittlichen Kosten für die Teile der funktionalen Einheiten erfolgt, abzüglich der Selbstbeteiligung<sup>77</sup>.

Sind die Leistungen in Luxemburg nicht vorgesehen, waren aber unabdingbar, so wird der Luxemburger Tarif vom medizinischen Kontrolldienst der Sozialversicherung so festgelegt, dass die Leistung einer anderen gleichrangigen Leistung gleichgestellt wird<sup>78</sup>.

In Ausnahmefällen, insbesondere im Fall einer seltenen Krankheit oder einer quasi-experimentellen Behandlung, kann die CNS den ausländischen Dienstleister, auf der Grundlage eines im Voraus auf Anraten des medizinischen Kontrolldienstes der Sozialversicherung festgelegten Betrags, direkt erstatten.

#### Veranschaulichung 17: Gleichstellung der Leistungen

Eine versicherte Person hatte eine S2-Zulassung nach dem Richtliniensystem für eine 12-tägige stationäre Behandlung in einem spezialisierten Krankenhaus in Zypern erhalten. Sie leidet an Tarlov-Zysten auf dorsaler und sakraler Ebene, einer seltenen Krankheit (in dem Sinne, dass nur 5 von 10.000 Menschen davon betroffen sind). Nach mehreren Versuchen in Luxemburg und Belgien findet sie einen in den USA anerkannten und spezialisierten Arzt, der regelmäßig nach Zypern kommt, um dort eine innovative Technik anzuwenden. In den USA betragen die Operationskosten 94.500 USD. In Zypern werden 39.900 EUR veranschlagt.

Nachdem die Patientin die Kosten vorausgezahlt hat, erstattet ihr die CNS einen Betrag von 5.641 EUR im Vergleich des Gesamtbetrags von 39.900 EUR. Der Präsident der CNS lehnt eine zusätzliche Erstattung mit der Begründung ab, dass der Erstattungsbetrag unter Bezug-

nahme auf die in Luxemburg geltenden Bedingungen, Bedingungen, Sätze und Tarife berechnet worden sei.

Die Patientin ist der Ansicht, dass eine solcher Verweis unangemessen ist, da kein in Luxemburg tätiger Arzt das auf Zypern durchgeführte Verfahren durchführen kann und da in Luxemburg noch nie eine solche Operation durchgeführt wurde. Ihrer Ansicht nach berücksichtigt die Kostenübernahme durch die CNS nicht Art. 20 Abs. 3 des Sozialversicherungsgesetzbuches, wonach für Leistungen, die nicht in den luxemburgischen Rechtsvorschriften vorgesehen seien, die Kostenübernahme zu berechnen ist durch Gleichsetzung der Leistung mit einer anderen gleichwertigen Leistung.

Der Fall ist beim Schiedsgericht anhängig.

Quelle: Klage vom 25. Januar 2019, S. gegen CNS, Rechtssache CNS 27/19

Die Erstattung der CNS darf die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten nicht übersteigen<sup>79</sup>.



<sup>75</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 3.

**<sup>76</sup>** Siehe Satzung der CNS, Anhang K; Übernahme ein Mal pro in einem Krankenhaus verbrachter Nacht. Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 3, Absatz 2. Satzung der CNS, Artikel 29bis, Absatz 1, mit Verweis auf Artikel 25 der Satzung der CNS.

<sup>77</sup> Satzung der CNS, Artikel 29bis, Absatz 1, mit Verweis auf Artikel 23 der Satzung der CNS.

<sup>78</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 3. Satzung der CNS, Artikel 29bis Absatz 2.

<sup>79</sup> Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 20 Absatz 3.

#### (c) Art der übernommenen Kosten

Zusätzlich zu den Kosten für die medizinische Versorgung werden Ihnen häufig die Reisekosten, der Aufenthalt, die Unterbringung und das Essen, die Kosten für einen mitreisenden Verwandten, das Fernsehen in Ihrem Zimmer usw. in Rechnung gestellt.

Die Kostenübernahmepflicht bezieht sich nur auf Kosten, die durch die medizinische Versorgung im Aufenthaltsland entstehen, d.h. im Falle eines Krankenhausaufenthaltes die Kosten für die medizinische Versorgung selbst sowie die damit untrennbar verbundenen Kosten für den Aufenthalt und die Wiederherstellung in der versorgenden Einrichtung.

Wenn jedoch die luxemburgischen Vorschriften die Zahlung anderer Kosten vorsehen (z. B. für den Transport des Patienten zwischen seinem Wohnort und dem Ort der Behandlung oder für den Transport und / oder Aufenthalt der Begleitperson) und wenn Ihr Antrag auf Kostenübernahme angenommen wurde, kann die Erstattung dieser Kosten nicht unter dem Vorwand verweigert werden, dass die Behandlung im Ausland stattgefunden hat. Es muss sogar so vorgegangen werden, als ob die medizinische Versorgung in Luxemburg geleistet worden wäre<sup>80</sup>.

Abgezogen werden<sup>81</sup>:

- die zusätzlichen Leistungen, die aus einer spezifischen Vereinbarung des Versicherten mit dem ausländischen Anbieter entstehen;
- die Leistungen, die als persönliche Annehmlichkeit in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates der Behandlung angesehen werden;
- die Leistungen, die als Überschreitung der Honorare verrechnet werden;
- die täglich fällige Selbstbeteiligung<sup>82</sup>.

In Deutschland ist es beispielsweise möglich, durch Abschluss einer besonderen Vereinbarung zusätzliche Leistungen (Wahlleistungen) in Anspruch zu nehmen. Dadurch stellen Sie auch die persönliche Aufmerksamkeit, Qualifikation und Facherfahrung der zur Einreichung einer

Honorarabrechnung befugten Krankenhausärzte (in der Regel der besonders erfahrenen oder spezialisierten Chefärzte und der Chefärzte des Krankenhauses) sicher. Eine solche spezifische Vereinbarung kann eine erhebliche finanzielle Belastung mit sich bringen. Die Frage, ob ein Differenzialbetrag von der Krankenkasse zu erstatten ist, falls unter den im Rahmen dieser Vereinbarung in Rechnung gestellten Leistungen auch Leistungen waren, die in Luxemburg rückzahlbar waren, wenn die Behandlung in Luxemburg stattgefunden hätte, ist derzeit noch nicht endgültig entschieden. In einem Urteil vom 24. Juni 200983, welches die Entscheidung des Schiedsgerichts vom 23. Oktober 2007 widerrief, befand der Oberste Rat der Sozialversicherung, dass die in der deutschen Gesetzgebung als Wahlleistungen qualifizierten Leistungen mit persönlichen Annehmlichkeiten zu vergleichen sind, welche von der Krankenkasse des Versicherten nicht übernommen werden. Da die dem Patienten in Rechnung gestellten Zuschläge weder in Deutschland noch in Luxemburg erstattungsfähig sind, kann dieser nach Ansicht des Obersten Rates keine zusätzliche Erstattung verlangen. Das vorgenannte Urteil vom 24. Juni 2009 steht im Widerspruch zu dem obigen Urteil des gleichen Obersten Rates vom 7. Juli 2006, in dem der Rat seine Entscheidung zu der Bestellung eines Sachverständigen damit begründet, dass die Krankenkasse "fälschlicherweise argumentiert, dass die von der Klägerin geschlossene Wahlleistungsvereinbarung nicht dazu herangezogen werden könne, um danach zu dem Schluss zu kommen, dass [Z.] keinen Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung der aufgrund dieses Vertrags in Rechnung gestellten Kosten habe. Tatsächlich, davon ausgehend, dass unter diesen Kosten sich Leistungen befinden, die durch die Luxemburger Sozialversicherung übernommen worden wären, wenn die Behandlung im Großherzogtum Luxemburg stattgefunden hätte, würde die Tatsache, dass die Erstattung auf der Grundlage der luxemburgischen Sätze verweigert wird, den luxemburgischen Versicherten davon abzuhalten, sich an in Deutschland niedergelassene medizinische Leistungserbringer zu wenden, und somit sowohl für Versicherte als auch für Leistungserbringer ein Hindernis für die Dienstleistungsfreiheit darstellen."

<sup>80</sup> Satzung der CNS, Artikel 29ter: "Die Aufenthaltskosten einer geschützten Person, die eine genehmigte ambulante Behandlung im Ausland durchführt, sind zu den für versicherte Personen aus dem Ausland geltenden Sätzen vollständig gedeckt. Ohne einen solchen Satz sind sie für einen ganzen Tag bis zu einem Höchstbetrag von zehn Euro (10,00 €) pro Hundertstel des gewichteten Index der Lebenshaltungskosten am 1. Januar 1948 gedeckt Der Aufenthalt einer Person, die die geschützte Person zur akuten Krankenhausbehandlung oder zur genehmigten Konsultation ins Ausland begleitet, wird zu Lasten der Krankenkasse auf ausdrücklichen Antrag zu den im vorstehenden Absatz genannten Sätzen vergütet, gestützt auf eine vom ausländischen behandelnden Arzt festgestellte Begründung. Eine besondere Begründung ist nicht erforderlich, wenn der Patient minderjährig ist. "

<sup>81</sup> Satzung der CNS, Artikel 29bis Absatz 1.

<sup>82</sup> Satzung der CNS, Artikel 142 Absatz 2.

<sup>83</sup> CMFEC gegen H., Reg. CMFEC 2007/0209, Nr. 2009/0073.

#### (d) Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme

In seiner jüngsten Rechtsprechung hat der Oberste Rat der Sozialversicherung den Einfluss der Beteiligung privater Krankenversicherungssysteme auf die von der Krankenkasse zu erstattenden Beträge anerkannt.

Am Beispiel der Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM) wurde einem Pflichtversicherten der Anspruch auf Erstattung durch die Krankenkasse verweigert, da er bereits von der CMCM entschädigt worden war<sup>84</sup>, (die Kosten waren in diesem Fall durch eine dringende, also unerwartete, Versorgung in Spanien entstanden).

In einem anderen Urteil von 2008<sup>85</sup> wurde die gleiche Erstattung abgelehnt, weil die CMCM in einem Brief mitgeteilt hatte, dass der Versicherte Anspruch auf die Zahlung eines bestimmten Betrages hatte, aber zugleich erläutert hatte, dass die Abrechnung der Krankenkasse vorgelegt werden muss, wenn es sich um kostenübernahmepflichtige

Rechnungen handelt. Dieses Urteil wurde inzwischen vom Kassationsgericht aufgehoben<sup>86</sup>. Der Grund für die Aufhebung war die Tatsache, dass der Oberste Rat der Sozialversicherung die Klagebefugnis der Patientin aufgrund des Schreibens der CMCM von 2007 bestritten hatte, wobei, wie das Kassationsgericht zu Recht darauf hingewiesen hat, das Bestehen des Interesses zum Zeitpunkt der Einlegung der Beschwerde (in diesem Fall 2003) zu beurteilen ist.

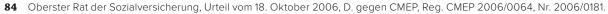
In einigen Rechtsstreitigkeiten wiesen die Vertreter der CNS die Sozialversicherungsgerichte darauf hin, dass der Versicherte bereits vor der Berechnung des Erstattungsbetrags seitens der Krankenkasse angeben muss, ob er eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat und im konkreten Fall einen finanziellen Beitrag von der CMCM erhalten hat. Zu diesem Zweck steht die CNS auch mit der CMCM in Kontakt.



#### Kommentar 5: Öffentliches System vs. privates System

Es liegt im Interesse sowohl der CMCM als auch des Versicherten, auf die Berechnung des von der obligatorischen Krankenversicherung (deren System eine Zwangsversicherung mit vom Gesetz bestimmten Beitragssätzen vorsieht) zu erstattenden Betrags zu warten. Die Satzung der CMCM sieht vor, dass die Beteiligung der CMCM an den Kosten für die medizinische Versorgung im Ausland nicht den Betrag überschreiten darf, der nach Erstattung der Krankenkasse zu Lasten des Versicherten bleibt (Artikel 11 der Satzung der CMCM).

Sollte die CNS, deren Mitgliedschaft obligatorisch ist, daher nicht seiner rechtlichen Erstattungspflicht unter Hinweis auf das Bestehen eines privatrechtlichen Versicherungsvertrages des Versicherten mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen entkommen können? Verletzt der umgekehrte Weg, den der Oberste Rat der Sozialversicherung zu beschreiten scheint, nicht das System der allgemeinen, obligatorischen und gesetzlichen Krankenversicherung, so wie es in Luxemburg besteht?



<sup>85</sup> Oberster Rat der Sozialversicherung, Urteil vom 9. Januar 2008, Z. gegen CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, Nr. 2008/0007.

<sup>86</sup> Urteil vom 12. Februar 2009, Z. gegen CMEP, Reg. 2594, Nr. 10/09.



#### Veranschaulichung 18: Zuschläge, die nicht von der Sozialversicherung übernommen werden

In ihrem Bericht 2016 berichtet die Ombudsfrau über mehrere Beschwerden von Personen, die dringend im Ausland das Krankenhaus aufsuchen mussten und denen danach Zuschläge berechnet wurden, die nicht von der Krankenversicherung abgedeckt waren.

In einem Fall hatte ein luxemburgischer Arzt bei einer luxemburgischen Versicherten einen Krebstumor diagnostiziert, der nicht in Luxemburg operiert werden konnte. Alle Formalitäten für die Genehmigung einer Überweisung ins Ausland zu einem auf solche Eingriffe spezialisierten Chirurgen wurden eingeleitet. Die Patientin kam in den Genuss des Formulars "S2 – Recht auf planmäßige Versorgung", auf dessen Grundlage der ausländische Gesundheitsdienstleister die Arzt- und Krankenhauskosten gemäß seinen Sozialtarifen direkt übernimmt.

Bei der präoperativen Beratung teilte der ausländische Chirurg der Patientin mit, dass für diese Art der Operation es eine gängige Praxis ist, dass Patienten ein Einzelzimmer wählen. Die Patientin stimmte zu, weil der Chirurg ihr versicherte, dass alle diesbezüglichen Kosten von der Krankenversicherung übernommen würden; sie hatte auch eine Zusatzversicherung, die die zusätzlichen Kosten einer solchen Operation teilweise abdeckte.

Das Krankenhaus hat die Aufnahmeerklärung in Übereinstimmung mit den Anweisungen des Chirurgen ausgefüllt und sie der Patientin zur Unterschrift vorgelegt.

Zurück in Luxemburg, erhielt die Patientin eine Rechnung seitens des Krankenhauses für Zuschläge in Höhe von ca. 4.000 EUR, die hauptsächlich aus Arzthonoraren bestanden, welche den Sozialtarif überschritten, und zu Lasten der Patienten waren. Gebühren in anderen Fällen beinhalteten Zuschläge bis zu 11.000 EUR.

Die Versicherte kontaktierte den Chirurgen, der ihr mitteilte, dass im Falle des Transfers aus dem Ausland es außer Frage stehe, diesen chirurgischen Eingriff zum Sozialtarif zu leisten.

Die Beschwerdeführerin beklagte sich bei der Ombudsfrau, dass sie tatsächlich keine andere Wahl hatte als sich dringend durch den Chirurgen operieren zu lassen, der in der Überweisungsvorabgenehmigung der CNS aufgeführt war.

Die CNS kann diese zusätzlichen Honorare, die über die Sozialtarife hinausgehen, nicht erstatten .

Der Versicherten könnte vorgeworfen werden, dass sie die Aufnahmeerklärung im ausländischen Krankenhaus schlecht gelesen hatte, in welcher eine Klausel enthalten war, die das Krankenhaus und die Klinikärzte ermächtigte, Zuschläge im Fall der Wahl eines Einbettzimmers zu verrechnen. Der Wortlaut der Aufnahmeerklärung wurde ihr jedoch aufgezwungen. Von einer Krankheit gezeichnet, die sofort behandelt werden muss, können Patienten, die eine lange Reise hinter sich haben, schwierig wieder nach Haus zurückkehren, einen neuen Termin beim behandelnden Arzt vereinbaren, damit dieser einen Antrag auf Vorabgenehmigung zur Auslandsüberweisung einreicht. Nach all diesen Verspätungen, finden sie vielleicht einen Chirurgen, der sich bereit erklärt, zu den Sozialtarifen zu arbeiten, doch die Warteliste riskiert, überaus lang zu sein.

Quelle: Ombudsman, Tätigkeitsbericht, 2016, <u>www.om-budsman.lu</u>, Seite 56





#### Veranschaulichung 19: Rückführung eines Sterblichen aus dem Ausland

Die Ombudsfrau wurde von einer Bürgerin befasst in Bezug auf die Ablehnung der CNS der Übernahme der Kosten im Zusammenhang mit der Rückführung der Überreste ihres Mannes, der in Frankreich nach einer im Voraus genehmigten Überweisung verstarb.

Die Satzung der CNS sieht keine spezifische Kostenübernahme in dieser Situation vor, und diese Art von Kosten sind daher in der Praxis den Transportkosten gleichzustellen, welche im Rahmen des Sterbegeldes laut Artikel 166 der Satzung der CNS vorgesehen sind.

In Höhe von 1.007,72 EUR im Jahr 2016 (1.058,72 EUR im Jahr 2019), deckt das Sterbegeld oft nur einen Teil der Bestattungskosten ab, was als Konsequenz hat, dass für die betroffene Bürgerin die Kosten im Zusammenhang mit der Rückführung des Leichnams zu ihren Lasten blieben.

Die Frage der Kostenübernahme stellt sich insbesondere in der speziellen Hypothese wo die Anwesenheit im Ausland sich rechtfertigt durch die im Vorfeld genehmigte Überweisung aus medizinischen Gründen, während im Falle des Überlebens des Patienten, die Rückkehrkosten sicherlich von der CNS übernommen worden wären.

Die Ombudsfrau hat den zuständigen Regierungsmitgliedern vorgeschlagen, für diese Situation die Kostenübernahme der Rückführungskosten des Leichnams vorzusehen.

Quelle: Ombudsman, Tätigkeitsbericht, 2016, <u>www.ombudsman.lu</u>, Seite 81



# 2. Dringende Versorgung

Falls Sie im europäischen Ausland oder in einem Land der europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) unvorhergesehen medizinisch behandelt werden müssen, kann diese medizinische Versorgung durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt werden.

Die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte garantiert die Kostenübernahme oder Erstattung der entstandenen Sachleistungskosten vor Ort (2.1.).

Die Art der Leistungen bei Krankheit wird nach den Regeln des Behandlungsstaats und nach den Sätzen in diesem Land erstattet. Werden zum Beispiel Sachleistungen im Behandlungsland unentgeltlich erbracht, haben Sie auch das Recht, gegen Vorlage Ihrer Karte unentgeltlich behandelt zu werden (2.2.).

# 2.1. Europäische Krankenversicherungskarte

### 2.1.1. Ausstellung der Europäischen Krankenversicherungskarte

Jede in Luxemburg versicherte Person hat Anspruch auf die Europäische Krankenversicherungskarte. Seine eigene personenbezogene Karte erhält auch jedes Familienmitglied der für den Krankheitsfall versicherten Person.

Seit dem 1. Januar 2006 wird die Karte überall anerkannt. Die Karte ist nach einem gemeinsamen Muster mit einem europäischen Symbol ausgestellt, so dass sie von Ärzten oder Gesundheitszentren sofort erkennbar ist. Die Karte enthält eine Reihe von obligatorischen Informationen in standardisierter Form, so dass die Karte ungeachtet der Muttersprache des Nutzers lesbar ist. Das gemeinsame Muster der Europäischen Krankenversicherungskarte bedeckt nur eine Kartenseite. Die andere Seite bleibt zur freien Verfügung der Mitgliedstaaten. Sie enthält keine Angaben zum Gesundheitszustand ihres Inhabers (z. B. Blutgruppe, Krankengeschichte usw.).

Die Krankenkasse ist verpflichtet, Ihnen auf erstes Anfordern eine europäische Krankenversicherungskarte auszustellen.

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Europäische Krankenversicherungskarte elektronisch auf der Webseite der CNS zu bestellen, wonach sie auf dem Postweg Ihnen innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach Hause zugeschickt wird. Falls die Karte nicht sofort verfügbar ist, muss eine provisorische Ersatzbescheinigung ausgestellt werden, um Ihnen einen sorgenfreien Aufenthalt im Ausland zu ermöglichen. Wenn Sie beim Auslandsaufenthalt Ihre Europäische Krankenversicherungskarte vergessen oder verloren haben, können Sie Ihre Krankenkasse um die rasche Übersendung der provisorischen Ersatzbescheinigung mittels Fax oder E-Mail bitten. Dieses Vorgehen ist insbesondere anzuraten, wenn ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wird.

Wenn Ihr Antrag auf die Europäische Krankenversicherungskarte abgelehnt wird, können Sie Ihre Rechte auch gerichtlich geltend machen.

## 2.1.2. Vorteile der Europäischen Versicherungskarte

Die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte garantiert Ihnen die Übernahme oder der Erstattung der entstandenen Sachleistungskosten vor Ort.

Die Europäische Krankenversicherungskarte betrifft nur die Sachleistungen, "die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen ". Mit anderen Worten, haben Sie Anspruch auf alle Behandlungen und Dienstleistungen, die aufgrund Ihres Gesundheitszustands erforderlich sind, damit Sie Ihren Aufenthalt unter medizinisch sicheren Bedingungen fortsetzen können. Sie dürfen also nicht gezwungen werden, Ihren Aufenthalt vor dem vorgesehenen Zeitpunkt zu unterbrechen, um sich im Land Ihres Wohnsitzes behandeln zu lassen.

Sie können die Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte nur in Anspruch nehmen, wenn Sie sich an Leistungserbringer wenden, die von der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes, in dem Sie sich aufhalten, zugelassen sind. Wenn Sie einen Privatarzt oder eine private Einrichtung aufsuchen, gelten die Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte nicht für Sie.

Falls Sie an einer chronischen Krankheit leiden, die regelmäßige ärztliche Untersuchungen und vorübergehende Krankenhausaufenthalte im Ausland erfordert, reicht Ihre Europäische Krankenversicherungskarte aus, wenn Ihre Krankheit keine Behandlung erfordert, die nur in spezialisierten medizinischen Zentren verfügbar ist, die mit entsprechenden Geräten bzw. entsprechendem Fachpersonal ausgestattet sind. Wenn Sie zuvor Ihren behandelnden Arzt konsultiert, Ihre medizinischen Unterlagen und wichtige Arzneimittel

mitgebracht haben, haben Sie Anspruch auf ärztliche Betreuung vor Ort und können bei Bedarf Ihre Kontrolluntersuchungen durchführen lassen (bei Asthma oder Diabetes zum Beispiel). Während Ihres Auslandsaufenthalts in einem anderen EU-Mitgliedstaat, haben Sie Anspruch auf die medizinische Versorgung, die Ihr Gesundheitszustand erfordert.

Die Karte reicht hingegen nicht aus, wenn Ihre Krankheit eine besondere Überwachung und insbesondere den Einsatz bestimmter Techniken oder Geräte (zum Beispiel für die Dialyse) erfordert. In Ihrem eigenen Interesse sollten Sie einen solchen Aufenthalt im Voraus planen und eine vorherige Genehmigung einholen, um sicherzustellen, dass Sie während Ihres Aufenthalts Zugang zu den erforderlichen Geräten haben.

Wenn Sie durch Vorlage Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte nicht nachweisen können, dass Sie versichert sind, kann es vorkommen, dass der Arzt oder das Krankenhaus von Ihnen verlangt, dass Sie den vollen Satz zahlen oder einen bestimmten Betrag der Aufwendungen vorstrecken, was von Versicherten dieses Mitgliedstaats nicht verlangt worden wäre. Aus Gründen der berufsethischen Fragen kann ein Arzt die Versorgung jedoch nicht verweigern, wenn Ihr Gesundheitszustand eine solche erfordert.

## 2.2. Rückerstattung

Die medizinisch notwendigen Leistungen während eines Aufenthalts in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz werden gemäß der Verordnung 883/2004 übernommen.

Wenn Sie die Kosten für die Leistungen im Ausland übernommen haben, können Sie bei der Luxemburger CNS eine Erstattung beantragen. Diese fragt bei ihrem Homolog im Aufenthaltsland nach in Bezug auf die Erstattungssätze und -tarifen in diesem Staat, und erstatten diese auf diese Weise<sup>87</sup>.

Wenn die Rechtsvorschriften des Staates des Aufenthalts keine Erstattung vorsehen, erstattet die CNS die Leistungen nach den Bedingungen, Sätzen und Tarifen für Luxemburg<sup>88</sup>.

Sie können beantragen, vom System "Richtlinie - art. 20 CSS" zu profitieren. Diese Wahl muss ausdrücklich und vorab

getroffen werden. In diesem Fall wird Ihr Antrag nach Eingang des Gutachtens des medizinischen Kontrolldienstes der Sozialversicherung nach diesem System geprüft, das die Erstattung zu den Luxemburger Sätzen vorsieht. Dies gilt auch, wenn die Verordnung 883/2004 keine Anwendung findet<sup>89</sup>. Wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Erstattungsantrags nicht beschlossen hat, zu den Luxemburger Tarifen erstattet zu werden, und die Verordnung 883/2004 angewendet wurde, wird nach der Bearbeitung der Rechnungen und der Schließung der Akte keine Änderung vorgenommen.

Sie können auch eine Rückerstattung bei der Kasse des Aufenthaltslandes beantragen. In diesem Fall wendet die ausländische Kasse ihre Tarife an (Abrechnung S080/E125). Wenn keine Rückerstattung erfolgt ist, können Sie die CNS bitten, die bezahlten Rechnungen gemäß den Luxemburger Sätzen zu erstatten.

#### Veranschaulichung 20: Krankentransport

Während eines Krankenhausaufenthaltes in der Entbindungsstation des Centre Hospitalier in Luxemburg aufgrund von Problemen im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft, litt eine Patientin an einem so hohen Augendruck, dass sie dringend in eine spezialisierte deutsche Universitätsklinik überwiesen werden musste. Der Antrag auf Vorabgenehmigung wurde nicht eingereicht, da Artikel 135 der Satzung der CNS eine Ausnahme vom Grundsatz der vorherigen Genehmigung durch den medizinischen Kontrolldienst in einem Notfall vorsieht.

Nach Angaben der CNS muss der behandelnde Arzt jedoch, in jedem Fall und auch im Notfall, vor dem Transport einen Genehmigungsantrag stellen.

Da der Transport der Patientin nach Deutschland und ihre Hospitalisierung im Ausland vom Centre hospitalier organisiert wurde, war es der Patientin nicht möglich, die Einhaltung aller erforderlichen Formalitäten zu gewährleisten.

Die Ombudsfrau ist folgender Meinung: "Es obliegt nicht den Versicherten, unter einem Versehen oder Nachlässigkeit ihres behandelnden Arztes oder des Krankenhauspersonals zu leiden. Der Versicherte sollte die Möglichkeit haben, die Formalitäten im Falle von Vergesslichkeit oder Lücken in den Unterlagen zu regeln, die für die Kostenübernahme des Krankentransports erforderlich sind." Darüber hinaus schlägt die Ombudsfrau eine Änderung der Satzung vor, um die Möglichkeit einer Regularisierung der Formalitäten im Falle von Vergesslichkeit oder von Lücken in den Dokumenten vorzusehen, die für die Erledigung eines Krankentransports ins Ausland erforderlich sind.

Quelle: Ombudsman, Tätigkeitsbericht, 2016, <u>www.om-budsman.lu</u>, Seite 55



**<sup>88</sup>** Satzung der CNS, Artikel 24 Absatz 2 Unterabschnitt 2.



<sup>89</sup> Satzung der CNS, Artikel 24 Absatz 3.



# 3. Sonderfälle: Arzneimittel und Labortests

Für Arzneimittel (3.1.) und Labortests (3.2.) gelten eigene Formalitäten, wenn sie im Ausland verschrieben, geliefert oder hergestellt werden.

#### 3.1. Arzneimittel

In Luxemburg werden Arzneimittel über den Weg des Drittzahlers übernommen. Der Patient zahlt somit, wenn diese Medikamente in Apotheken gekauft werden, nur den Kostenanteil, der von der CNS nicht erstattet wird oder vom System des Drittzahlers ausgeschlossen ist.

Wie steht es um die Kostenerstattung ausländischer Rezepte? Während einer ambulanten oder stationären Behandlung im Ausland ist es nicht ungewöhnlich, dass der Arzt pharmazeutische Produkte oder medizinische Geräte verschreibt, die die Genesung beschleunigen sollen.

# 3.1.1. Gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelrezepten

Der Grundsatz der gegenseitigen Anerkennung von Verschreibungen ergibt sich aus dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union<sup>90</sup>.

Die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in der Schweiz oder in einem Land des Europäischen Wirtschaftsraums ausgestellten Verordnungen sind daher als gleichwertig mit den in Luxemburg ausgestellten Verordnungen mit gleichem Inhalt anerkannt<sup>91</sup>.

Grenzüberschreitende Verschreibungen $^{92}$  für Arzneimittel oder Medizinprodukte müssen jedoch bestimmte Faktoren enthalten, um anerkannt zu werden $^{93}$ .

<sup>90</sup> Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU der Kommission vom 20. Dezember 2012 mit Maßnahmen zur Erleichterung der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten ärztlichen Verschreibungen, ABI L 356 vom 22.12.2012, S. 68-70, neunter Erwägungsgrund.

<sup>91</sup> Dies betrifft nur Verschreibungen auf Papier. Für die elektronische Verschreibung wird eine Infrastruktur für digitale Gesundheitsdienste im Bereich der elektronischen Gesundheitsdienste, an der 22 EU-Mitgliedstaaten beteiligt sind, deren Austausch bis Ende des Jahres 2021 ermöglichen (siehe https://ec.europa.eu/luxembourg/news/les-premiers-citoyens-de-lue-utilisent-des-ordonnances-électroniques-dans-un-autre-pays-de-lue\_fr.

**<sup>92</sup>** Großherzogliche Verordnung vom 14. Oktober 2014 zur Festlegung der in grenzüberschreitenden Verschreibungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten mindestens zu enthaltenden Elemente, erlassen auf der Grundlage der Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU.

<sup>93</sup> Geändertes Gesetz vom 16. Januar 1990 über Medizinprodukte, Artikel 2-1 Absatz 2.

# 9

#### Erläuterung 7: Verbindlicher Inhalt der anzuerkennenden grenzüberschreitenden Verschreibungen

Identität des Patienten

- Name(n). Vorname(n) (ausgeschrieben, also nicht nur Anfangsbuchstabe(n))
- Geburtsdatum

Authentizität der Verschreibung

Ausstellungsdatum

Identität des verschreibenden Arztes

- Name(n). Vorname(n) (ausgeschrieben, also nicht nur Anfangsbuchstabe(n))
- Berufliche Qualifikation
- Angaben zur unmittelbaren Kontaktaufnahme (E-Mail und Telefon- oder Fax-Nummer, jeweils mit internationaler Vorwahl)
- Dienstanschrift (einschließlich des Namens des betreffenden Mitgliedstaats)
- Unterschrift (handschriftlich oder digital, je nach Medium der Verschreibung)

Identität des verschriebenen Produkts, sofern erforderlich

- "Gebräuchliche Bezeichnung" gemäß Artikel 1 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel
- Markenname in folgenden Fällen: a) bei dem verschriebenen Produkt handelt es sich um ein biologisches Arzneimittel im Sinne von Anhang I Teil I Nummer 3.2.1.1.
   Buchstabe b der Richtlinie 2001/83/EG oder b) der verschreibende Arzt hält es für medizinisch erforderlich; in diesen Fällen ist auf der Verschreibung kurz anzugeben, warum der Markenname verwendet wird
- Darreichungsform (Tablette, Lösung usw.)
- Menge
- Stärke im Sinne von Artikel 1 der Richtlinie 2001/83/ FC
- · Dosierungsschema

### 3.1.2. Medikamentenausgabe

Wenn das Arzneimittel in Luxemburg über eine Genehmigung für das Inverkehrbringen verfügt, erfolgt die Abgabe des Arzneimittels durch den Apotheker gemäß den in

Luxemburg geltenden Rechtsvorschriften, es sei denn, dieser hat berechtigte und begründete Zweifel an der Echtheit des Inhalts oder der Verständlichkeit des Rezeptes<sup>94</sup>.

### 3.1.3. Kostenübernahme

Grundsätzlich können Sie in Luxemburg ein ausländisches Rezept nach den hier geltenden Sätzen nutzen, also gemäß der Drittzahler-Regelung.

Sie können aber auch Ihr luxemburgisches Rezept verwenden, um Ihre Arzneimittel in einer ausländischen Apotheke zu kaufen. In diesem Fall gelten die Regeln des aus-

stellenden Landes. So kann es sein, dass der Gesamtpreis des Arzneimittels in Rechnung gestellt wird, weil dieses Medikament nicht im ausstellenden Land übernommen wird. Sie haben jedoch die Möglichkeit, die Rechnung an die CNS zu senden und die Rückerstattung gemäß der Kostenübernahme in Luxemburg zu erhalten.



#### Veranschaulichung 21: Arzneimittel, die nicht in der CNS-Nomenklatur aufgeführt sind

In einem an die Ombudsfrau herangetragenen Fall wurden die durch einen deutschen spezialisierten Arzt verschriebenen Medikamente nicht übernommen. Die CNS begründet diese Ablehnung mit Verweis auf Artikel 17 des Sozialversicherungsgesetzbuches, welcher die Kostenübernahme auf die in der Nomenklatur der CNS aufgeführten Leistungen begrenzt.

Es stellt sich für die Bürgerbeauftragte die Frage, ob es für diese Medikamente nicht notwendig ist, Artikel 23 (2) der Satzung anzuwenden, der vorsieht, dass Leistungen, die nicht in der luxemburgischen Gesetzgebung vorgesehen sind, gleichgestellt werden mit solchen von gleicher Wichtigkeit in Luxemburg oder, wenn dies nicht der Fall ist, im Behandlungsland. Die Anpassung der von dem deutschen Arzt verschriebenen Arzneimittel an andere Produkte in der Liste der übernommenen Medikamente müsste in der Vielzahl der Fall möglich sein und eine Erstattung erlauben.

Die CNS hat diese Bestimmung nicht berücksichtigt, mit dem Argument, dass ein Versicherter, der sich dieselben

Medikamente von einem in Luxemburg niedergelassenen Arzt verschreiben lässt, auch von keiner Kostenerstattung profitieren könnte.

Gemäß der Ombudsfrau ist dieses Argument nur gültig für den Fall wo, für die Behandlung dieser Krankheit, es nicht möglich wäre, diese in Luxemburg durch Medikamente oder eine andere von der Krankenkasse übernommenen Versorgung zu behandeln.

Es ist normal, dass ausländische Ärzte Arzneimittel verschreiben, die unter ihre Vorschriften fallen, da sie die in Luxemburg erstatteten Arzneimittel nicht kennen. In den Fällen, in denen die in Artikel 23 (2) der Satzung vorgesehene Anpassung möglich ist, müsste die CNS die im Ausland erbrachten Leistungen übernehmen.

Quelle: Ombudsman, Tätigkeitsbericht 2016, <u>www.ombuds-man.lu</u>, Seite 55

# 3.2. Analysen und Labortests

Die Kosten im Zusammenhang mit Analysen und Labortests im Sinne von Artikel 24 des Sozialversicherungsgesetzbuches, die in einem anderen EU-Mitgliedstaat durchgeführt wurden, werden mittels einer Erstattung der diesbezüglichen Kosten übernommen<sup>95</sup>.

Das bisherige System, das einzig ein System der direkten Kostenübernahme durch die Krankenkassen vorgesehen hat, wurde nach einer von der Europäischen Kommission übernommenen Beschwerde von Patienten abgeschafft.

<sup>95</sup> Eine Übersicht über die Erstattungen für biologische Analysen und einen Ländervergleich finden Sie unter Fédération Luxembourgeoise des Laboratoires d'Analyses Médicales (FLLAM), Benchmarking - Niveau des remboursements pour analyses de biologie médicale, herunterladbar unter dem Link http://www.fllam.lu/fileadmin/Imports/Reforme\_CNS/Benchmark.pdf.



#### Veranschaulichung 22: Zwei Kläger, die eine Änderung des luxemburgischen Rechts erzwingen

Zwei dem luxemburgischen Sozialversicherungssystem angeschlossene Patienten hatten eine Beschwerde bei der Europäischen Kommission eingereicht. Ihnen wurden die Kosten für medizinisch-biologische Analysen in anderen EU-Mitgliedstaaten nicht erstattet.

In einem dieser Fälle wurde die Erstattung mit der Begründung abgelehnt, dass, da die nationale Gesetzgebung die Kostenübernahme dieser Analysen über den direkten Weg durch die Krankenkassen vorsieht, die betroffene Krankenkasse keine Kostenerstattung vornehmen kann, da keine Preisgestaltung für die Leistung vorliegt.

Im anderen Fall wurde die Erstattung von in Deutschland durchgeführten Bluttests und Ultraschalluntersuchungen mit der Begründung abgelehnt, dass nur die in der Satzung vorgesehenen Leistungen erstattet werden können und dass die Leistungen in Übereinstimmung mit den verschiedenen anwendbaren nationalen Vereinbarungen durchgeführt werden. In diesem Fall habe der Verfasser der Beschwerde die Voraussetzungen für die Erstattung dieser Analysen aufgrund der Unterschiede zwischen dem luxemburgischen und dem deutschen Gesundheitssystem nicht erfüllen können.

Zur Verteidigung vor dem EuGH bediente sich das Großherzogtum insbesondere des Unvermögens der Krankenkassenunion, für die Erstattung von im Ausland angefallenen Auslagen unter bestimmten nationalen Bedingungen eine Preisgestaltung per Analogie für die Erstattung der Kosten für medizinisch-biologische Analysen anzuwenden sowie der Tatsache, dass die Änderung der Satzung in die Zuständigkeit der Sozialpartner fällt. Wenn es den wohlhabendsten Versicherten erlaubt wäre, ungehindert medizinische Versorgung zu erhalten, wäre die für das Funktionieren des luxemburgischen Gesundheitssystems erforderliche Solidarität gefährdet. Dieses System, das sozialpolitischen Erwägungen Rechnung trägt und sowohl einkommensschwachen als auch einkommensstarken Bürgern identische Leistungen bietet, könnte nur aufrechterhalten werden, wenn eine große Zahl von Sozialversicherten tatsächlich davon Gebrauch macht.

Der Gerichtshof der Europäischen Union, der mit einer Vertragsverletzungsklage befasst wurde, stellte fest, dass Luxemburg das Bestehen eines solchen Risikos nicht nachgewiesen und auch den Grund nicht dargelegt hat, warum die Nichterstattung der Kosten für Analysen und Laboruntersuchungen, die von in anderen Mitgliedstaaten niedergelassenen medizinischen Dienstleistern durchgeführt werden, ausreicht, um das Ziel des Schutzes der öffentlichen Gesundheit zu garantieren, und nicht über das hinausgeht, was zu diesem Zweck objektiv erforderlich ist. Das Großherzogtum müsse die Möglichkeit einführen, solche Kosten zu erstatten

Quelle: Gerichtshof der Europäischen Union, Urteil vom 27. Januar 2011, Europäische Kommission gegen Großherzogtum Luxemburg, C-490/09

Einige medizinische Analysen und genetische Tests entsprechen nicht der Nomenklatur und bleiben zu Lasten des Patienten<sup>96</sup>.



**<sup>96</sup>** Die Nomenklatur kann über nachfolgenden Link heruntergeladen werden: https://cns.public.lu/dam-assets/legislations/actes-generaux-techniques/nomenclature-laboratoires-20190501.pdf.



# 4. Ihre Rechte

# 4.1. Beschwerde beim Bürgerbeauftragten

Bei Problemen mit der CNS können Sie sich an den Ombudsman wenden  $^{97}$ .

Diese Möglichkeit ersetzt jedoch nicht die Klage vor den Sozialversicherungsgerichten und unterbricht auch nicht die

Fristen, innerhalb derer der Rechtsweg beschritten werden kann. Wenn Sie eine Beschwerde beim Ombudsman einreichen und die Fristen für den Gerichtsweg verstreichen lassen, ist es Ihnen nicht möglich, den Gerichtsweg wieder aufzunehmen nachdem Ihre Beschwerde bearbeitet wurde.

# 4.2. Klage vor den Sozialversicherungsgerichten

Wenn der Versicherte gerichtlich vorgehen will, sind folgende Etappen zu absolvieren:

# 4.2.1. Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS

Wenn die Ablehnung der CNS auf Beschluss des Präsidenten ergangen ist, haben Sie die Möglichkeit, vom Verwaltungsrat der CNS eine rekursfähige Entscheidung zu verlangen.

Dieser Antrag kann durch einfaches Einschreiben an die CNS gestellt werden.

<sup>97</sup> Claudia Monti, 36, rue du Marché-aux-Herbes, L-1728 Luxemburg, Tel.: (+352) 26 27 01 01, Fax: (+352) 26 27 01 02, E-Mail: info@ombudsman.lu, www.ombudsman.lu.



#### Modell 1: Einspruch beim Verwaltungsrat der CNS98

(Vorname, Nachname)

(Adresse)

Matrikulnummer (13-stellige Registriernummer)

(Ort, Datum)

CNS

Zu Händen des Verwaltungsrates

L-2980 Luxemburg

Per Einschreiben

Ihre Ref (CNS-Referenz) - Ablehnung einer Überweisung ins Ausland - EINSPRUCH

Herr Präsident, Sehr geehrte Damen und Herren Mitglieder des Verwaltungsrates,

Ich beziehe mich auf meinen Antrag vom (Datum des Antrags) in Bezug auf eine Überweisung ins Ausland zum (Krankenhaus oder Institution, vollständige Anschrift, Land) für die Behandlung (kurze Beschreibung der Behandlung), geplant für den (vorgesehenes Datum der Behandlung).

Mit Beschluss vom (Datum des Beschlusses des Präsidenten) lehnte der Präsident es ab, dem Antrag zuzustimmen (Wiederholung der hauptsächlichen Gründe aus dem Beschluss des Präsidenten).

Mein Einspruch beruht auf folgenden Rechtsmitteln: (Ausführung der Argumente des Einspruchs)

#### (Beispiele für die Argumentation:

Der medizinische Kontrolldienst der Sozialversicherung hat keine medizinisch objektive Beurteilung meines Gesundheitszustandes, meiner Krankengeschichte, dem voraussichtlichen Krankheitsverlauf, dem Ausmaß meiner Schmerzen und der Art meiner Behinderung zum Zeitpunkt des Antrags vorgenommen, sowie Artikel 28 (6) sub 1) der Satzung der CNS dies zwingend vorschreibt.

Eine Überweisung ins Ausland ist absolut legitim und gerechtfertigt und stellt keine persönliche Annehmlichkeit dar. In der Tat (Ausführung, warum die Überweisung eine Notwendigkeit, nicht nur eine persönliche Annehmlichkeit darstellt).

Die CNS rechtfertigt nicht, ob in Luxemburg rechtzeitig eine identische oder gleich wirksame Behandlung für den Patienten erreicht werden kann und dass bei dieser Bewertung, vom medizinisch objektiven Standpunkt, der Gesundheitszustand des Patienten und seine Vorgeschichte berücksichtigt wurden (EuGH, Urteil vom 23. Oktober 2003, Patricia Inizan).

Meine Wahl, mich in (Land) gesundheitlich versorgen zu lassen, ist auch die Folge des Vertrauens in die Person von Dr. (Name des behandelnden Arztes im Ausland), weil (Argumentation)

Demgemäß frage ich Sie, im Hinblick auf die obigen Ausführungen, mir die Vorabgenehmigung für die Überweisung ins Ausland zum Zwecke des geplanten Eingriffs am (*Datum der Behandlung*) zu erteilen.

Dieses Schreiben stellt einen Einspruch gegen die Entscheidung des Präsidenten vom (Datum des Beschlusses des Präsidenten) dar.

Mit tiefem Respekt,

(Unterschrift)

<sup>98</sup> Das Zurverfügungstellen dieses Modelles stellt keine dem Anwaltsmonopol unterliegende Rechtsberatung dar. Das Modell gilt für den Fall der Ablehnung der Vorabgenehmigung seitens der CNS.

# 4.2.2. Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung

Rechtliche Schritte gegen die Entscheidung des CNS-Verwaltungsrates liegen in der Zuständigkeit des Schiedsgerichts der Sozialversicherung in Luxemburg. Entsprechende

Anweisungen zur Ausübung von Rechtsmitteln sind auch auf der Ablehnungsentscheidung vermerkt.

#### (a) Frist

Gegen die Entscheidung des Verwaltungsrats muss innerhalb von 40 Tagen nach Übermittlung der angefochtenen Entscheidung eine Klage eingereicht werden.

#### (b) Bedingungen

Die Klage wird auf einfachen Antrag in Papierform am Sitz des Schiedsgerichts der Sozialversicherung eingereicht<sup>99</sup>.

Das Verfahren ist kostenlos. Der Antrag muss in so vielen Exemplaren vorgelegt werden, wie Parteien an dem Fall beteiligt sind.

Er beinhaltet den Namen, Vornamen, die Identitätsnummer, den Beruf und den Wohnsitz des Antragstellers sowie die Qualität, in der er handelt, und gibt den Zweck des Antrags und die Zusammenfassung der Mittel an. Der Antrag muss vom Antragsteller oder seinem gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten, der ein Vertreter seiner Berufs- oder Gewerkschaftsorganisation sein kann, unterzeichnet werden. Gleiches gilt für andere während des Verfahrens vorgelegte Unterlagen. Wenn der Antrag von einem Bevollmächtigten gestellt wird, muss dieser, wenn er kein Anwalt ist, eine besondere Vollmacht nachweisen. Letztere muss spätestens während der mündlichen Verhandlung und zwar vor Beginn des Plädoyers vorgelegt werden.

#### (c) Vertretung

Vor dem Schiedsgericht ist eine Vertretung durch einen Rechtsanwalt nicht erforderlich.

Ein Versicherter kann sich jedoch vertreten oder unterstützen lassen von:

- einem Vertreter seiner Berufs- oder Gewerkschaftsorganisation;
- seinem Ehepartner oder Partner im Sinne des Gesetzes vom
   Juli 2004 über die rechtlichen Auswirkungen bestimmter Partnerschaften;

• einem Verwandten oder eingeheiratetem Verwandten in direkter Linie; einem Verwandten oder eingeheirateten Verwandten in Seitenlinie bis zum 3. Grad.

 $\label{eq:continuous} \textbf{Jeder Vertreter muss eine spezifische Vollmacht vorlegen}^{100}.$ 



100 Geändertes Gesetz vom 10. August 1991 über die Anwaltschaft, Artikel 2 Absatz 1.

#### Modell 2: Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung<sup>101</sup>

An die Damen / Herren Präsident und Assessoren Schiedsgericht der Sozialversicherung 16 Boulevard de la Foire, L-1528 Luxemburg

Hat

Herr / Frau (Name, Vorname), wohnhaft in (Adresse), Matrikulnummer (13-stellige Matrikulnummer) die Ehre, folgendes auszuführen,

In der Erwägung, dass der (die) Antragsteller (in) an (detaillierte Diagnose, objektive medizinische Beurteilung des Zustands) leidet,

dass (Vorgeschichte und Beschreibung der Behandlungen, die bereits in Luxemburg und gegebenenfalls im Ausland durchgeführt wurden),

dass (Entscheidungsgründe für einen Wechsel ins Ausland, nämlich voraussichtliche Entwicklung der Krankheit, das Ausmaß der Schmerzen und Art der Behinderung zum Zeitpunkt des Antrags, Unmöglichkeit, eine identische Behandlung oder mit gleichem Wirksamkeitsgrad für den Patienten in Luxemburg rechtzeitig zu erreichen),

dass die vorgeschlagene Versorgung besteht aus (detaillierte Beschreibung der Behandlung),

In der Erwägung, dass Dr. (Name des Arztes) am (Datum des Antrags) die Ausstellung einer (Vorabgenehmigung S2 oder Kostenübernahmeschein gemäß dem System Richtlinie) für den Zeitraum ab dem (vorgesehener Zeitpunkt der Behandlung) beantragt hat,

dass die CNS, durch die Entscheidung des Präsidenten vom (Datum der Entscheidung des Präsidenten), diesen Antrag abgelehnt hat, mit der Begründung (kurze Beschreibung der Ablehnungsgründe),

dass der (die) Antragsteller (in) gegen diese Entscheidung des Präsidenten am (Datum des Einspruchs) Einspruch eingelegt hat,

dass der Verwaltungsrat der CNS am (Datum der Entscheidung des Verwaltungsrats der CNS) eine ablehnende Kostenübernahmeentscheidung getroffen hat, welche am (Zeitpunkt der Übersendung der Entscheidung des CNS-Verwaltungsrats) übermittelt wurde,

dass der Antragsteller gegen diese Entscheidung vom (Datum der Entscheidung des CNS-Verwaltungsrats) aus den folgenden Gründen klagt:

(Ausführung und Argumentation der Rechtsmittel)

(Beispiele für die Argumentation:

- (Unvollständige Analyse des Antrags seitens des medizinischen Kontrolldienstes) Der medizinische Kontrolldienst der Sozialversicherung hat keinen Bericht abgegeben über die objektive medizinische Beurteilung meines Gesundheitszustands, meiner Vorgeschichte, der wahrscheinlichen Entwicklung meiner Krankheit und des Ausmaßes meiner Schmerzen und der Art meiner Behinderung zum Zeitpunkt der Antragstellung gemäß Artikel 28 Absatz 6 Unterabsatz 1 der CNS-Satzung.
- (Persönliche Annehmlichkeit) Eine Überweisung ins Ausland ist absolut legitim und gerechtfertigt und stellt keine persönliche Annehmlichkeit dar. In der Tat (Ausführung, warum die Überweisung eine Notwendigkeit, und keine bloße persönliche Annehmlichkeit darstellt).
- (Mögliche Behandlung in Luxemburg) Die CNS rechtfertigt nicht, dass in Luxemburg rechtzeitig eine identische oder gleich wirksame Behandlung für den Patienten erreicht werden kann und dass bei dieser Bewertung, vom medizinisch objektiven Standpunkt, der Gesundheitszustand des Patienten und seiner Vorgeschichte berücksichtigt wurden (EuGH, Urteil vom 23. Oktober 2003, Patricia Inizan).
- (Zum Kriterium der Wirtschaftlichkeit nach Artikel 23 CSS ) Der CNS ist zu widersprechen, und dies in formeller und hartnäckiger Art, wenn sie darlegt, dass die Kriterien der Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt sind. Dieses Argument bedeutet die Infragestellung jeder Auslandsüberweisung zum Zwecke eines Krankenhausaufenthalts oder ambulanten Behandlung, weil im Wesentlichen und unter Berücksichtigung der Größe des Großherzogtums Luxemburg, jede Überweisung eine Fahrt in einer Distanz erfordert, die grösser ist im Vergleich zu der Behandlung in Luxemburg. Gemäss der Richtlinie EU/2011/24 müssen das System der Vorabgenehmigung, einschließlich der Kriterien und der Anwendung dieser Kriterien, und Einzelentscheidungen, mit denen eine Vorabgenehmigung verweigert wird, auf das im Hinblick auf das zu erreichende Ziel notwendige und angemessene Maß begrenzt bleiben und dürfen kein Mittel willkürlicher Diskriminierung und keine ungerechtfertigte Behinderung der Freizügigkeit der Patienten darstellen.

**<sup>101</sup>** Das Zurverfügungstellen dieses Modelles stellt keine dem Anwaltsmonopol unterliegende Rechtsberatung dar. Das Modell gilt für den Fall der Ablehnung der Vorabgenehmigung seitens der CNS.

#### AUS DIESEN GRÜNDEN

Wird das Schiedsgericht der Sozialversicherung hiermit gebeten,

dem Antragsteller zu bestätigen, dass dieser eine Klage gegen die Entscheidung des Verwaltungsrates der Nationalen Gesundheitskasse vom (Datum der Entscheidung des Verwaltungsrates der CNS), welche am (Datum der Übersendung der Entscheidung des CNS-Verwaltungsrates) übermittelt wurde, welche die ablehnende Entscheidung des Präsidenten der CNS vom (Datum der Entscheidung des Präsidenten der CNS) im Zusammenhang mit dem Antrag auf Ausstellung einer (S2 Vorabgenehmigung oder Kostenübernahmeschein nach dem System Richtlinie) für eine Behandlung in (Ort, Land) für (Beschreibung der Behandlung) bestätigt,

die vorgenannte Entscheidung des Verwaltungsrates der Nationalen Gesundheitskasse vom (Datum der Entscheidung des Verwaltungsrates der CNS) aufzuheben,

die Übernahme der fraglichen Kosten durch die CNS anzuordnen

die Beklagte zur Übernahme aller Verfahrenskosten zu verurteilen,

dem Antragsteller zuzugestehen, dass dieser, gegebenenfalls noch im Lauf des Klageverfahrens, weitere Ansprüche, Mittel und Maßnahmen darlegen kann.

Mit tiefem Respekt,

(Name, Vorname)

(Unterschrift)

Inventarliste der Verfahrensunterlagen (vorbehaltlich zusätzlicher Unterlagen, welche im Lauf des Verfahrens noch eingereicht werden)

(Liste der eingereichten Verfahrensunterlagen, wie folgt: Dokument Nr 1 – (Beschreibung), Dokument Nr 2 ...)

#### (d) Verhandlung

Es steht jeder versicherten Person frei, an der Verhandlung des Schiedsgerichts ohne Beistand eines Anwalts teilzunehmen.

Sie kann sich, natürlich, durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen oder durch einen Vertreter ihrer Berufs- oder

Gewerkschaftsorganisation, ihren Ehepartner oder Partner im Sinne des Gesetzes vom 9. Juli 2004 über die rechtlichen Auswirkungen bestimmter Partnerschaften, einen verwandten oder eingeheirateten Verwandten, entweder in direkter Linie oder in Seitenlinie bis zum 3. Grad, unterstützt werden.

#### Veranschaulichung 23: Ablauf der Verhandlung des Schiedsgerichts

Die Verhandlung des Schiedsgerichts ist öffentlich.

Wenn der Fall aufgerufen wird, eröffnet der Präsident des Schiedsgerichts das Verfahren mit einer Vorstellung des Falls.

Der Präsident erteilt dem Versicherten das Wort, um seinen Standpunkt darzulegen.

Der Vertreter (Rechtsanwalt oder Beamter) der CNS oder der betreffenden Einrichtung der sozialen Sicherheit wird in seinen Erklärungen angehört. Der Präsident schließt das Plädoyer.

Das Urteil ergeht in einer anschließenden Verhandlung. Es wird dem Versicherten innerhalb von 15 Tagen nach dem Erlass des Urteils per Einschreiben oder gegen Quittung mitgeteilt.



# 9

#### Erläuterung 8: Ihre Rechte in der Verhandlung des Schiedsgerichts verteidigen

Zur Vorbereitung

- Bereiten Sie eine besondere Vollmacht vor, wenn Sie bei der Anhörung von einer anderen hierzu ermächtigten Person vertreten oder unterstützt werden wollen.
- Nehmen Sie Kenntnis von der Verfahrensakte im Sekretariat des Schiedsgerichts (Hinweis: Die Einrichtung der sozialen Sicherheit erhält eine Kopie des Antrags auf Einleitung des Verfahrens und muss innerhalb von 15 Tagen die Hinterlegung aller sich in ihrem Besitz befindlichen Dokumente oder derjenigen, die sie beabsichtigt, im Laufe des Verfahrens zu verwenden, einreichen).
- Schreiben Sie einen Antrag an das Schiedsgericht, um die Unterlagen zu erhalten, die sich auf den Streitfall beziehen.
- Sammeln Sie die Unterlagen, die Sie im Verfahren verwenden möchten (z. B. ärztliche Atteste, Berichte, Zeugenaussagen).
- Übermitteln Sie dem Schiedsgericht 2 Kopien Ihrer Verfahrensunterlagen zusammen mit einer Inventarliste
- Bewahren Sie 1 Exemplar dieser Verfahrensunterlagen für Ihren persönlichen Gebrauch auf.
- Bereiten Sie einen schriftlichen Plädoyer-Schriftsatz (in 5-facher Ausfertigung) vor, wenn Sie sicher gehen wollen, dass alle Ihre Argumente während der Beratungen in der Verfahrensakte vorhanden sind.

Nach Eingang der Bekanntmachung der öffentlichen Anhörung (per Einschreiben)

- Überprüfen Sie Ihre Verfügbarkeit an dem Tag und zu der Uhrzeit der mündlichen Verhandlung, die vom Schiedsgericht festgelegt wurden.
- Wenn Sie zum angegebenen Termin nicht anwesend sein können: Schicken Sie eine Entschuldigung an das Sekretariat des Schiedsgerichts (ggf. begleitet von Belegen, z.B. Buchung eines Aufenthalts im Ausland, Krankenschein) und beantragen Sie in diesem Schreiben die Verlegung der mündlichen Anhörung auf einen späteren Zeitpunkt.

In der mündlichen Verhandlung

- Wenn Sie Ihre Verfahrensunterlagen noch nicht dem Schiedsgericht im Vorfeld zugeschickt haben: Übergeben Sie dem Schiedsgericht diese Verfahrensunterlagen, bevor Sie mit Ihrer Ausführung anfangen.
- Übergeben Sie Ihren Plädoyer-Schriftsatz der Gegenpartei (1 Exemplar) und dem Schiedsgericht (3 Exemplare), bevor Sie mit der Erläuterung Ihres Standpunkts anfangen.
- Zögern Sie nicht, dem Vertreter der CNS nach dessen Ausführung zu antworten.



#### Erläuterung 9: Fristen beim Schiedsgericht

Die Bearbeitungszeiten haben in den letzten Jahren zugenommen und sind derzeit sehr lang. Bei dieser Art von Verfahren betragen die Fristen in der Regel mehr als 6 Monate.

Es besteht die Gefahr, dass Sie bestraft werden, wenn Sie Ihr Klagerecht ausüben, da Ihre Situation während der Bearbeitungszeit Ihres Falls blockiert bleibt. Quelle: Ombudsman, Tätigkeitsbericht, 2017, abrufbar unter www.ombudsman.lu, Seite 115

Wussten Sie, dass für Sie als EU-Bürger das europäische Recht im Falle einer grenzüberschreitenden Situation gilt? In diesem Fall ist zu beachten, dass das europäische Recht gemäß der Normenhierarchie Vorrang vor Ihrem nationalen Recht hat. Das europäische Recht schließt die Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union ein<sup>102</sup>.

Der Zugang zum europäischen Recht erfolgt jedoch durch den nationalen Richter. Bei Zweifeln an der Auslegung einer Norm können Sie das vorlegende Gericht ersuchen, eine Vorabfrage an den Gerichtshof der Europäischen Union zu richten. Ziel dieses Verfahrens ist die Gewährleistung von Rechtssicherheit durch die einheitliche Anwendung des europäischen Rechts in der gesamten Europäischen Union. Die Stellungnahme des Europäischen Gerichtshofes bindet das nationale Gericht bei der Entscheidung über den Rechtsstreit. Dieses Verfahren gilt auch vor den Sozialversicherungsgerichten.

#### (e) Urteil

Das Schiedsgericht entscheidet in letzter Instanz bis zu einem Streitwert von  $1.250~{\rm Euro}^{103}$ .

führen. oen Sie

Wenn in Ihrer Abwesenheit ein Urteil gefällt wird, haben Sie die Möglichkeit, innerhalb von 15 Tagen nach Zustellung

### 4.2.3. Berufung beim Obersten Rat der Sozialversicherung

Gegen das Urteil des Schiedsgerichts ist eine Berufung möglich, falls der Streitwert mehr als 1.250 Euro beträgt. Die Berufungsschrift muss beim Obersten Rat der Sozialversicherung<sup>104</sup> innerhalb von 40 Tagen nach Zustellung des Urteils des Schiedsgerichts eingereicht werden.

Die Berufungsschrift muss in so vielen Exemplaren eingereicht werden, wie es Streitparteien gibt. Sie muss eine kurze Auflistung der Berufungsgründe beinhalten.

Auch bei Abwesenheitsurteilen des Obersten Rates der Sozialversicherung ist ein Widerspruch vor demselben Gericht möglich. Die Frist ist dieselbe wie beim Widerspruch beim Schiedsgericht

des Urteils Widerspruch beim Schiedsgericht einzulegen;

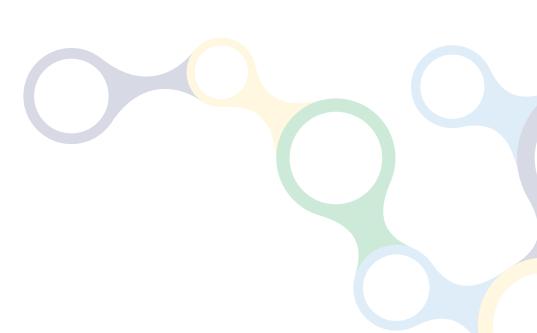
dies wird zu einem neuen Verfahren vor dem Schiedsgericht

Wie beim Verfahren vor dem Schiedsgericht ist es vor dem Obersten Rat der Sozialversicherung nicht notwendig, durch einen Rechtsanwalt vertreten oder unterstützt zu werden.

## 4.2.4. Kassation vor dem Kassationsgericht

Gegen Urteile des Obersten Rates der Sozialversicherung ist ein Kassationsverfahren vor dem Kassationsgerichtshof möglich. Dasselbe gilt für Urteile des Schiedsgerichts, falls dieses in letzter Instanz entschieden hat. Kassation kann jedoch nur eingelegt werden, falls die Urteile der Gerichte in der vorhergehenden

Instanz die Gesetze oder substantielle Formalitäten verletzt haben. Die der Gegenpartei zugestellte Kassationsschrift muss innerhalb von zwei Monaten ab Zustellen des betreffenden Urteils beim Kassationsgerichtshof hinterlegt werden.



**103** Sozialversicherungsgesetzbuch, Artikel 455.3.

104 14 avenue de la Gare, L-1610 Luxemburg, Tel. (+352) 26 26 05 1, Fax (+352) 26 26 05 38.

#### Union Luxembourgeoise des Consommateurs nouvelle a.s.b.l.

55, rue des Bruyères L-1274 Howald

Telefon/Téléphone : 49 60 22-1 Telefax/Téléfax : 49 49 57 E-Mail/courriel : info@ulc.lu

www.ulc.lu

#### Öffnungszeiten der Büros in Howald

Von 8:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr Juristische Beratung Nachmittags nur nach Terminabsprache Montags, Mittwochs und Freitags Sprechzeiten auch von 12:00 bis 13:00 Uhr

Sprechstunden der Anwälte und Steuerberater nur nach Terminabsprache

# Wöchentliche Sprechstunden der ULC-Rechtsberater

- CSL, Luxemburg/Bonneweg
   2-4 rue Pierre Hentges
   Dienstags von 09:00 bis 13:00 Uhr
   Donnerstags von 13:00 bis 17:00 Uhr
- Esch/Lallange, "Omnisport" Zentrum Bd Hubert Clément Dienstags von 14:00 bis 16:00 Uhr
- Ettelbruck Maison sociale
   40, avenue Salentiny
   Donnerstags von 14:00 bis 16:00 Uhr

#### Wie werde ich Mitglied?

Scannen Sie den QR-Code und schreiben Sie sich als neues Mitglied ein. Sie können ihren Mitgliedsbeitrag per Überweisung oder Online bezahlen.

#### Heures d'ouverture des bureaux à Howald

de 8h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00 Consultations juridiques l'après-midi uniquement sur rdv Permanences les lundis, mercredis et vendredis de 12h00 à 13h00

Consultations par des avocats et conseillers fiscaux sur rendez-vous uniquement

# Consultations hebdomadaires par des conseillers de l'ULC à

- CSL, Luxembourg/Bonnevoie
   2-4 rue Pierre Hentges
   Mardi de 09h00 à 13h00
   Jeudi de 13h00 à 17h00
- Esch/Lallange, complexe « Omnisport » Bd Hubert Clément Mardi de 14h00 à 16h00
- Ettelbruck Maison sociale 40, avenue Salentiny Jeudi de 14h00 à 16h00

#### Comment devenir membre?

Scannez le code QR et inscrivez-vous comme nouveau membre.
Vous pouvez payer votre cotisation par virement ou en ligne!



# www.ulc.lu





## facebook.

Pour suivre les actualités de l'ULC, inscrivez-vous dès maintenant et rejoignez-nous!

#### L'ULC sur facebook :

http://www.facebook.com/ UnionLuxembourgeoisedesConsommateurs

