

L 4 KR 3933/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 322/06
Datum
25.07.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 3933/06
Datum
16.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Juli 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Kläger von der Beklagten die Erstattung von 18.032,96 EUR für ambulante (am 03. Januar und 07. März 2005) und stationäre Behandlungen (vom 13. bis 21. Januar 2005) in der Orthopädie des Universitätsspitals B. (Spital) verlangen kann.

Der am 1932 geborene, in W. wohnende Kläger ist bei der Beklagten als Rentner pflichtversichert. Nach dem Arztbrief des Dr. M., Facharzt für Innere Medizin (Nephrologie) vom 17. Juni 2004 bestanden beim Kläger als Diagnosen neben "schwerer Arthrose der oberen Sprunggelenke (OSG) beidseits" Verdacht auf Analgetikanephropathie, Niereninsuffizienz, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Hyperuricämie, koronare Herzerkrankung, absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, ventikuläre Extrasystolie und milde Anämie. Wegen der genannten Arthrose war bereits im Juli 2002 eine Arthroskopie am linken OSG durchgeführt worden. Prof. Dr. O., Chefarzt der Unfallchirurgie des T.-krankenhauses und S. H.-Klinik M., hatte nach dem Arztbrief vom 31. Januar 2003 im Hinblick auf die Arthrose zunächst das Tragen eines Arthrosesentiefels als Versuch einer Beschwerdeverbesserung empfohlen; es wurde ebenfalls die Arthrose des linken OSG bei Beschwerdenpersistenz besprochen. Nach dem Röntgenbefund des Dr. B., Radiologisches Zentrum W., vom 28. Oktober 2004 ergaben sich Zeichen einer ausgeprägten Arthrose beidseits in den OSG mit begleitender Arthritis. Am 08. November 2004 wurde der Kläger ambulant in der Orthopädischen Universitätsklinik, Abteilung Orthopädie I, H. untersucht. Nach dem Arztbrief des leitenden Oberarztes Priv. Doz. Dr. S. vom 11. November 2004 wurden u.a. die Möglichkeiten einer Arthrodeese oder einer OSG-Endoprothese besprochen; mit dem Kläger wurde die Übereinkunft erreicht, dass eine OSG-Endoprothese zunächst rechts implantiert werden solle. Ferner konsultierte der Kläger am 14. Dezember 2004 Facharzt für Orthopädie Dr. B., der nach dem Arztbrief vom 14. Dezember 2004 eine dekompensierte schwere Arthrose der OSG beidseits diagnostizierte und darauf hinwies, das linke Sprunggelenk sei das deutlich schmerzhaftere, weshalb er nur die Versteifung als einzig sinnvolle Maßnahme ansehe. Wenn sich der Kläger für eine Sprunggelenksprothese interessiere, dann könne er beispielsweise zu Prof. K. nach S. gehen, der sicherlich mit die meiste Erfahrung damit in Europa habe. Für das rechte OSG gelte im Grunde der Ratschlag einer Versteifung ebenfalls. Möglicherweise könne man nach der Sanierung links jedoch noch einmal einen arthroskopischen Säuberungsversuch unternehmen.

Am 03. Januar 2005 suchte der Kläger dann Prof. Dr. Hi., Leitender Arzt der Orthopädie des Spitals in B., auf. Mit diesem vereinbarte er die stationäre Aufnahme am 13. Januar 2005 zur Durchführung einer OSG-Prothese beidseits (vgl. die am 17. Januar 2005 bei der Beklagten eingegangene Mitteilung des Spitals vom 03. Januar 2005, Blatt 19 der Verwaltungsakte der Beklagten). Im Kostenvoranschlag des Spitals vom 03. Januar 2005 waren als ungefähre Kosten für die beabsichtigte Operation 35.650,00 SFR (Privateinzelzimmer) bzw. 29.700 SFR (Privatzweibettzimmer) angegeben. Für die erste Behandlung am 03. Januar 2005 berechnete das Spital dem Kläger am 16. März 2005 241,50 SFR (Bl. 51/52 der Verwaltungsakte der Beklagten). Am 11. Januar 2005 verordnete Facharzt für Allgemeinmedizin Sp. dem Kläger wegen schwerer Sprunggelenksarthrose beidseits Krankenhausbehandlung mit dem Zusatz "Endoprothese vorgesehen". Der Kläger befand sich dann vom 13. bis 21. Januar (Entlassungstag) 2005 in stationärer Behandlung im Spital zur Durchführung der beiderseitigen Operation, die am 14. Januar 2005 vorgenommen wurde (vgl. Operationsbericht des Prof. Dr. Hi. und dessen Arztbrief vom 19. Januar 2005). Für die stationäre Behandlung (einschließlich "Tagestaxe-Ausland-2. Klasse-gutes Zimmer" für neun Tage zu je 769,00 SFR) berechnete das Spital insgesamt 30.794,00 SFR (Bl. 31/34 der Verwaltungsakte der Beklagten). Für eine am 07. März 2005 vorgenommene Nachuntersuchung durch Prof. Dr. Hi. (Arztbrief vom 16. März 2005) berechnete das Spital weitere 565,60 SFR (vgl. Blatt 50 der Verwaltungsakte der

Beklagten).

Am 10. Januar 2005 war bei der Beklagten unter Beifügung des Kostenvoranschlags vom 03. Januar 2005 ein Kostengutsprachegesuch des Spitals vom 04. Januar 2005 wegen der Kosten der OSG-Prothese beidseits eingegangen, am 17. Januar 2005 auch die Information über die geplante Aufnahme schon am 13. Januar 2005. Der Beklagten wurde auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung des Arztes Sp. vorgelegt. Mit Schreiben vom 10. Januar 2005, das auch dem Spital am 11. Januar 2005 zugefaxt wurde, teilte die Beklagte dem Kläger mit, ihr Geschäftsgebiet beschränkte sich auf die Bundesrepublik Deutschland. Der Kläger wolle sich hingegen im schweizerischen Grenzgebiet stationär behandeln lassen. Ohne Rechtsanspruch beteilige sie (die Beklagte) sich im Wege einer Sonderentscheidung bis zu kalendertäglich 405,00 SFR zunächst bis zum 22. Januar 2005 begrenzt, an den dem Kläger entstehenden Kosten, höchstens an den Kosten der dritten Pflegekasse. Für den Entlassungstag könne keine Kostenübernahme erfolgen. Grundlage dafür war eine Vereinbarung der hinsichtlich der Schweiz grenznahen Krankenversicherungsträger vom 19. August 1996 zur "Kostenzusage und Abrechnung bei stationären Krankenhausaufenthalt in der Schweiz" (so genanntes Lörracher Abkommen), wonach die Kostenzusage an die Schweizer Krankenhäuser für die Orthopädie 405,00 SFR pro Tag betrage (vgl. Bl. 3/4 der Verwaltungsakte der Beklagten). Entsprechend dieser Zusage hatte die Beklagte gegenüber dem Spital für die Kosten der stationären Behandlung 3.240,00 SFR (= acht mal 405,00 SFR) übernommen.

Mit Schreiben vom 07. April 2005 machte der Kläger dann gegenüber der Beklagten geltend, er begehre die Erstattung der vollen Kosten der Krankenhausbehandlung im Spital in B ... § 24a der Satzung der Beklagten sehe durchaus eine solche Kostenerstattung vor, wobei die Krankenkasse darlegen und nachweisen müsse, dass für ihn in Deutschland eine gleichwertige Behandlung zur Verfügung gestanden hätte. Diesen Nachweis habe die Beklagte nicht geführt. Ihre Ansicht widerspreche auch mehreren Urteilen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH). Danach würden die Grundsätze des freien Warenverkehrs auch im Bereich des sozialen Sicherheit gelten, sodass die grenzüberschreitenden Nachfrage über die medizinischen Leistungen nicht eingeschränkt werden dürfe. Hierfür sei nicht einmal die vorherige Genehmigung der Kasse erforderlich. Die Beklagte wurde aufgefordert, ein Anerkenntnis hinsichtlich der vollen Kostenübernahme zu erteilen. Die Beklagte wies danach (Schreiben vom 12. April 2005) darauf hin, dass nach der Satzungsbestimmung Krankenhausleistungen im Ausland nur nach vorheriger Zustimmung der Kasse in Anspruch genommen werden könnten, wobei die Zustimmung nur dann versagt werden könne, wenn die gleiche oder eine für die Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen anerkannten Bestand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig in einem Vertragskrankenhaus im Inland hätte erlangt werden können. Eine solche dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung wäre in Vertragskrankenhäusern in Deutschland möglich gewesen. Mit Schreiben vom 13. Mai 2005 reichte der Kläger, der auf der Erteilung eines förmlichen Bescheids bestand, die oben erwähnten Arztbriefe vom 28. Oktober, 11. November und 14. Dezember 2004 sowie den Kostenvoranschlag des Spitals vom 03. Januar 2005 ein. Er machte noch geltend, vor allem die gleichzeitige operative Behandlung an beiden Sprunggelenken wäre an keinem anderen Ort möglich gewesen. Die Beklagte müsse belegen, wann im Januar 2005 eine gleichartige Behandlung in Deutschland hätte durchgeführt werden können. Die Beklagte erhob noch das Sozialmedizinische Gutachten des Dr. Sc. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) vom 10. Juni 2005, der ausführte, die Implantation einer Endoprothese im OSG sei im Inland möglich und schon weit verbreitet. Die Behandlung an beiden Sprunggelenken gleichzeitig sei ungewöhnlich. Bei einer seitengleichen Arthrose erfolge in der Regel ein operativer Eingriff zunächst einseitig sowie bei gutem und komplikationslosem postoperativen Verlauf dann an der anderen Seite. Der einseitige Eingriff begründe sich auch mit der postoperativen Übungs- und Belastungsfähigkeit. Bei einem gleichzeitigem Eingriff an einer paarigen Extremität sei die Mobilität postoperativ stark abgesetzt. Um eventuelle postoperative Komplikationen, wie z.B. Thrombosen, zu vermeiden, erfolgten die Eingriffe in der Regel nicht gleichzeitig. Da es sich im vorliegenden Fall um einen Wahleingriff gehandelt habe, seien auch internistische Begleiterkrankungen nicht ausschlaggebend. Als entsprechende Vertragskrankenhäuser in Wohnortnähe des Klägers könnten die Orthopädischen Universitätskliniken in H. und M., die BG Unfallklinik in L. sowie die Städtischen Kliniken in K. genannt werden.

Darauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 15. Juni 2005 die Übernahme von Behandlungskosten im Spital, soweit sie 3.240,00 SFR (= 2.113,92 EUR) überstiegen, ab. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch erhöhte der Kläger seinen Erstattungsanspruch um die Kosten für die ambulanten Behandlungen im Spital am 03. Januar und 07. März 2005 in Höhe von 241,50 SFR (=156,00 EUR) und 565,60 SFR (= 372,00 EUR). Den vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen aus der Zeit vor dem 03. Januar 2005 könne nicht entnommen werden, dass in den von der Beklagten nun genannten Kliniken die Operation wie im Spital in B. hätte durchgeführt werden können. Es liege eine gravierende Versäumnung von Informations- und Beistandspflichten vor, nachdem die Beklagte das MDK-Gutachten nicht schon vor Beginn der geplanten Behandlungen im Spital eingeholt habe. Im Gutachten vom 10. Juni 2005 seien auch weder im Einzelnen die unterschiedlichen Behandlungsmethoden noch deren Kostenfolgen erörtert worden. Kein anderer Arzt habe zwar die gleichzeitige Behandlung beider Sprunggelenke vorgeschlagen. Es sei jedoch davon auszugehen, dass das gleichzeitige Einsetzen von zwei Endoprothesen die günstigere Variante gewesen sei. Insoweit seien die Kosten der Narkose und des stationären Aufenthalts erheblich verringert worden, wäre also "kostenschonend" gewesen. Der bei der Beklagte bestehende Widerspruchsausschuss wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19. Januar 2006 zurück. Darin wurde u.a. ausgeführt, eine teilweise Kostenzusage sei von der Beklagten lediglich aufgrund des so genannten "Lörracher Abkommens" und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erfolgt. Die Genehmigung zur Durchführung der stationären Behandlung im Spital in B. sei nicht erteilt worden, weil ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmöglichkeiten auch im Inland zur Verfügung gestanden hätten. Dies habe auch der MDK anerkannt. Eine vorherige Einschaltung des MDK sei nicht notwendig gewesen, da der Leistungsantrag nach dem "Lörracher Abkommen" beurteilt worden sei. Der Gesetzgeber habe die Rechtssprechung des EuGH umgesetzt. Die Voraussetzungen zur Kostenerstattung nach § 18 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) seien nicht erfüllt. Die Kostenerstattung könne auch nicht darauf gestützt werden, dass es in Deutschland keine Klinik gegeben habe, die eine gleichzeitige Behandlung beider OSG durchgeführt hätte. Es genüge, wenn im Inland andere Behandlungsalternativen zur Verfügung gestanden hätten.

Mit der am 30. Januar 2006 beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhobenen Klage beehrte der Kläger die Zahlung von 18.032,95 EUR zuzüglich jährlicher Zinsen daraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 01. Juni 2005. Hilfsweise solle die Beklagte verpflichtet werden, ihm die anlässlich seiner stationären Behandlung im Spital vom 13. bis 21. Januar 2005 und der ambulanten Nachbehandlung entstandenen Kosten nach den deutschen und DAK-Vergütungssätzen zu ersetzen, soweit dies nicht schon erfolgt sei. Der Kläger hat den Operationsbericht des Prof. Dr. Hi. sowie dessen Arztbriefe vom 19. Januar und 16. März 2005 vorgelegt und ergänzend vorgetragen, seit der Operation im Spital gehe es ihm wesentlich besser; er könne wieder schmerzfrei mehrere Stunden wandern. Letztlich gehe es ihm darum, den Betrag zu erhalten, den er bei einer entsprechenden Behandlung in Deutschland auch erhalten hätte. Die Fallpauschale betrage seiner Information nach bei einer Sprunggelenksprothese pro Fuß 7.500,00 EUR. Die Beklagte sei schon vor

Durchführung der Behandlung informiert und um Kostenübernahme ersucht worden. Weder vor dem 10. Januar 2005 noch mit dem Schreiben vom 10. Januar 2005 sei er, der Kläger, auf konkrete Behandlungsmöglichkeiten in der Bundesrepublik, für welche eine volle Kostenübernahme erfolgt wäre, hingewiesen worden. Die entsprechende Information aufgrund des von der Beklagten eingeholten MDK-Gutachtens hätte für ihn allenfalls im Januar 2005 hilfreich sein können, bevor er die konkrete Behandlung in B. in Anspruch genommen habe. Dazu, ob in Deutschland eine gleichwertige Behandlung hätte erlangt werden können, müsse ein Sachverständigengutachten erhoben werden. Die sich aus der Vereinbarung von 1996 ergebenden Tagessätze seien im Übrigen heute nicht mehr zeitgemäß. Aus Gründen der wertenden Gerechtigkeit müssten ihm zumindest diejenigen Beträge erstattet werden, welche bei einer Krankenhausbehandlung in Deutschland angefallen wären; ansonsten wäre die Beklagte rechtsgrundlos bereichert. Aufgrund seiner jahrelangen Beitragsleistung habe er Anspruch darauf, dass die Kosten für die notwendige Krankenhausbehandlung übernommen würden. Er habe auch keine Spitzenmedizin in Anspruch genommen, sondern lediglich Leistungen, welche dem gegenwärtigen Stand der Lehre entsprochen hätten. Er verweise auch auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 13. Juli 2004 ([B 1 KR 11/04 R](#)) zur Kostenerstattung bei selbstbeschaffter ambulanter Krankenbehandlung. Für ihn würden die Grundsätze des Rechts der Europäischen Union (EU) gelten, unabhängig davon, ob er ärztliche Behandlungen im EU Ausland oder nur im Gebiet des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) in Anspruch genommen habe. Nach § 24a ihrer Satzung habe die Beklagte zu beweisen, dass eine gleichwertige Behandlung im Inland hätte erlangt werden können. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Mit Urteil vom 25. Juli 2006 wies das SG die Klage ab. Der Kläger könne als Rentner aus dem am 01. Juni 2002 in Kraft getretenen Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit (so genanntes Sektoralabkommen) keine Ansprüche herleiten. Auch die Voraussetzungen des [§ 18 SGB V](#) längen nicht vor. Der Kläger habe selbst eingeräumt und vorgetragen, dass jedenfalls die Universitätsklinik H. bereit gewesen wäre, eine Sprunggelenksprothese implantieren. Unerheblich sei, dass von den Ärzten des Universitätsklinikums H. eine gleichzeitige Operation beider Sprunggelenke abgelehnt worden sei. Das MDK Gutachten vom 10. Juni 2005 sei plausibel und überzeugend. Das SG könne gut nachvollziehen, dass bei seitengleichen Extremitäten nach derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnissen und dem Erfahrungsstand in Deutschland regelmäßig nur die eine Seite und - nach entsprechender Heilungsbewährung - später die andere Seite operiert werde. Allein der Umstand, dass im Inland eine gleichzeitige Operation beider Seiten wohl nicht zu realisieren gewesen wäre, erfülle nicht die vom BSG formulierten Kriterien eines im Inland bestehenden Behandlungsnotstands.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten gegen Empfangsbekenntnis am 02. August 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 04. August 2006 schriftlich Berufung bei Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er trägt vor, im Hinblick darauf, dass er auch umsatzsteuerpflichtige Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erziele, sei er nicht lediglich Rentner, sondern auch Selbstständiger, sodass das Sektoralabkommen auf ihn anwendbar sei. Das SG habe das von ihm beantragte Sachverständigengutachten zu gleichwertigen Behandlungsalternativen im Inland bzw. zur Notwendigkeit der zeitgleichen Operation auf beiden Seiten nicht eingeholt. Bei ihm habe eine kurzfristige und schnelle Behandlung im Hinblick auf die bestehende Schwerbehinderung nur im Spital in B. erfolgen können. Es müsse auch berücksichtigt werden, dass bei zwei zeitlich auseinanderliegenden Operationen ein doppeltes Narkoserisiko bestanden hätte, das wegen der schweren Herzrhythmusstörungen nicht unproblematisch gewesen wäre. Im Hinblick darauf, auch unter Berücksichtigung der Schwerbehinderung und der starken Schmerzen, habe im Januar 2005 ein eindeutiger Behandlungsnotstand bestanden. Nur im Hinblick auf das Gefühl eines Behandlungsnotstands habe er sich zur Behandlung in B. entschlossen. Im Übrigen hätten ihm auch Ansprüche nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) zugestanden. Es seien Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt und erforderlich gewesen, wobei die Beklagte auch Trägerin von Leistungen zur Teilhabe sei. Die sich aus den [§§ 12 bis 19 SGB V](#) ergebenden Beschränkungen würden für ihn nicht gelten, seien im SGB IX nicht anwendbar. Eine Beratung ihm gegenüber gemäß den [§§ 60 ff. SGB IX](#) habe nicht stattgefunden. Sein Anspruch sei nicht offensichtlich unbillig. Es müsse auch berücksichtigt werden, dass bei der Beklagten Kosteneinsparungen durch den Wegfall der Inanspruchnahme von Schmerzmitteln bestünden. Die Beklagte habe nicht von dem ihr zur Verfügung stehenden Ermessen rechtzeitig Gebrauch gemacht. Auch die Voraussetzung des [§ 13 Abs. 4 bis 6 SGB V](#) in der ab 01. Januar 2004 geltenden Fassung seien zu berücksichtigen. Wegen des bei ihm bestehenden spezifischen Krankheitsbilds hätte eine Behandlung im Inland keinen Erfolg versprochen. Er habe sich erstmals am 03. Januar 2005 im Spital vorgestellt. Die kurzfristige Operation sei wegen des Ausfalls eines anderen Patienten möglich gewesen. Ein der Beklagten am 27. Juli 2006 unterbreitetes Vergleichsangebots habe diese mit Schreiben vom 02. August 2006 abgelehnt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Juli 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids von 15. Juni 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Januar 2006 zu verurteilen, an ihn 18.032,95 EUR zuzüglich jährliche Zinsen daraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab 01. Juni 2005 zu bezahlen, hilfsweise die ihm anlässlich seiner Behandlung im Universitätsspital in B. vom 13. bis 21. Januar 2005 und der Nachbehandlung entstandenen Kosten nach deutschem und DAK-Vergütungssätzen zu erstatten, soweit dies noch nicht erfolgt ist und hilfsweise die Revision zuzulassen, hilfsweise ein Sachverständigengutachten ggf. auch nach Vorschusszahlungen durch den Kläger einzuholen.

Die Beklagte betragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Aufgrund des Behandlungsberichts der Orthopädischen Universitätsklinik H. sowie der Ausführungen des MDK-Gutachten ergebe sich, dass eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung auch in Deutschland möglich gewesen wäre. Auf eine mangelnde Beratung könne sich der Kläger nicht berufen. Er sei Anfang Januar 2005 in der für ihn zuständigen Geschäftsstelle gewesen und habe die Kostenübernahme für die Operation im Spital in B. beantragt. Dabei habe der Aufnahmetermin zur Operation bereits festgestanden. In diesem Gespräch habe der Kläger auch angegeben, dass er sich bereits in der Orthopädischen Universitätsklinik H. sowie im Krankenhaus in Lorsch über Behandlungsmöglichkeiten informiert habe. Nach Prüfung sei dem Kläger dann mitgeteilt worden, dass sie sich im Rahmen einer Einzelfallentscheidung an den Kosten beteiligen werde. Bei dem "Lörracher Abkommen" handle es sich um eine Sondervereinbarung aus dem Jahre 1996. Eine Anpassung des durchschnittlichen Abteilungspflegesatzes für die Orthopädie sei danach nicht vorgenommen worden, da in der Regel Krankenhausbehandlung in Deutschland in allen größeren Krankenhäusern möglich sei. Kostenzusagen nach dem "Lörracher Abkommen" seien lediglich im Rahmen Einzelfallentscheidungen und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erfolgt. Eine der Vereinbarung vom 19. August 1996 vergleichbar Vereinbarung für die Zeit, ab der im Inland Krankenhausbehandlungen nach Fallpauschalen abgerechnet würden, bestehe nicht.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig, jedoch nicht begründet.

Das SG hat zu Recht entschieden, dass der Kläger von der Beklagten nicht die Erstattung von weiteren aufgewendeten 18.032,95 EUR für ambulante (am 03. Januar und 07. März 2005) und stationäre Behandlungen (vom 13. bis 21. Januar 2005) in der Orthopädie des Spitals in B. verlangen kann. Ihm steht insoweit, wie mit dem Hilfsantrag geltend gemacht, auch kein Anspruch auf einen Teilbetrag der genannten Summe in der Höhe zu, in der bei der Beklagten, über den gezahlten Betrag von 3.240,00 SFR hinausgehend, Kosten angefallen wären, wenn die genannten ambulanten und stationären Behandlungen im Inland durchgeführt worden wären. Der Bescheid der Beklagten vom 15. Juni 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Januar 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Darüber, ob die Beklagte zu Recht einen Teilbetrag von 3.240,00 SFR übernommen hat, war nicht zu befinden.

In erster Linie geht es dem Kläger um die Erstattung von Aufwendungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Soweit der Kläger auch noch die Kosten für ambulante Behandlungen am 03. Januar und 07. März 2005 geltend macht, handelt es sich lediglich um Kosten, für vor- und nachstationäre Behandlungen, die auf die vollstationäre Behandlung bezogen sind; auch diese Leistungen werden von [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erfasst.

Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses (das SGB V) oder das SGB IX vorsieht. Nach [§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in der ab 01. Januar 2004 geltenden Fassung sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Nach [§ 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) in der ab 01. Januar 2004 geltenden Fassung können abweichend von Absatz 4 in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR, d.h. in Staaten, in denen die Verordnung EWG Nr. 1408/71 anwendbar ist, Krankenhausleistungen nach [§ 39 SGB V](#) nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Nach Satz 2 der Vorschrift darf die Zustimmung nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland, d.h. bei einem zugelassenen Vertragskrankenhaus erlangt werden kann. Diese Regelung des Genehmigungsvorbehalts knüpft an die Rechtsprechung des EuGH bei Krankenhausbehandlungen an, wonach Regelungen, die die Übernahme der Kosten für die Versorgung in einem Krankenhaus in einem anderen Mitgliedstaat davon abhängig machen, dass die Krankenkasse eine vorherige Zustimmung erteilt, unter bestimmten Voraussetzungen mit den Artikeln 49 und 50 EG-Vertrag vereinbar sind (vgl. EuGH [SozR 3-6030 Art. 59 Nr. 6](#) und [SozR 4-6050 Art. 59 Nr. 1](#)). Sie findet sich auch in § 24a der Satzung der Beklagten. Die Schweiz gehört zwar weder der EU noch dem EWR an, hat aber durch das am 01. Juni 2002 in Kraft getretene Sektoralabkommen die Geltung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 vereinbart. Der Senat unterstellt hier, dass [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) hinsichtlich der vom Kläger als Rentner in Anspruch genommenen Krankenhausbehandlungen in der Schweiz aufgrund des Sektoralabkommens anzuwenden ist. Dennoch vermag der Senat nicht festzustellen, dass die Beklagte im Januar 2004 die Zustimmung zur stationären Behandlung im Spital hätte erteilen müssen. Denn der Kläger gab der Beklagten nicht die Möglichkeit zu prüfen, ob eine gleiche oder eine für den Kläger ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlungsmöglichkeit nicht rechtzeitig bei einem Vertragskrankenhaus im Inland hätte erlangt werden können.

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des BSG aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (z.B. [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#); Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). Eine Kostenerstattung kann nur erfolgen, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist jedoch nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Die Möglichkeit einer Prüfung muss den Krankenkassen gerade bei Leistungen eingeräumt werden, die im Ausland erbracht werden sollen. Denn die Krankenkassen haben nach [§ 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Eine solche Möglichkeit zur Prüfung räumte der Kläger der Beklagten nicht ein. Denn zur Überzeugung des Senats steht fest, dass sich der Kläger bereits bei der ambulanten Vorstellung im Spital am 03. Januar 2005 auf die beiderseitige Operation dort am 13. Januar 2005 festgelegt hatte. Insofern fehlt die Kausalität zwischen der Ablehnung seitens der Beklagten und dem Nachteil (Kostenlast) des Klägers. Er hatte sich zuvor bereits über Behandlungsmaßnahmen in zugelassenen Vertragskrankenhäusern im Inland unterrichtet, hielt diese aber nicht für ausreichend. Der Kläger konfrontierte die Beklagte erstmals nach der ambulanten Behandlung im Spital am 03. Januar 2005 mit der beabsichtigten Operation, nachdem er bereits anlässlich der ambulanten Behandlung erfahren hatte, dass alsbald, nämlich bereits am 13. Januar 2005, er stationär zur Durchführung der beabsichtigten Operation aufgenommen werden konnte. Dass die stationäre Behandlung zwischen dem Kläger und im Spital fest vereinbart war, ergibt sich auch aus dem Kostengutsprachege such des Spitals vom 04. Januar 2005, welches am 10. Januar 2005 bei der Beklagten einging. Da der Kläger auf die im Spital durchgeführte Operation festgelegt war, war die nachträglich getroffene Entscheidung der Krankenkasse nicht mehr geeignet, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. Deshalb kann der Kläger daraus, dass die Beklagte das Gutachten des Dr. Sc. erst am 06. Juni 2005 in Auftrag gegeben hatte, so dass es am 10. Juni 2005 vorlag und dann Eingang in den Bescheid vom 15. Juni 2005 gefunden hat, auch keinen Beratungsfehler herleiten.

Im Inland hätte in einem Vertragskrankenhaus operativ eine Implantation einer Endoprothese im OSG durchgeführt werden können. Dazu

hat die Beklagte unter Bezugnahme auf das Gutachten des Dr. Sc. vom 10. Juni 2005, das der Senat urkundenbeweislich verwerten kann (vgl. z.B. BSG [SozR 3-2200 § 1246 Nr. 38](#)), insbesondere die Orthopädischen Universitätskliniken in H. und M., die BG-Unfallklinik in L. sowie die Städtischen Kliniken in K. benannt. Bestätigt wird dies durch den Arztbrief des Priv. Doz. Dr. S., Orthopädische Universitätsklinik H., vom 11. November 2004. Allein deswegen, weil eine zeitgleiche beiderseitige Operation an den paarigen Extremitäten in einer zugelassenen Klinik im Inland nicht erreichbar war, würde sich nicht die Annahme rechtfertigen, dass für den Kläger hier eine ähnlich wirksame und damit zumutbare Behandlungsalternative zu der im Spital in B. vorgenommenen Operation nicht zur Verfügung gestanden hat. Dabei wäre auch zu berücksichtigen, dass in den vom Kläger vorgelegten Arztbriefen eine derartige zeitgleiche beiderseitige Operation nicht empfohlen wurde. Dr. Sc. hat in seinem Gutachten vom 10. Juni 2005 überzeugend darauf hingewiesen, dass die Operation an beiden Sprunggelenken gleichzeitig ungewöhnlich sei; bei einer seitengleichen Arthrose erfolgt danach in der Regel ein operativer Eingriff zunächst einseitig sowie bei gutem und komplikationslosem postoperativen Verlauf dann an der anderen Seite. Der einseitige Eingriff begründet sich auch mit der postoperativen Übungs- und Belastungsfähigkeit. Bei einem gleichzeitigen Eingriff an einer paarigen Extremität ist die Mobilität postoperativ stark eingeschränkt. Auch um eventuelle postoperative Komplikationen, wie beispielsweise Thrombosen, zu vermeiden, erfolgen danach Eingriffe in der Regel nicht gleichzeitig. Im Hinblick auf das Gutachten des Dr. Sc. könnte der Senat nicht bejahen, dass die gleichzeitige beiderseitige Operation an den paarigen Extremitäten dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse insoweit genügt hat. Auch im Hinblick auf die beim Kläger bestehenden sonstigen Gesundheitsstörungen, insbesondere die Herzerkrankung, ließe sich nicht feststellen, dass die gleichzeitige Operation beidseitig zwingend geboten war.

Aus den vorgenannten Gründen würde auch eine Kostenerstattung nach [§§ 13 Abs. 6, 18 SGB V](#) ausscheiden. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR möglich, kann nach [§ 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen.

Auch der Umstand, dass beim Kläger nach seinem Vorbringen die zeitgleiche beiderseitige Operation erfolgreich verlaufen ist, rechtfertigt den Kostenerstattungsanspruch nicht. Auf den (nachträglichen) Erfolg der vom Kläger gewählten zeitgleichen Operation kommt es nicht an.

Daraus, dass sich die Beklagte im Rahmen einer im August 1996 getroffenen Vereinbarung, dem "Lörracher Abkommen", bereit erklärt hatte, sich an den Kosten der stationären Behandlung mit einem Tagessatz von 405,00 SFR zu beteiligen, kann nicht hergeleitet werden, dass insoweit die Beklagte mit dem Schreiben vom 10. Januar 2005 über die entsprechende Kostenzusage die Notwendigkeit der stationären Behandlung im Spital in B. anerkannt hätte.

Der Kläger kann die Kostenerstattung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der vor- und nachstationären Behandlungen auch nicht aufgrund der Vorschriften des SGB IX beanspruchen, denn die Krankenhausbehandlung stellt weder eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation noch zur Teilhabe am Arbeitsleben dar.

Auch der Hilfsantrag ist nicht begründet, ohne dass es darauf ankommt, welche Kosten, insbesondere nach der Fallpauschalen-Regelung, für die Beklagte entstanden wären, wenn die streitige Operation in zwei Schritten in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus im Inland durchgeführt worden wäre. Solche ersparten Kosten kann der Kläger angesichts des im Inland geltenden Sachleistungsprinzips nicht geltend machen. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nicht schon deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart; denn sonst könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 - [B 1 KR 30/04 B](#) -, veröffentlicht in juris). Auch die von der Beklagten tatsächlich vorgenommenen Erstattung nach Pflegesätzen für acht Tage, bezogen auf einen sich im Jahre 1996 ergebenden Richtwert, verlangt nicht, dass die Beklagte verpflichtet gewesen sein könnte, die im Jahre 1996 vereinbarten Pflegesätze für die Orthopädie auf die entsprechenden Fallpauschalen für im Jahre 2005 durchgeführte Operationen als zeitgemäß aufstocken zu müssen.

Bei dieser Sachlage bedarf es nicht der Erhebung eines Sachverständigengutachtens, auch nicht nach [§ 109 SGG](#).

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-10