



U N I O N L U X E M B O U R G E O I S E D E S C O N S O M M A T E U R S

Arztbesuch und Krankenhausaufenthalt im Ausland

Was und wie erstattet die Krankenkasse?



CHAMBRE DES SALAIRES
LUXEMBOURG

Der Autor:



Portrait photograph by Roswitha Kaster, Riol (www.fotografin-riol.de)

Maître Patrick Goergen

Maître en droit

DESS Contentieux communautaire

Avocat à la Cour, seit 1995
bei der Rechtsanwaltschaft Luxemburg
eingeschrieben



ETUDE PATRICK GOERGEN
— Avocats à la Cour —

(www.egoergenlaw.com)

A member of

EUROPEAN LAW FIRM

(www.european-law-firm.com)



Vorwort



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 15 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 Rechtssprechung 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

07 (1) Geplante Versorgung in einem anderen EU-Mitgliedstaat

07 A. Die vorherige Genehmigung der Krankenkasse

07 1. für eine ambulante Behandlung

09 2. für eine stationäre Behandlung

09 (a) Warum ist für eine stationäre Versorgung eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich?

10 (b) Der Antrag auf Kostenübernahme und das Ausstellen des Formulars E112

13 (c) Was tun bei einer Ablehnung?

16 B. Die Kostenerstattung

16 1. bei einer ambulanten Behandlung

16 (a) Wann wird die Kostenübernahme beantragt?

17 (b) Nach welchen Vorschriften wird abgerechnet?

17 2. bei einer stationären Behandlung

17 (a) Wann wird die Kostenübernahme beantragt?

17 (b) Nach welchen Vorschriften wird abgerechnet?

20 (c) Die Schwierigkeit des Vergleichs zwischen Krankenversicherungssystemen

21 (d) Welche Kosten werden übernommen?

23 (e) Der Einfluss einer Beteiligung von privaten Krankenversicherungssystemen

25 (2) Unvorhergesehene Versorgung in einem anderen EU-Mitgliedstaat oder einem Staat der EFTA

- 25 A. Das Ausstellen der Europäischen Versicherungskarte
- 26 B. Welche Vorteile birgt die Europäische Versicherungskarte?
- 27 C. Wie werden die Kosten erstattet?

28 (3) Wie können Sie Ihre Rechte geltend machen?

- 29 A. Eine rekursfähige Entscheidung des Vorstandes verlangen
- 29 B. Widerspruch beim Schiedsgericht einlegen
- 30 C. Weitere Rechtsmittel, bei Bedarf

Der neuen europäischen Verordnung CE 883/2004 über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme, die am 1. Mai 2010 in Kraft getreten ist, wurde Rechnung getragen.

Arztbesuch und Krankenhausaufenthalt im Ausland

Was und wie erstattet die Krankenkasse?



Sie sind unterwegs im europäischen Ausland und müssen unvorhergesehenenmaßen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Sie werden von ihrem behandelnden Arzt in Luxemburg zu einem Spezialisten im Ausland geschickt. Sie bevorzugen einen stationären Krankenhausaufenthalt im Ausland. Im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs üben Sie damit die Freiheit aus, sich zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in einen anderen Staat zu begeben. Doch welche Formalitäten müssen Sie in diesen Fällen berücksichtigen zwecks Rückerstattung der Kosten seitens der gesetzlichen Krankenkasse? Welchen Betrag erstattet die Krankenkasse¹?

¹ Wir benutzen einseitig auch weiterhin den gängigen Begriff „Krankenkasse“, obwohl seit dem Gesetz vom 13. Mai 2008 über das Einheitsstatut eine Fusion mehrerer Krankenkassen zur Gründung der Nationalen Gesundheitskasse (welche die Aufgaben der Krankenkassenunion seit dem 1. Januar 2009 übernommen hat) führte. Der Begriff „Krankenkasse“ verweist im Rahmen dieses Beitrags also sowohl auf die Nationale Gesundheitskasse als auch auf die Krankenkassen der öffentlichen Bediensteten beim Staat und Gemeinden sowie der CFL-Beschäftigten.

Auch wenn das EU-Recht nach ständiger Rechtsprechung die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Sozialversicherungssysteme unberührt lässt², müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das EU-Recht beachten. Und gerade in diesem Bereich gab es seit 1998 richtungsweisende Urteile des Gerichtshofes der Europäischen Union (EuGH)³, die auch in Luxemburg für Aufsehen gesorgt haben. Zeit also, sich einen Überblick über die Lage bei der Erstattung von medizinischen Behandlungen⁴ zu verschaffen⁵.

Es sei bemerkt, dass der nachfolgende Beitrag sich beschränkt auf den Fall von in Luxemburg ansässigen Bürgern, die in einer luxemburgischen Krankenkasse gesetzlich versichert sind und sich in einem anderen Mitgliedstaat ärztlich versorgen lassen.


Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen einer geplanten Versorgung (1) und einer unvorhergesehenen Versorgung (2) in

² Die Gemeinschaftsbestimmungen über die soziale Sicherheit ersetzen nicht die bestehenden nationalen Sozialversicherungssysteme durch ein einheitliches europäisches Regime, sondern streben eine Koordinierung dieser Systeme an. Sie legen gemeinsame Regeln und Prinzipien fest, die von den nationalen Behörden, Sozialversicherungsträgern und Gerichten bei der Anwendung innerstaatlicher Rechtsvorschriften beachtet werden müssen. Siehe Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1 und die Berichtigung ABl. L 166 vom 7.06.2004, S. 1) und 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 (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1). Diese beiden Verordnungen ersetzen mit Wirkung zum 1. Mai 2010 die gemeinschaftsrechtlichen Verordnungen 1408/71 und 574/72.

³ Seit dem Inkrafttreten des Vertrages von Lissabon zum 1. Dezember 2009 wird der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) „Gerichtshof der Europäischen Union“ genannt. Die alte Bezeichnung wird in dieser Broschüre jedoch im Zusammenhang mit der Rechtsprechung des Gerichtshofs vor diesem Datum beibehalten.

⁴ Medizinische Tätigkeiten sind nach ständiger EuGH-Rechtsprechung von Artikel 57 AEUV (vorheriger Art. 50 EGV) bezüglich der Dienstleistungsfreiheit erfasst, ohne Unterschied zwischen der Versorgung in einem Krankenhaus oder außerhalb davon.

⁵ Ombudsmann Marc Fischbach hat in seinem Aktivitätsbericht für den Zeitraum vom 1. Oktober 2006 bis 30. September 2007 (Punkt 1.4.1., Seite 41) festgestellt, dass bislang keine spezielle Informationsbroschüre zu diesem Thema veröffentlicht wurde, und dass auch Probleme beim Zugang zu der Rechtsprechung in diesem Bereich bestehen. Das Fortbestehen dieses Manktums wurde im Aktivitätsbericht des Ombudsmanns für den Zeitraum vom 1. Oktober 2007 bis 30. September 2008 (Punkt 1.4.1., Seite 43) und in dem für den Zeitraum vom 1. Oktober 2008 bis 30. September 2009 (Punkt 1.4.1., Seite 49) beanstandet. In letzterem meint er sogar, dass demzufolge immer noch keine Waffengleichheit zwischen dem Bürger und der Verwaltung gewährleistet ist.



einem anderen EU-Mitgliedstaat. Im dritten Teil dieses Beitrags wird geschildert, wie Versicherte Ihre Rechte gegenüber der Krankenkasse geltend machen können (3).

(1) Geplante Versorgung in einem anderen EU-Mitgliedstaat

Bei einer geplanten medizinischen Versorgung im europäischen Ausland gibt es je nach Versorgungstyp – ambulante oder stationäre Behandlung⁶ – unterschiedliche Verfahren. Die Unterschiede liegen sowohl bei der vorherigen Genehmigungspflicht (A) als auch bei der Kostenerstattung (B).

A. Die vorherige Genehmigung der Krankenkasse

1. für eine ambulante Behandlung

Für eine im Voraus geplante Behandlung durch den ausländischen Arzt in seiner Praxis können Sie direkt in das Land reisen, in dem Sie die Versorgung in Anspruch nehmen möchten. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist nicht erforderlich, allerdings kann die Beantragung und Erteilung einer solchen Genehmigung eine Auswirkung auf die Höhe der Kostenübernahme haben^{7,8}.

Dieselbe Regel gilt für den Warenkauf bei ausländischen Leistungserbringern, z.B. den Kauf von Brillen bei ausländischen Optikern.

Die Vereinfachung erfolgte aufgrund der Urteile Kohll⁹ und Decker¹⁰ des EuGH vom 28. April 1998. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Übernahme erstattungsfähiger Krankheitsleistungen nach den Modalitäten des Rechts des Versicherungsstaats von der vorherigen Genehmigung des Trägers dieses Staates abhängig, wenn die Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden.

⁶ Es gibt derzeit keine europaweit geltende Definition für „stationäre Versorgung“ oder „ambulante Versorgung“. Unter ambulante Versorgung versteht der Europäische Gerichtshof eine medizinische Behandlung durch den Arzt in seiner Praxis oder beim Hausbesuch; als stationäre Versorgung gilt die Behandlung im Krankenhaus.

⁷ 2006 wurden noch 1.623 E 112-Genehmigungen für ambulante Behandlungen im Ausland bewilligt.

⁸ Siehe hierzu den nachfolgenden Punkt (1) B. 1.

⁹ EuGH, 28. April 1998, Raymond Kohll gegen Union des caisses de maladie, C-158/96, I-1931

¹⁰ EuGH, 28. April 1998, Nicolas Decker gegen Caisse de maladie des employés privés, C-120/95, I-1831

Kohl und Decker


Im ersten Rechtsstreit ging es um den Antrag eines luxemburgischen Staatsangehörigen bei seiner Krankenkasse, seiner minderjährigen Tochter eine Zahnregulierung bei einem Zahnarzt in Trier (Deutschland) zu genehmigen. Dieser Antrag wurde mit der Begründung abgelehnt, die Behandlung sei nicht dringend und könne außerdem in Luxemburg erbracht werden.

Im zweiten Rechtsstreit hatte der Kläger, ein luxemburgischer Staatsangehöriger, bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Erstattung der Kosten gestellt, die ihm beim Kauf einer Brille mit Korrekturgläsern bei einem Optiker in Arlon (Belgien) auf Verschreibung seines luxemburgischen Augenarztes entstanden waren. Die Kostenerstattung wurde mit der Begründung abgelehnt, die Brille sei ohne vorherige Genehmigung im Ausland erworben worden.

Der Europäische Gerichtshof ist der Ansicht, dass das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Übernahme erstattungsfähiger Krankheitsleistungen nach den Modalitäten des Rechts des Versicherungsstaats, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden, eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs beziehungsweise des freien Warenverkehrs im Sinne des EU-Rechts darstellt. Eine solche Regelung halte die Sozialversicherten davon ab, sich an ärztliche Dienstleistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten zu wenden und stelle sowohl für diese wie für ihre Patienten eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs dar.

Das Genehmigungserfordernis wurde von der Krankenkassenunion einerseits mit Gründen der Kontrolle der Gesundheitskosten gerechtfertigt – es sei das einzig wirksame und das am wenigsten beschränkende Mittel, um die Gesundheitskosten zu kontrollieren und das Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit aufrechtzuerhalten – sowie mit dem Schutz der öffentlichen Gesundheit, indem das Erfordernis notwendig sei, um die Qualität der ärztlichen Leistungen zu gewährleisten und eine ausgewogene, allen luxemburgischen Versicherten zugängliche ärztliche und klinische Versorgung sicherzustellen.

Dem Europäischen Gerichtshof zu Folge könne eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Systems der sozialen Sicherheit einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen, der solche Beschränkungen rechtfertigen könne. In den



vorliegenden Fällen jedoch habe sowohl die Pauschalerstattung für in anderen Mitgliedstaaten gekaufte Brillen und Korrekturgläser als auch die Erstattung von Zahnbehandlungskosten nach den Tarifen des Versicherungsstaats keine wesentlichen Auswirkungen auf die Finanzierung oder das Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit.

Auch bei der Prüfung der objektiven Rechtfertigung dieser Regelung aus Gründen des von der luxemburgischen Regierung angeführten Gesundheitsschutzes vertrat der Europäische Gerichtshof in Luxemburg die These der Kläger. Die strittige Regelung sei nicht durch die notwendige Gewährleistung der Qualität von in anderen Mitgliedstaaten gelieferten medizinischen Erzeugnissen gerechtfertigt. Auch zur Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines unabdingbaren Niveaus der Heilkunde im Inland sei die luxemburgische Regelung nicht erforderlich.

In beiden Fällen hat der EuGH demnach für Recht erkannt, dass die nationalen luxemburgischen Regelungen gegen die Bestimmungen des EG-Vertrags verstießen, indem sie für den Brillenkauf bzw. für Zahnbehandlungen eine vorherige Genehmigung seitens der Krankenkasse vorsahen.

2. für eine stationäre Behandlung

Für eine im Voraus geplante Versorgung in einem Krankenhaus verlangt die Krankenkasse einen vorherigen Antrag auf Kostenübernahme.

(a) Warum ist für eine stationäre Versorgung eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich?

Die luxemburgischen und unionsrechtlichen Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts sehen vor, dass der Patient vor einer stationären Behandlung im Ausland über eine Genehmigung für die Kostenübernahme verfügt¹¹.

¹¹ Artikel 23, Absatz 2, der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse: «*Sauf les traitements d'urgence reçus en cas de maladie ou d'accident lors d'un séjour temporaire à l'étranger, la prise en charge des prestations délivrées à l'étranger doit être couverte par une autorisation donnée par le contrôle médical suivant les modalités prévues par les présents statuts et, au cas où il s'agit de prestations délivrées dans un pays lié au Luxembourg par un des instruments visés à l'alinéa 1^{er} ci-dessus, dans la forme et d'après les modalités prévues par ces instruments.*»

Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung stellt auch für den Europäischen Gerichtshof eine notwendige und angemessene Maßnahme dar¹². 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 wäre, nach Ansicht des EuGH, umso schädlicher, als der Sektor der Krankenhausversorgung bekanntlich 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.

Das System vorheriger behördlicher Genehmigungen muss jedoch auf objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beruhen, die im Voraus bekannt sind. Dem Ermessen der nationalen Behörden sind Grenzen gesetzt, die seine missbräuchliche Ausübung verhindern^{13 14}.

*(b) Der Antrag auf Kostenübernahme
und das Ausstellen des Formulars E 112¹⁵*

Der Antrag auf Kostenübernahme ist an die Nationale Gesundheitskasse¹⁶ zu stellen. Es bedarf hier eines schriftlichen Antrags seitens


¹² EuGH, 12. Juli 2001, B.S.M. Smits gegen Stichting Ziekenfonds VGZ und H.T.M. Peerbooms gegen Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, I-5473

¹³ EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan gegen Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, C-56/01, I-12403

¹⁴ Die Notwendigkeit einer vorherigen Genehmigung ist auch im Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlamentes und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (KOM(2008)0414) enthalten, der sich aktuell in der Gesetzgebungsprozedur befindet (siehe legislative Entschließung des Europäischen Parlamentes vom 23. April 2009 und die Arbeiten im Ministerrat).

¹⁵ Ab dem 1. Mai 2010, mit Inkrafttreten der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009, ist das Formular E 112 durch das neue Formular „S2“ mit dem Titel „Droit à des soins programmés“ – Autorisation de transfert à l'étranger en vue d'y effectuer un traitement – ersetzt worden. Wegen der geläufigen Verwendung der Bezeichnung E 112 wird diese im Rahmen dieser Broschüre beibehalten.

¹⁶ Caisse nationale de santé (CNS), 125 route d'Esch, L-1471 Luxemburg, Tel. (+352) 27 57 1, Email cns@secu.lu, www.cns.lu. Hier werden die E 112-Anträge von 2 *rédacteurs* und 5 *expéditionnaires* bearbeitet (Ziffern von 2005).



des behandelnden Arztes¹⁷ auf einem Vordruck. Beim Antrag muss angegeben werden, welcher Arzt oder spezialisiertes Zentrum aufgesucht wird, die präzise Diagnose, der Zweck der Überführung ins Ausland, eine Darlegung der Fakten sowie der Qualitätskriterien der Behandlung, welche eine Behandlung in Luxemburg unmöglich oder unangemessen machen¹⁸.

Nach Eingang wird der Antrag dem Kontrollarzt vorgelegt.

Falls der Antrag vom Kontrollarzt bewilligt wird, bestätigt die Gesundheitskasse mit dem Ausstellen des Formulars E 112¹⁹, dass sie die Kosten für die Versorgung übernimmt, die der Antragsteller im Ausland in Anspruch nehmen möchte. Auf dem Formular sind die Adresse des Begünstigten der Kostenübernahme, die Dauer der Kostenübernahme für die Leistungen und nach Möglichkeit die Einrichtung, bei der die Versorgung in Anspruch genommen wird, angegeben.

Jährlich werden in Luxemburg mehr als 12.000 Anträge gestellt²⁰, davon werden nur etwas mehr als 4 % abgelehnt²¹. Weniger als die

¹⁷ Artikel 27, Absatz 1, der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse: *«La prise en charge par l'assurance maladie des consultations visées à l'article précédent, est subordonnée à une autorisation donnée par le contrôle médical sur base d'une demande écrite émanant d'un médecin. Si la demande concerne un transfert pour un traitement médical à l'étranger visé à l'article 25, la demande doit être produite par un spécialiste dans la discipline médicale spécifique du domaine de laquelle relève le cas ou du domaine d'une discipline apparentée.»*

¹⁸ Artikel 27, Absatz 2, der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse: *«La demande d'autorisation, présentée sur un formulaire spécial, contient la désignation du médecin ou du centre spécialisé appelé à donner les soins à l'étranger, le diagnostic précis, la finalité du transfert à l'étranger, la motivation exposant les faits et critères de qualité des soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg, ainsi que le cas échéant une justification établissant que le déplacement ne peut être effectué par les transports publics en commun. Les dispositions du chapitre 11 sont applicables.»*

¹⁹ Siehe Notiz 15

²⁰ 2001: 11.996; 2002: 13.414; 2003: 13.304; 2004: 12.392; 2005: 12.138; 2006: 12.249. Quelle: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, Seite 64

²¹ Die Zahl der Ablehnungen hat sich jedoch seit 2001 mehr als verdoppelt. 2001: 2,04%; 2002: 2,10%; 2003: 3,11%; 2004: 3,94%; 2005: 4,17%; 2006: 4,35%. Auch in relativen Zahlen spiegelt sich diese Verdopplung wieder (2001: 245 Ablehnungen, 2006: 533 Ablehnungen). Quelle: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, Seite 64

Hälfte der Anträge betrifft stationäre Behandlungen²². Der Großteil davon betrifft Herz-, Augen- und Tumorerkrankungen. 2006 wurden von den Krankenkassen 24,8 Millionen Euro auf Basis der E 112-Prozedur erstattet²³.

Falls nach der Ausstellung der E 112-Genehmigung ein erneutes Aufsuchen des ausländischen Arztes oder Krankenhauses nötig ist, um die medizinische Begleitung der Behandlung sicherzustellen, kann der Kontrollarzt den Patienten von dem Einreichen eines erneuten Antrags befreien²⁴.

Das Formular E 112 gilt sogar für eine Behandlung außerhalb der EU, wenn eine solche beim Aufenthalt im Krankenhaus im europäischen Ausland vom behandelnden Arzt für notwendig gehalten wird. In einem solchen Fall kann die Nationale Gesundheitskasse nicht vom Patienten die Rückkehr an seinen Wohnort zwecks einer ärztlichen Untersuchung verlangen. Die Entscheidung, welche Behandlung als angemessen anzusehen ist, ist von den Diensten des Mitgliedstaats zu treffen, in den sich der Besitzer des E 112-Formulars begeben hat, um dort ärztlich behandelt zu werden. Die Krankenkasse des Wohnorts muss grundsätzlich diese Entscheidungen über die Diagnose der Krankheit und die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen hinnehmen. Die Entscheidung, dass die Behandlung in einem der EU nicht angehörigen Staat zu erfolgen hat, ist Bestandteil dieser Entscheidung. Soweit die Behandlung objektiv angemessen ist, ist sie somit von der E 112-Bescheinigung abgedeckt²⁵.


Der EuGH verlangt, dass das System der vorherigen behördlichen Genehmigung sich insbesondere auf eine leicht zugängliche Verfahrensregelung stützen muss. Das System müsse zudem geeignet

²² 5.033 E 112-Genehmigungen für stationäre Behandlungen im Jahr 2006. Der andere Teil der E 112-Genehmigungen betrifft Konsultationen (4.540), ambulante Behandlungen (1.623), Kuren (60) und Analysen (460). Quelle: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, Seite 64

²³ Im Vergleich zum Jahr 2005 (wo 37,6 Millionen Euro erstattet wurden), bedeutet dies eine Verringerung von einem Drittel. Quelle: Union des caisses de maladie, Décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance maladie-maternité de l'exercice 2006 et bilan de l'assurance maladie-maternité au 31 décembre 2006, Seite 63

²⁴ Artikel 27, Absatz 3, der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse: «*A la suite d'une autorisation de transfert, le contrôle médical peut dispenser d'une demande formelle présentée dans les formes ci-devant si le transfert a pour objet une consultation du prestataire étranger, nécessaire en vue du suivi médical du traitement.*»

²⁵ EuGH, 12. April 2005, Erben der Annette Keller gegen INSS und Ingesa, C-145/03, I-2529



sein, den Betroffenen zu garantieren, dass ihr Antrag innerhalb einer angemessenen Frist sowie objektiv und unparteiisch behandelt wird²⁶.

(c) Was tun bei einer Ablehnung?

Generell muss die Ablehnung einer Genehmigung oder ein Gutachten, das diese gegebenenfalls unterstützt, die spezifischen Vorschriften bezeichnen, auf denen sie beruht. Die Zurückweisung muss außerdem ordnungsgemäß begründet sein²⁷.

Ablehnende Bescheide seitens der Nationalen Gesundheitskasse können sowohl medizinische als auch administrative Gründe haben.

Letztere liegen meistens darin, dass die erwartete Behandlung im Sozialversicherungssystem des Aufenthaltslandes nicht vorgesehen ist, oder dass die Dienstleister in einem anderen EU-Mitgliedstaat keine vertraglichen Bindungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, haben²⁸. Die Krankenkasse sieht in solchen Fällen nicht die Notwendigkeit ein, das Formular E 112 auszustellen, da im Ausland keine Kostenübernahme für solche Behandlungen vorgesehen ist.

Medizinische Gründe für die Ablehnung werden vor allem angeführt, wenn der Kontrollarzt der Meinung ist, dass die Versorgung auch in Luxemburg möglich ist, oder dass der behandelnde Arzt nicht bewiesen hat, dass die Versorgung im Großherzogtum nicht angemessen ist²⁹.

Tatsächlich kann die Kostenübernahme verweigert werden, wenn die im Ausland geplante Behandlung zu den in Luxemburg vorgesehenen Leistungen gehört und die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in Luxemburg erlangt werden kann³⁰.

²⁶ EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan, siehe Notiz 13

²⁷ EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan, siehe Notiz 13

²⁸ Siehe: Jean-Marie Feider, Intervention relative aux prestations médicales à l'étranger, Conférence sur les aspects du droit «européen de la consommation», 14. Oktober 2005, Seite 8

²⁹ Siehe Notiz 28.

³⁰ EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan, siehe Notiz 13. Artikel 20 Absatz 2 der Verordnung 883/2004 (siehe Notiz 2): „Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaates der betroffenen Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.“


Falls die Nationale Gesundheitskasse die Kostenübernahme mit der Begründung ablehnt, dass in Luxemburg ausreichende und angemessene Therapien angeboten würden, und dass keine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung in einer ausländischen Klinik bestehe, können Sie unter Berufung auf das Unionsrecht³¹ folgen des anführen. Die Genehmigung kann 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 der Patienten zum Zeitpunkt des Genehmigungsantrags objektiv medizinisch beurteilt, sondern auch die Vorgeschichte des Patienten, die voraussichtliche Entwicklung der Krankheit sowie das Ausmaß der Schmerzen und/oder die Art der Behinderung berücksichtigt werden³².

Die vorherige Genehmigung darf nicht allein verweigert werden, wenn die Versagung auf das bloße Bestehen von Wartelisten gestützt ist, die dazu dienen, das Krankenhausangebot nach Maßgabe von vorab allgemein festgelegten klinischen Prioritäten zu planen und zu verwalten. Die Nationale Gesundheitskasse muss vielmehr Ihren persönlichen Gesundheitszustand berücksichtigen und nachweisen, dass die vorgesehene Wartezeit die Frist nicht überschreitet, die nach objektiver medizinischer Einschätzung der bei Ihnen nötigen Behandlung angemessen ist³³. Im Übrigen muss

³¹ EuGH, 12. Juli 2001, Smits und Peerbooms, siehe Notiz 12. Im ersten Fall war eine niederländische Staatsangehörige, die an der Parkinsonschen Krankheit litt, in einem Krankenhaus in Kassel (Deutschland) multidisziplinär behandelt worden. Im zweiten Fall fiel ein 36-jähriges Verkehrsunfallopfer ins Koma und wurde, nach einem Aufenthalt in einem niederländischen Spital, in der Universitätsklinik Innsbruck (Österreich) einer speziellen intensiven Neurostimulationstherapie unterzogen, die in den Niederlanden auf Versuchsbasis nur für Patienten angewandt wurde, die weniger als 25 Jahre alt waren. Nach der Behandlung erwachte der Patient aus dem Koma und konnte zur Rehabilitation in die Niederlande zurückkehren. In beiden Fällen lehnten die niederländischen Krankenkassen die Erstattung der Krankenhauskosten ab. Ihr Argument: Die getätigten Heilbehandlungen würden in ärztlichen Kreisen als nicht üblich angesehen. Zudem würden in den Niederlanden ausreichende und angemessene Therapien angeboten. Es bestehe also keine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung in einer ausländischen Klinik. Der von den niederländischen Gerichten ernannte neurologische Sachverständige kam im ersten Fall zum Ergebnis, dass keine strikte medizinische Indikation für die Krankenhausunterbringung in Deutschland bestand. Im zweiten Fall war er der Auffassung, dass wegen des Alters des Patienten keine geeignete und angemessene Behandlung in den Niederlanden verfügbar war.

³² EuGH, 23 Oktober 2003, Patricia Inizan, siehe Notiz 13

³³ EuGH, 16. Mai 2006, Yvonne Watts gegen Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health, C-372/04, I-4325



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 Bewilligung 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 akzeptable Frist überschreitet.

Falls die Nationale Gesundheitskasse als Grund für die Ablehnung anführt, dass die vorgesehenen Heilbehandlungen in ärztlichen Kreisen nicht üblich seien, können Sie unter Berufung auf das Unionsrecht³⁴ folgendes anführen. Die Berücksichtigung allein der gewöhnlich im Inland praktizierten Behandlungen und der wissenschaftlichen Auffassung der inländischen Mediziner kann die Garantie von objektiven und vom Ort der Niederlassung der Leistungserbringer unabhängigen Kriterien nicht bieten. Die Genehmigung kann aus diesem Grund nicht versagt werden, falls es sich erweist, dass die Heilbehandlung in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist.

Wenn die Ablehnung seitens des Kontrollarztes auf für Sie nicht nachvollziehbaren Ursachen beruht oder den vorher genannten Regeln nicht entspricht, können Sie noch einmal bei der Nationalen Gesundheitskasse respektiv dem Kontrollarzt vorsprechen, und bei diesen Ihre Argumente vorbringen.

Wenn Ihr Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt wird, können Sie Ihre Rechte auch gerichtlich geltend machen³⁵. Das Gericht muss dann unabhängige Sachverständige, die alle Garantien für Objektivität und Unparteilichkeit bieten, hinzuziehen können, wenn es das für die Ausübung der ihm obliegenden Kontrolle für erforderlich hält³⁶.

Wenn Sie sich medizinisch versorgen lassen, bevor Sie einen endgültigen Bescheid über den Antrag auf Kostenübernahme erhalten haben, verlieren Sie nicht Ihren Anspruch. Wenn beispielsweise die Kostenübernahme zunächst abgelehnt, dann aber bewilligt wurde, haben Sie Anspruch darauf, dass Ihnen Ihre Krankenkasse direkt die Kosten in der Höhe erstattet, die normalerweise gewährt worden wäre, wenn die Bestätigung der Kostenübernahme von Beginn an vorgelegen hätte³⁷.

³⁴ EuGH, 12. Juli 2001, Smits und Peerbooms, siehe Notiz 12

³⁵ Siehe hierzu Teil 3 des Beitrags.

³⁶ EuGH, 23. Oktober 2003, Patricia Inizan, siehe Notiz 13

³⁷ EuGH, 12. Juli 2001, Abdou Vanbraekel u.a. gegen Alliance nationale des mutualités chérésiennes (ANMC), C-368/98, I-4325



Wenn Sie nicht den Abschluss des gerichtlichen Verfahrens abgewartet haben, das Sie gegen den Ablehnungsbescheid über eine Kostenübernahme angestrengt haben, kann diese nicht allein aus diesem Grund verweigert werden³⁸.

B. Die Kostenerstattung

1. bei einer ambulanten Behandlung

Grundsätzlich gilt, dass für ambulante Behandlungen keine vorherige Genehmigung erforderlich ist.

(a) Wann wird die Kostenübernahme beantragt?

Falls Sie eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse für die ambulante Behandlung im Ausland weder beantragt, noch erhalten haben, beantragen Sie die Kostenübernahme nach Ihrer Rückkehr nach Luxemburg. Hierfür reichen Sie die quitierten Rechnungen des Arztes bei Ihrer Krankenkasse ein, spätestens zwei Jahre nach dem Bezahlen der Rechnungen³⁹.

Falls Sie eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse beantragt und erhalten haben, werden die anfallenden Kosten vom ausländischen Versicherungsträger übernommen und von diesem direkt mit der luxemburgischen Krankenkasse abgerechnet. In diesem Fall ist es also nicht erforderlich, die Rechnungen bei Ihrer Krankenkasse einzureichen.

³⁸ EuGH, 18. März 2004, Leichte, C-8/02, I-2641

³⁹ Artikel 84 des Code de la sécurité sociale

(b) Nach welchen Vorschriften wird abgerechnet?

Mangels einer (nicht notwendigen) E 112-Genehmigung für ambulante Behandlungen im Ausland, gelten für die Abrechnung der Kostenübernahme die Bedingungen der luxemburgischen Rechtsvorschriften. Dazu gehören z.B. Fristen, das Erfordernis von Kostenvorschlägen und ärztlichen Ordonanzen. Diese Bedingungen gelten auch für den ausländischen Leistungserbringer. Die Frage stellt sich, ob die Ausdehnung der luxemburgischen Vorschriften auf die ausländischen Ärzte – wie die Krankenkasse dies verlangt – im Einklang mit der EU-weiten Dienstleistungsfreiheit steht⁴⁰. Eine Rechtsprechung hierzu steht noch aus. Sollte in dem Staat, in dem die Versorgung geleistet wird, ein höherer Betrag für die Kostenübernahme gelten, wird diese Differenz jedoch nicht erstattet. Liegt der vorgesehene Betrag höher als in dem Land, in dem Sie versorgt wurden, wird Ihnen der höhere Erstattungsbetrag gewährt.

Falls Ihnen eine vorherige Genehmigung erteilt worden ist, räumt Ihnen diese das Recht auf Kostenerstattung nach den Bedingungen des Mitgliedstaates, in dem die ärztlichen Behandlungen und Produkte erbracht worden sind, ein. Gegebenenfalls können Sie davon profitieren, dass der Krankenversicherungsträger die Behandlungskosten direkt übernimmt, ohne dass Sie die gesamten Kosten vorzustrecken brauchen⁴¹.

2. bei einer stationären Behandlung

(a) Wann wird die Kostenübernahme beantragt?

Die vor der Behandlung ausgestellte E 112-Genehmigung entbindet nicht von der Vorlage der Rechnungen bei der Krankenkasse nach der Behandlung. Auch hier gilt die Frist von zwei Jahren ab Bezahlen der Rechnung. Dies betrifft alle Rechnungen, die nicht schon durch ein System der direkten Übernahme seitens der Organe des Aufenthaltslandes abgedeckt sind.

⁴⁰ Ombudsmann Marc Fischbach führt in seinem oben (siehe Notiz 5) genannten Aktivitätsbereich 2006/2006 zwei Beispiele hierfür an. Im ersten Fall berief sich die Krankenkasse auf das Fehlen eines ärztlichen Rezepts mit dem dazugehörigen Code und auf die Ausführung der Behandlung durch in Luxemburg nicht habilitierte Ärzte. Im zweiten Fall standen die in Deutschland (im Einklang mit den deutschen Vorschriften) getätigten Analysen nicht auf der (durch großherzogliche Verordnung festgesetzten) Liste der Analysen, die luxemburgische Ärzte ausführen können.

⁴¹ Siehe http://www.mss.public.lu/maladie_maternite/soins_sante/traitement_etrange/index.html.

(b) Nach welchen Vorschriften wird abgerechnet?

Bei Vorliegen einer Genehmigung im Verfahren E 112 erfolgt die Kostenübernahme zu den Bedingungen des Landes, in dem die Behandlung in Anspruch genommen wird (Aufenthaltsland)⁴².

Sieht Ihre Krankenkasse eine höhere Kostenerstattung vor, wird Ihnen die Differenz gutgeschrieben. Dem Versicherten muss in diesem Fall die Kostenübernahme in gleicher Höhe gewährt werden, wie sie ihm gewährt worden wäre, wenn er in Luxemburg im Krankenhaus behandelt worden wäre⁴³.

⁴² Artikel 26 der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse: «Art. 26. *Les consultations et les traitements dûment autorisés par le contrôle médical au moyen d'un formulaire E112 ou analogue, sont pris en charge intégralement aux taux des tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. Pour les traitements en milieu hospitalier stationnaire, cette prise en charge est également étendue aux participations et franchises éventuelles pouvant être mises en compte en vertu de la législation étrangère, déduction faite du montant prévu à l'article 142, alinéa 2, ce dans la mesure où la participation ou la franchise sont supérieures au montant prévu ci-dessus.*

Si en vertu de la législation étrangère applicable, l'ampleur des prestations dues aux assurés sociaux de l'étranger varie en fonction de critères sociaux, économiques ou géographiques, ou si leur obtention est soumise à des règles d'exception, la personne protégée bénéficiant d'un transfert autorisé a droit à la prise en charge la plus favorable prévue par cette législation. Le cas échéant, les prestations afférentes peuvent être prises en charge par l'union des caisses de maladie par la voie du tiers payant.

En cas de traitement autorisé dans un pays avec lequel le Luxembourg n'est pas lié par un instrument bi-ou multilatéral en matière d'assurance maladie, la prise en charge est effectuée sur base des tarifs applicables au Luxembourg, ou à défaut, sur base des tarifs fixés par le contrôle médical par analogie aux tarifs luxembourgeois. La prise en charge du traitement en milieu hospitalier est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation déterminé pour la période concernée.

Le montant maximal de la prise en charge du traitement hospitalier est majoré de cent pour cent au cas où le traitement n'est pas possible dans un Etat qui est lié au Luxembourg par un instrument bi- ou multilatéral comprenant l'assurance maladie.

Lorsque le traitement par hémodialyse ne peut être effectué dans un centre dont les prestations sont prises en charge en application du règlement (CEE) 1408/71, le traitement est pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal de quarante-cinq euros (45,00 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par séance, tous services et fournitures inclus. Les frais de transport ou de voyage pour l'aller et le retour du lieu de séjour jusqu'au centre de traitement sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant forfaitaire de cinq euros (5,00 €) au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par séance de traitement.

En cas de traitement autorisé dans un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi-ou multilatéral en matière d'assurance maladie, mais où le traitement ne peut être effectué par un prestataire relevant du régime d'assurance maladie légale de ce pays, les alinéas 3 et 4 sont applicables par analogie."

⁴³ EuGH, 12. Juli 2001, Abdon Vanbraekel, siehe Notiz 37



Vanbraekel

In diesem Fall hatte im Februar 1990 eine belgische Staatsangehörige bei ihrer Krankenkasse die Genehmigung für einen orthopädisch-chirurgischen Eingriff in Frankreich beantragt. Die Krankenkasse versagte diese Genehmigung, weil ihr Antrag unzureichend begründet sei. Es fehle ein Gutachten eines in einer inländischen Hochschuleinrichtung tätigen Arztes. Ungeachtet dieses abschlägigen Bescheids unterzog sich die Patientin im April 1990 doch dem chirurgischen Eingriff. Wieder in Belgien erhob sie beim zuständigen Gericht Klage auf Übernahme der gesamten in Frankreich entstandenen Kosten durch die Krankenkasse, zu den in Belgien praktizierten Sätzen. Nachdem dieser Klage nicht stattgegeben worden war, legte die Betroffene bei der Cour de travail in Mons Berufung ein. Der von diesem Gericht ernannte Sachverständige gelangte im Dezember 1994 zu dem Ergebnis, der Aufenthalt in dem französischen Krankenhaus und der dort erfolgte chirurgische Eingriff seien für die Wiederherstellung der Gesundheit der Patientin erforderlich gewesen. Nachdem die Klägerin im Laufe des Verfahrens verstarb und ihre Erben – ihr Ehemann und ihre sechs Kinder – das Verfahren aufgenommen hatten, verurteilte das belgische Berufungsgericht die Krankenkasse zur Übernahme der Kosten des Krankenhausaufenthalts. Nur die Frage der Höhe dieser Kostenübernahme blieb noch zu entscheiden. Bei Zugrundelegung der im französischen Recht vorgesehenen Erstattungskoeffizienten belaufe sich die Kostenerstattung auf 38 608,89 französische Francs, bei der Anwendung der belgischen Koeffizienten auf 49 935,44 französische Francs.

Der Europäische Gerichtshof hat in seinem Urteil vom 12. Juli 2001 festgestellt, dass dann, wenn die Erstattung von Kosten, die durch in einem Aufenthaltsmitgliedstaat erbrachte Krankenhausdienstleistungen veranlasst worden sind, die sich aus der Anwendung der in diesem Staat geltenden Regelung ergibt, niedriger als diejenige ist, die sich aus der Anwendung der im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit geltenden Rechtsvorschriften im Fall einer Krankenhauspflege in diesem Staat ergeben würde, dem Versicherten vom zuständigen Träger eine ergänzende Erstattung gemäß dem genannten Unterschied zu gewähren ist.

Diese Lösung ist logisch, da eine solche ergänzende Erstattung keine zusätzliche finanzielle Belastung für das luxemburgische Krankenversicherungssystem im Vergleich zu der im Fall der Krankenhauspflge im Großherzogtum erfolgten Erstattung bedeutet. Diese zusätzliche Erstattung gefährdet gemäß dem EuGH auch nicht die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland⁴⁴. Auch Haushaltszwänge sind keine Entschuldigung für die Krankenkasse, sich der Verpflichtung der Erstattung des Differenzbetrags zu entziehen⁴⁵. Wurde Ihnen die Kostenübernahme bestätigt, gilt dafür der jeweils höhere Regelsatz, d. h. derjenige gemäß den luxemburgischen Vorschriften oder derjenige des Aufenthaltslands.

Beispiel

Die Kosten ihres Krankenhausaufenthalts im Ausland belaufen sich auf 5.000 Euro.

Erster Fall: Das Aufenthaltsland würde 3.800 Euro erstatten. Luxemburg würde für eine vergleichbare Versorgung im Großherzogtum hingegen nur 3.000 Euro erstatten.

Dank der Bestätigung der Kostenübernahme gelten für Sie dieselben Bedingungen wie für Versicherte im Aufenthaltsland. Es werden also 3.800 Euro erstattet. Sie selbst müssen nur die restlichen 1.200 Euro zahlen.

Zweiter Fall: Das Aufenthaltsland würde 3.800 Euro erstatten. Luxemburg würde für eine vergleichbare Behandlung im Großherzogtum aber Kosten in Höhe von 4.000 Euro übernehmen.

Hier gilt zunächst die Kostenübernahme des Aufenthaltslandes in Höhe von 3.800 Euro.

Darüber hinaus erstattet Ihnen die luxemburgische Krankenkasse zusätzlich die Differenz, d.h. $4.000 - 3.800 = 200$ Euro.


Insgesamt werden somit 4.000 Euro der Kosten übernommen, so dass der Patient selbst nur noch 1.000 Euro zahlen muss.

(c) Die Schwierigkeit des Vergleichs zwischen Krankenversicherungssystemen

Zwecks Bestimmung des von der luxemburgischen Krankenkasse zu zahlenden Differenzbetrags ist es notwendig, die Kosten einer vergleichbaren Behandlung in Luxemburg zu bestimmen.

⁴⁴ EuGH, 12. Juli 2001, Abdou Vanbraekel, siehe Notiz 37

⁴⁵ EuGH, 16. Mai 2006, Yvonne Watts, siehe Notiz 33



Von den Krankenkassen werden jedoch sehr oft administrative Schwierigkeiten angeführt, die es, auch wenn es gewollt wäre, die Kosten einer vergleichbaren Behandlung zu berechnen, unmöglich machen, eine solche Tarifizierung durchzuführen. Die Kodifizierung der im Ausland berechneten Leistungspositionen sei nicht vergleichbar mit der luxemburgischen Nomenklatur. Zudem verfüge Luxemburg nicht über ein vergleichbares System für die Tarifizierung der Krankenhausleistungen. Eine Anpassung der luxemburgischen Gesetzgebung zwecks Schaffung von speziellen Tarifen für Auslandsbehandlungen stehe zudem aus, in Erwartung der von der Rechtsprechung zu klärenden Grundsatzfragen in diesem Bereich⁴⁶.

Der Oberste Rat der Sozialversicherungen ist der Ansicht, dass die Bezifferung der Kosten des Krankenhausaufenthalts gemäß der luxemburgischen Gesetzgebung sehr wohl möglich ist. Er findet, dass sich die Krankenkassen nicht hinter ihrer Interpretation der Gesetzgebung verstecken könnten, um die Zahlung jeglichen Differenzbetrags abzulehnen, zumal die Berechnung der Krankenhauskosten für einen Aufenthalt in einem Zimmer 2. Klasse sowie der Arzthonorare nach den gültigen Tabellen möglich ist⁴⁷.

In einer Entscheidung von 2006⁴⁸ hat der Oberste Rat der Sozialversicherungen denn auch einen Sachverständigen mit der Aufgabe betraut, in einem konkreten Streitfall den Differenzbetrag zu berechnen, der der Versicherten zustehen würde.

(d) Welche Kosten werden übernommen?

Außer den Kosten für die medizinische Behandlung entstehen oft noch Ausgaben für Reise, Aufenthalt, Unterbringung und Verpflegung, für einen Sie begleitenden Angehörigen, für das Fernsehen im Zimmer usw..

⁴⁶ Siehe Notiz 28. Der EuGH hat auch anerkannt, dass der Staat nicht daran gehindert ist, die Erstattungsbeträge festzusetzen, auf die Patienten, die in einem anderen Mitgliedstaat versorgt wurden, Anspruch haben, soweit diese Beträge auf objektiven, nichtdiskriminierenden und transparenten Kriterien beruhen (Urteil vom 13. Mai 2003, V.G. Müller-Fauré u.a., C-385/99, I-4509).

⁴⁷ Oberster Rat der Sozialversicherungen, Urteil vom 26. März 2003, B. g/ CMEP, Reg. CMEP 2002/0145, Nr 2003/0050

⁴⁸ Oberster Rat der Sozialversicherungen, Urteil vom 7. Juli 2006, Z. g/ CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, Nr 2006/0061. Der Oberste Rat hat die Klage nach Einreichen des Sachverständigengutachtens abgewiesen, obwohl der Gutachter eine Erstattung im Umfang von über 2.000 Euro für angebracht gehalten hat, allein deshalb, weil der Gutachter in seinen Schlussfolgerungen nicht eindeutig gewesen sei (siehe das Urteil vom 21. Dezember 2009, Z. g/ CNS, Reg. CMEP 2005/0128, Nr. 2009/0170). Das Urteil vom 21. Dezember 2009 ist Gegenstand eines am 12. März eingelegten und derzeit anhängigen Kassationsverfahrens vor dem luxemburgischen Kassationsgerichtshof.




Die Pflicht zur Kostenübernahme betrifft ausschließlich die durch die Gesundheitsversorgung verursachten und im Aufenthaltsland anfallenden Ausgaben, d. h. bei einer Krankenhausversorgung die Kosten der eigentlichen medizinischen Leistungen sowie die damit untrennbar verbundenen Aufwendungen für Aufenthalt und Verpflegung in der Versorgungseinrichtung.

Ist allerdings gemäß den in Luxemburg geltenden Rechtsvorschriften auch die Übernahme anderer Kosten vorgesehen (z. B. für den Transport des Patienten zwischen Wohn- und Behandlungsort oder für den Transport und/oder den Aufenthalt der Begleitperson) und wurde Ihr Antrag auf Kostenübernahme bewilligt, so kann die Erstattung dieser Kosten nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass die Versorgung im Ausland erfolgt sei. Vielmehr ist so zu verfahren, als sei die Versorgung in Luxemburg erbracht worden⁴⁹.

Durch den Abschluss einer speziellen Vereinbarung ist es z.B. in Deutschland möglich, sogenannte „Wahlleistungen“ in Anspruch zu nehmen. Dadurch „kaufen“ Sie sich die persönliche

⁴⁹ Artikel 28 der Statuten der Nationalen Gesundheitskasse: *«Séjour et accompagnement à l'étranger. Art. 28. Les frais de séjour d'une personne protégée qui est obligée à suivre à l'étranger un traitement ambulatoire dûment autorisé sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif, ils sont pris en charge par journée entière jusqu'à concurrence de dix euros (10,00 €) au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.*

Sur demande expresse et autorisation du contrôle médical les frais de séjour d'une personne accompagnant la personne protégée à l'étranger qui doit y subir un traitement ou une consultation autorisés conformément à l'article précédent, sont à charge de l'assurance maladie dans les conditions de l'alinéa précédent et dans la mesure où la présence de cette personne est certifiée indispensable par le médecin traitant étranger. Une autorisation spéciale n'est pas requise lorsqu'il s'agit d'un mineur d'âge.»



Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses (in der Regel Chefarzte und besonders erfahrene bzw. spezialisierte Oberärzte) hinzu. Eine solche Wahlleistungsvereinbarung kann zu erheblichen finanziellen Belastungen führen. Die Frage, ob ein Differenzbetrag erstattet werden muss, wenn sich unter den auf Grundlage dieser Vereinbarung abgerechneten Leistungen auch solche befinden, die in Luxemburg erstattungsfähig wären, falls die Behandlung in Luxemburg stattgefunden hätte⁵⁰, ist derzeit noch nicht endgültig geklärt⁵¹.

*(e) Der Einfluss einer Beteiligung
von privaten Krankenversicherungssystemen*

In seiner rezenten Rechtsprechung hat der Oberste Rat der Sozialversicherungen den Einfluss einer Beteiligung von privaten Krankenversicherungen auf die von der Krankenkasse zurückzuerstattenden Beträge anerkannt.

Am Beispiel der Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM) wurde einem gesetzlich Versicherten das Recht auf Rückerstattung seitens der Krankenkasse verweigert, weil er seitens der CMCM entschädigt worden war⁵².

⁵⁰ Siehe hierzu die vorhergehenden Punkte (c) und (d).

⁵¹ Siehe Oberster Rat der Sozialversicherungen, Urteil vom 24. Juni 2009, CMFEC g/ H., Reg. CMFEC 2007/0209, Nr. 2009/0073, unter Abänderung des Urteils des Schiedsgerichts der Sozialversicherungen vom 23. Oktober 2007. In dieser Rechtssache hat der Oberste Rat befunden, dass die nach den deutschen Vorschriften als „Wahlleistungen“ einzustufenden Leistungen mit sogenannten „prestations de convenance personnelle“ im luxemburgischen Recht gleichzusetzen sind, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden. Die zusätzlichen Kosten seien weder in Deutschland, noch in Luxemburg erstattbar, weshalb die Klägerin nach Ansicht des Obersten Rates keine ergänzende Erstattung verlangen kann. Das oben genannte Urteil vom 24. Juni 2009 steht im Widerspruch zum Urteil desselben Gerichts vom 7. Juli 2006 (oben unter Notiz 48), in dem der Rat seine Entscheidung einen Sachverständigen hinzuzuziehen damit begründet hatte, dass es der Krankenkasse nicht gelungen sei zu bestätigen, dass die von der Klägerin geschlossene „Wahlleistungsvereinbarung“ ihr nicht entgegengehalten werden dürfe, um daraus zu schließen, dass sie nicht berechtigt sei, Erstattung der Kosten zu verlangen, die ihr auf Basis dieser Vereinbarung in Rechnung gestellt worden seien. Angenommen, dass hierunter auch Leistungen fallen, die in Luxemburg erstattungsfähig wären, falls die Behandlung in Luxemburg stattgefunden hätte, so würde die Ablehnung der Erstattung dieser Leistungen auf Grundlage der luxemburgischen Tarife dazu führen, dass die luxemburgischen Versicherten davon abgehalten werden könnten, medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch zu nehmen und könnte folglich für die Versicherten wie auch für die Leistungserbringer eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellen.

⁵² Oberster Rat der Sozialversicherungen, Urteil vom 18. Oktober 2006, D. g/ CMEP, Reg. CMEP 2006/0064, Nr 2006/0181. Die Kosten waren in diesem Fall entstanden anlässlich einer dringenden, also nicht geplanten Behandlung in Spanien.

In einem anderen rezenten Urteil von 2008 wurde dieselbe Rückerstattung verweigert, weil in einem Schreiben die CMCM darauf hingewiesen hatte, dass ein Recht des Versicherten auf Zahlung eines bestimmten Betrags bestehe, obwohl die CMCM präzisiert hatte, dass die Abrechnung der Krankenkasse vorliegen muss, falls es Rechnungen betrifft, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden⁵³. Dieses Urteil wurde mittlerweile vom Kassationsgerichtshof aufgehoben und die Sache wurde an den Obersten Rat der Sozialversicherung zurückverwiesen⁵⁴.

Die Krankenkassenvertreter haben in einigen Streitfällen die Sozialversicherungsgerichte darauf hingewiesen, dass, bevor der Rückerstattungsbetrag seitens der Krankenkasse festgesetzt wird, der Versicherte erklären muss, ob er Mitglied einer privaten Krankenversicherung ist und ob er für den konkreten Fall einen finanziellen Beitrag seitens der CMCM erhalten hat. Es wird auch seitens der Krankenkasse Kontakt diesbezüglich mit der CMCM aufgenommen.

Hier liegt es im Interesse sowohl der CMCM als auch des Versicherten, dass zunächst ermittelt wird, welchen Betrag die gesetzliche Krankenversicherung (das System sieht eine Pflichtversicherung mit gesetzlich bestimmten Beiträgen vor) erstatten muss. Die Statuten der CMCM sehen vor, dass die Beteiligung der CMCM an Kosten für eine Behandlung im Ausland nur übernommen werden bis zu dem Betrag, der zu Lasten des Versicherten nach Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt⁵⁵.

Die gesetzliche Krankenkasse dürfte sich also nicht ihrer gesetzlichen Pflicht zur Rückerstattung entziehen können mit Hinweis auf ein privatrechtliches Vertragsverhältnis des Versicherten mit einer privaten Krankenversicherung. Der umgekehrte Weg, wie der Oberste Rat der Sozialversicherungen ihn einzuschlagen gedenkt, gerät möglicherweise in Konflikt mit dem in Luxemburg herrschenden System der allgemeinen, obligatorischen und gesetzlichen Krankenversicherung.

⁵³ Oberster Rat der Sozialversicherungen, Urteil vom 9. Januar 2008, Z. g/ CMEP, Reg. CMEP 2005/0128, Nr 2008/0007

⁵⁴ Kassationsgerichtshof Luxemburg, Urteil vom 12. Februar 2009, Z. g/ CMEP, Reg. 2594, Nr 10/09. Ursache für die Aufhebung war die Tatsache, dass der Oberste Rat der Sozialversicherungen das berechtigte Interesse (*intérêt à agir*) der Patientin angesichts des Schreibens der CMCM von 2007 bestritten hatte, obwohl ein solches Interesse, wie der Kassationsgerichtshof richtig ausführt, zum Zeitpunkt der Klageerhebung (in diesem Fall 2003) gewürdigt werden muss.

⁵⁵ Artikel 12 der Statuten der CMCM



(2) Unvorhergesehene Versorgung in einem anderen EU-Mitgliedstaat oder einem Staat der EFTA

Falls Sie im europäischen Ausland oder einem Land der europäischen Freihandelsassoziation (EFTA)⁵⁶ unvorhergesehenermaßen medizinisch versorgt werden müssen, kann diese Versorgung durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt werden.

A. Das Ausstellen der Europäischen Krankenversicherungskarte

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

Die Karte ist seit dem 1. Januar 2006 überall anerkannt. Sie ist nach einem gemeinsamen Muster mit einem europäischen Symbol ausgestellt. Damit soll sichergestellt werden, dass die Europäische Karte für Ärzte oder Gesundheitszentren sofort erkennbar ist. Die Karte enthält eine Reihe von obligatorischen Informationen, deren Präsentation standardisiert ist, damit die Karte ungeachtet der Sprache des Nutzers lesbar ist. Das gemeinsame Muster der Europäischen Karte bedeckt nur eine Kartenseite; die andere Seite bleibt zur freien Verfügung der Mitgliedstaaten. Sie enthält keine Informationen über den Gesundheitszustand ihres Inhabers (z. B. Blutgruppe, Krankengeschichte usw.).

Die alten E 111-Formulare werden durch die Europäische Karte ersetzt und sind seit dem 31. Dezember 2005 nicht mehr gültig.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, Ihnen auf Antrag die Europäische Karte auszustellen. 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 Karte vergessen oder verloren haben, können Sie Ihre Krankenkasse um die rasche Übersendung der provisorische Ersatzbescheinigung mittels

⁵⁶ Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, die Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, die Slowakei, Slowenien, Spanien, die Tschechische Republik, Ungarn, das Vereinigte Königreich und Zypern, Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz

Fax oder per 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 machen⁵⁷.

B. Welche Vorteile birgt die Europäische Krankenversicherungskarte?

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

Die Europäische Karte betrifft nur die Sachleistungen⁵⁸, „die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen“. Mit anderen Worten, Sie haben Anspruch auf alle Behandlungen und Leistungen, die Ihr Gesundheitszustand erfordert, 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 in Ihren Wohnstaat behandeln zu lassen.

Sie können die Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte nur dann nutzen, wenn Sie einen Gesundheitsdienstleister aufsuchen, der dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem des Aufenthaltsstaats angehört. Wenn Sie sich zu einem Privatarzt oder in eine private Einrichtung begeben, gelten die Vorteile der Europäischen Krankenversicherungskarte für Sie nicht.

Falls Sie unter einer chronischen Krankheit leiden, die regelmäßige Arztbesuche und vorübergehende Aufenthalte in einem anderen Land erforderlich macht, reicht die Karte aus, wenn Ihre Krankheit keine Behandlung erfordert, die nur in spezialisierten medizinischen

⁵⁷ Siehe hierzu Teil 3 des Beitrags.

⁵⁸ Bei der medizinischen Versorgung verwenden die EU-Bestimmungen den Begriff „Sachleistungen“. Konkret umfassen diese die medizinische und zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhausbehandlung sowie direkte Zahlungen, die zur Erstattung der Kosten für derartige Leistungen bestimmt sind. Wesentliches Merkmal der Sachleistungen ist es, dass durch sie die vom Versicherten in Anspruch genommene medizinische Versorgung abgedeckt wird, und zwar in Form der Übernahme oder der Erstattung der Kosten, die aufgrund des Zustands des Patienten entstanden sind. Im Gegensatz hierzu stehen „Geldleistungen“, welche im Wesentlichen den Verdienstaufschlag wegen Arbeitsunfähigkeit ausgleichen, und zwar durch periodische Leistungen, die ein Ersatzeinkommen oder eine finanzielle Unterstützung gewähren. Durch letztere soll der allgemeine Lebensstandard des Kranken und seiner Familienangehörigen gewahrt werden.



Einrichtungen verfügbar ist, die mit entsprechenden Geräten bzw. entsprechendem Fachpersonal ausgestattet sind. Wenn Sie zuvor Ihren behandelnden Arzt konsultiert haben, Ihre medizinischen Unterlagen und Ihre unbedingt erforderlichen Medikamente mitgenommen haben, können Sie vor Ort medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und sich dort gegebenenfalls einer Kontrolluntersuchung unterziehen (etwa bei Asthma oder Diabetes). Sie haben während Ihres Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat Anspruch auf die Behandlung, die Ihr Gesundheitszustand erfordert. Die Karte reicht hingegen nicht aus, wenn Ihre Krankheit eine besondere medizinische Überwachung und insbesondere den Einsatz besonderer Techniken oder Geräte erfordert (z.B. bei Dialysebehandlungen). In Ihrem eigenen Interesse sollten Sie einen solchen Aufenthalt im Voraus planen und eine vorherige E 112-Genehmigung einholen, um sicherzugehen, dass Sie während Ihres Aufenthalts Zugang zu den erforderlichen Geräten haben.

C. Wie werden die Kosten erstattet?

Die Sachleistungen werden nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsmitgliedstaates erbracht und nach den dort geltenden Gebührensätzen erstattet. Wenn z. B. die Sachleistungen im Aufenthaltsstaat kostenlos erbracht werden, haben Sie bei Vorlage ihrer Karte ebenfalls Anspruch auf kostenlose ärztliche Versorgung.

Die Europäische Kommission ist der Meinung, dass auch bei dringenden Behandlungen beim Aufenthalt im Ausland die Regel gelten muss, dass dem Versicherten die Kostenübernahme in gleicher Höhe gewährt werden muss, wie sie ihm gewährt worden wäre, wenn er in Luxemburg im Krankenhaus behandelt worden wäre,

und dass die Krankenkasse, falls eine höhere Kostenerstattung in Luxemburg vorgesehen ist, eine Differenz gutschreiben muss⁵⁹. Um Klarheit hierzu zu erhalten, hat sie Ende Februar 2008 in einem Musterverfahren den EuGH mit einer Klage gegen den spanischen Staat befasst, die derzeit noch anhängig ist⁶⁰.

Wenn Sie nicht durch das Vorlegen der Europäischen Karte nachweisen können, dass Sie sozialversichert sind, kann es vorkommen, dass der Arzt oder das Krankenhaus von Ihnen verlangen, dass Sie den vollen Satz zahlen oder einen bestimmten Betrag der Aufwendungen vorstrecken, was von Versicherten dieses Mitgliedstaats nicht verlangt worden wäre. Aus Gründen des ärztlichen Berufsethos kann ein Arzt die Behandlung jedoch nicht verweigern, wenn Ihr Gesundheitszustand eine solche erfordert.

Falls die Europäische Versichertenkarte im Aufenthaltsland nicht vorgelegt worden ist, fordert der Staat des Versicherten vom Träger des Aufenthaltsstaates eine Festsetzung der Kosten nach dessen Bedingungen und erstattet dem Versicherten diese Kosten zurück.

(3) Wie können Sie Ihre Rechte geltend machen?

Bei Problemen mit der Krankenkasse können Sie sich an den nationalen Ombudsmann wenden⁶¹. Diese Möglichkeit ersetzt jedoch nicht die Klage vor den Sozialversicherungsgerichten und unterbricht auch nicht die Fristen, innerhalb derer der Rechtsweg beschritten werden kann.

⁵⁹ Siehe Punkt 1.B.2.b) dieses Beitrags, unter Berufung auf das Vanbraeckel-Urteil C-368/98 vom 12. Juli 2001.

⁶⁰ Rechtssache C-211/08, Europäische Kommission g/ Königreich Spanien. Siehe Pressemitteilung IP/08/328 der EU-Kommission vom 28. Februar 2008. In seinen Schlussanträgen vom 25. Februar 2010 hat Generalanwalt Paolo Mengozzi dem Europäischen Gerichtshof vorgeschlagen festzustellen, dass das Königreich Spanien gegen seine gemeinschaftsrechtlichen Verpflichtungen bezüglich des freien Dienstleistungsverkehrs verstoßen hat, indem es den Empfängern von Leistungen des spanischen nationalen Gesundheitssystems die Erstattung der Krankheitskosten verweigert, die ihnen in einem anderen Mitgliedstaat im Fall einer Krankenhausbehandlung entstanden sind, sofern das Niveau der Kostenerstattung in dem Mitgliedstaat, in dem diese Behandlung erteilt wird, unter dem nach spanischem Recht liegt.

⁶¹ Marc Fischbach, 36, rue du Marché-aux-Herbes, L-1728 Luxembourg, Tel.: (+352) 26 27 01 01, Fax: (+352) 26 27 01 02, email: ombudsman@ombudsman.lu, www.ombudsman.lu.



Falls der Versicherte also gerichtlich vorgehen will, sind folgende Vorschriften zu beachten:

A. Eine rekursfähige Entscheidung des Vorstandes verlangen

Wenn die Ablehnung seitens der Krankenkasse durch eine einfache Entscheidung des Präsidenten oder sogar ohne Unterschrift seitens der Verwaltung getroffen wurde, können Sie verlangen, dass Ihnen eine rekursfähige Entscheidung des Vorstandes der Krankenkasse vorgelegt wird. Dieser Antrag kann durch einfaches Einschreiben an die Krankenkasse erfolgen.

B. Widerspruch beim Schiedsgericht einlegen

Für gerichtliches Vorgehen gegen die Entscheidung des Vorstandes der Krankenkasse ist das Luxemburger Schiedsgericht der Sozialversicherungen (Conseil arbitral des assurances sociales) zuständig. Auf dem ablehnenden Bescheid muss auch eine entsprechende Rechtsbehelfsbelehrung angegeben sein.

Ein Widerspruch gegen Entscheidungen des Vorstandes muss innerhalb von 40 Tagen ab der Zustellung der Ablehnungsentscheidung eingelegt werden. Das Verfahren ist kostenfrei. Der Widerspruch wird mit einem einfachen Schreiben am Sitz des Schiedsgerichts⁶² abgegeben.

Die Klage vor dem Schiedsgericht wird in soviel Exemplaren eingereicht, wie Parteien im Streitfall vorhanden sind. Sie enthält Angaben über den Namen und Vornamen, Sozialversicherungsnummer, Beruf und Wohnsitz des Klägers sowie die Eigenschaft, in der er agiert. Sie enthält außerdem den Gegenstand der Klage sowie eine kurze Auflistung der Klagegründe. Die Klageschrift muss vom Kläger, oder von dessen gesetzlichem Vertreter oder Bevollmächtigten (dies kann ein Vertreter seiner Berufsorganisation oder seiner Gewerkschaft sein) unterschrieben sein. Dies gilt auch für alle anderen Schriftstücke, die im Laufe des Prozesses vorgelegt werden. Wenn die Klageschrift von einem Bevollmächtigten eingereicht wird, muss Letzterer, wenn er nicht Rechtsanwalt ist, eine schriftliche Vollmacht vorweisen. Diese muss spätestens bei der mündlichen Verhandlung vorgelegt werden.

⁶² Die Adresse lautet wie folgt: Conseil arbitral des Assurances sociales, 16, boulevard de la Foire, L -1528 Luxembourg.

Beim Schiedsgericht besteht kein Anwaltszwang⁶³.

Das Schiedsgericht entscheidet in letzter Instanz bis zu einem Streitwert von 1.250 Euro⁶⁴.

Falls das Urteil in Ihrer Abwesenheit (par défaut) ergangen ist, können Sie innerhalb von 15 Tagen nach Zustellung des Urteils beim Schiedsgericht Opposition einlegen; daraufhin kommt es zu einer neuen Verhandlung beim Schiedsgericht.

C. Weitere Rechtsmittel, bei Bedarf

Gegen das Urteil des Schiedsgerichts ist eine Berufung möglich, falls der Streitwert mehr als 1.250 Euro⁶⁵ beträgt. Diese muss innerhalb von 40 Tagen ab Zustellung des Schiedsgerichtsurteils beim Obersten Rat der Sozialversicherungen (Conseil supérieur des assurances sociales)⁶⁶ eingelegt werden. Die Berufungsschrift wird in soviel Exemplaren eingereicht, wie Parteien im Streitfall vorhanden sind. Sie muss eine kurze Auflistung der Berufungsgründe beinhalten.

Auch bei Abwesenheitsurteilen des Obersten Rates der Sozialversicherungen ist eine Opposition vor demselben Gericht möglich. Die Frist ist dieselbe wie bei einer Opposition beim Schiedsgericht.

Gegen Urteile des Obersten Rates der Sozialversicherungen ist ein Kassationsverfahren (bei der Cour de cassation) möglich. Dasselbe gilt für Urteile des Schiedsgerichts, falls dieses in letzter Instanz entschieden hat. Kassation kann jedoch nur eingelegt werden, falls die Urteile der Richter in der vorhergehenden Instanz die Gesetze oder substantielle Formalitäten verletzt haben. Die der Gegenpartei zugestellte Kassationsschrift muss innerhalb von zwei Monaten ab Zustellung des betreffenden Urteils beim Obersten Gerichtshof hinterlegt werden.

⁶³ Wenn Sie sich jedoch durch einen Rechtsanwalt vertreten oder assistieren lassen wollen, steht Ihnen unter www.barreau.lu eine Liste der in Luxemburg eingetragenen Rechtsanwälte zur Verfügung. Bei der Rechtsanwaltskammer in Luxemburg können Sie, falls Ihre finanzielle Situation es Ihnen nicht erlaubt, einen Rechtsanwalt zu beauftragen und aus eigenen Mitteln zu bezahlen, eine Prozesskostenhilfe (welche Ihnen erlaubt, einen Rechtsanwalt zur Verfügung gestellt zu bekommen) beantragen. Weitere Informationen hierzu unter http://ec.europa.eu/civiljustice/legal_aid/legal_aid_lux_de.htm oder <http://www.barreau.lu>. Kontaktadresse der Rechtsanwaltskammer ist: Conseil de l'Ordre des Avocats, 1-7 rue St Ulric, BP 361, L-2013 Luxembourg, Tel. (+352) 46 72 72 1, Fax (+325) 22 56 46, Email info@barreau.lu, www.barreau.lu. Öffnungszeiten der Büros sind Montags bis Freitags von 9 bis 12 und von 14 bis 17 Uhr.

⁶⁴ Artikel 455 des Code de la sécurité sociale, in dem Wortlaut nach dem Inkrafttreten (ab 1. Januar 2009) des Gesetzes vom 13. Mai 2008 über das Einheitsstatut (Mémorial A-60 vom 15.05.2008, S. 790). Die vorher gültige Obergrenze betrug 750 Euro.

⁶⁵ Siehe hierzu: Notiz 64

⁶⁶ Conseil supérieur des assurances sociales, 14 avenue de la Gare, L-1610 Luxembourg, Tel. (+352) 26 26 05 1, Fax (+352) 26 26 05 38



CHAMBRE DES SALAIRES
LUXEMBOURG

SITZ DER CSL

18 rue Auguste Lumière
L-1950 Luxembourg

T 48 86 16 1 | F 48 06 14

www.csl.lu | csl@csl.lu



DIE ARBEITNEHMERKAMMER AUF EINEN BLICK



Die CSL ist in das Gesetzgebungsverfahren eingebunden

- ▶ Sie erarbeitet Stellungnahmen zu den Gesetzesvorhaben der Regierung.



Die CSL vertritt die Arbeitnehmer und Rentner mit privatrechtlichem Statut

- ▶ Sie ist in verschiedenen Konsultationsgremien auf nationaler und europäischer Ebene vertreten.
- ▶ Sie entsendet Arbeitnehmer- und Rentnervertreter:
 - ▶ in die Nationale Gesundheitskasse und die Nationale Rentenversicherungskasse,
 - ▶ in den Schiedsrat der Sozialversicherungen, in den Obersten Schiedsrat der Sozialversicherungen und an die Arbeitsgerichte.



Die CSL informiert die Arbeitnehmer über ihre Rechte

- ▶ Sie veröffentlicht Sachbücher über das Arbeits- und Sozialversicherungsrecht sowie über weitere Themen aus der Arbeitswelt oder von allgemeinem Interesse.
- ▶ Sie bietet andere Veröffentlichungen über soziale und wirtschaftliche Themen an.
- ▶ Sie verfasst Stellungnahmen und trägt damit zur allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Debatte bei.



Durch ihre drei Bildungseinrichtungen beteiligt sich die CSL an der Aus- und Weiterbildung

- ▶ Mit dem Luxembourg Lifelong Learning Center (LLLC) zählt die Kammer zu den wichtigsten Anbietern beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen für Erwachsene.
- ▶ Im Gewerkschaftlichen Bildungszentrum CFSL (Centre de Formation Syndicale) bietet sie Schulungen für Gewerkschaften und Personalvertreter an.
- ▶ Mit dem Schulungs- und Seminarzentrum CEFOS (Centre de Formation et de Séminaires) verfügt die CSL über einen multifunktionalen Veranstaltungsort für Seminare und Kolloquien, der von Verbänden, Vereinen und sonstigen Organisationen genutzt werden kann.



LUXEMBOURG LIFELONG LEARNING CENTER (LLLC)

13 rue de Bragance
L-1255 Luxembourg

T 44 40 91 600
F 44 40 91 650

www.LLLC.lu
info@LLLC.lu



CENTRE DE FORMATION ET DES SÉMINAIRES (CEFOS)

12 rue du Château
L-5516 Remich

T 26 66 13-1
F 23 69 93 52

www.cefos.lu
cefos@cefos.lu



CENTRE DE FORMATION SYNDICALE (CFSL)

13 rue de Bragance
L-1255 Luxembourg

T 44 40 91 300
F 44 40 91 350

www.cfsl.lu
cfsl@cfsl.lu

Die ULC im Dienst der Verbraucher!



Unser Know-how um Ihnen zu helfen:

- Rechtsbeistand
- Über vierzig Jahre Erfahrung im Bereich „Verbraucherschutz“
- Sachverständige für das Bauwesen, Steuerexperten und Architekten stehen zu Ihrer Verfügung
- Rechtsanwälte um Sie zu beraten und zu verteidigen

Zusätzliche Informationen erhalten Sie **unter der Telefonnummer 49 60 22-1** oder besuchen Sie unsere Website **www.ulc.lu**

Zögern Sie nicht und werden Sie noch heute Mitglied, indem Sie dieses Formular zurücksenden an: **ULC • 55, rue des Bruyères • L-1274 Howald** (Beitrag 2010: 47€)

Name/Vorname

Straße, Nr.

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-mail

Datum Unterschrift

