

L 11 KR 130/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 3757/09
Datum
23.11.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 130/11
Datum
13.12.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23.11.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte dem Kläger weitere 2.166,55 EUR für eine stationäre Behandlung (Varizenoperation) in der Schweiz zu erstatten hat.

Der am 17.01.1943 geborene Kläger wohnt in E.-K. im Landkreis L ... Er ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Am 28.10.2008 reichte die E. Klinik, L., Schweiz, bei der Beklagten ein Kostengutsprache gesuch für die stationäre Behandlung des Klägers ein. Die Beklagte sagte gegenüber der Klinik am 28.10.2008 die Übernahme der Kosten in Höhe von 327,0 CHF pro Tag für die medizinische Notwendigkeit zu, wobei sie darauf hinwies, dass Aufnahme- und Entlasstag als ein Tag gewertet würden. Der Kläger selbst hat sich damals nicht an die Beklagte gewandt.

Vom 02.11.2008 bis 04.11.2008 befand sich der Kläger in der E.-Klinik auf der Privatabteilung in stationärer Behandlung. Im Rahmen dieser Behandlung wurde der Kläger vom Facharzt für Chirurgie und Phlebologie Dr H., der sonst von seiner Praxis in Bad S. aus zur ambulanten Krankenbehandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen ist und darüber hinaus in verschiedenen Krankenhäusern in Deutschland (zB in der H.-E.-Klinik, Bad S. (H.-Klinik)) und der Schweiz operiert, mittels Krossektomie und Stripping der Varizen saphena magna rechts mit Beseitigung eines großen Aneurysmas am Knie durch Obliteration operativ versorgt. Der Kläger litt außerdem an einer Thrombozytopenie, Bluthochdruck und einem Lymphödem. Für die Behandlung samt stationärer Betreuung stellte die E.-Klinik dem Kläger 9.466,95 CHF in Rechnung (Rechnung vom 06.11.2008).

Der Kläger beantragte unter Hinweis auf die Kostengutsprache am 19.11.2008 die Erstattung des Pflichtanteils an die E.-Klinik. Die Beklagte erstattete daraufhin Kosten in Höhe von 403,89 EUR (zwei Tage zu je 327,00 CHF; Bescheid vom 25.11.2008).

Der Kläger wandte sich daraufhin telefonisch an die Beklagte und begehrte eine höhere Erstattungsleistung. Er übersandte per Fax am 03.12.2008 ein Attest von Dr H. vom 01.12.2008. Darin ist ausgeführt, dass beim Kläger aufgrund erhöhter Risiken eine stationäre Behandlung unumgänglich gewesen sei. Es sei eine intensive postoperative Überwachung aufgrund einer akut aufgetretenen Bradyarrhythmie und entsprechender Medikamentengabe notwendig gewesen. Eine Operation in der Hochrheinklinik in Bad S. und damit wohnortnah sei aufgrund der vorliegenden Risiken nicht möglich gewesen. Es sei eine Nacht auf der Intensivstation zur Überwachung erforderlich gewesen.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser führte in seinem Gutachten vom 17.12.2008 aus, aus dem vorliegenden Krankenhausbericht gehe nicht hervor, dass die Operation besonders schwierig oder kompliziert gewesen sei. Die durchgeführte Varizenoperation sei eine in typischer Weise durchgeführte Operation gewesen, die nahezu in jeder chirurgischen Abteilung eines deutschen Krankenhauses standard- und routinemäßig durchgeführt werde. Aufgrund der angegebenen Begleiterkrankungen sei eine stationäre Behandlung zumindest für den Operationstag bis ein Tag postoperativ nachvollziehbar und wegen erhöhter Blutungsgefahr medizinisch begründet. Die Operation hätte wohnortnah in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses L., des Kreiskrankenhauses R. oder des Krankenhauses S. durchgeführt werden können. Aus medizinischen Gründen habe es des operativen

Eingriffs in einem Schweizer Krankenhaus nicht bedurft.

Mit Bescheid vom 05.03.2009 lehnte die Beklagte die Übernahme weiterer Kosten ab. Nach einer Vereinbarung einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen seien stationäre Aufenthalte in der Grenzregion mit der Schweiz durch Gewährung festgelegter Tagessätze zu bezuschussen. Die Restkosten müsse der Versicherte bzw eine private Zusatzversicherung tragen. Eine weitere Kostenübernahme sei nur im Rahmen des [§ 13 Abs 5 SGB V](#) möglich. Dessen Voraussetzungen lägen nicht vor, weil der Kläger vorher die Kostenübernahme nicht beantragt habe und die Behandlung auch in Deutschland möglich gewesen wäre.

Mit seinem Widerspruch vom 18.3.2009 machte der Kläger geltend, seine persönliche Konstellation mit Bluthochdruck, Thrombozytopenie und beginnender Angina Pectoris verlange eine Minimierung jeglichen Operationsrisikos. Dies habe ihn zu dem einzigen in der Region fachlich angesehenen Chirurgen Dr H. geführt, der aber wegen des Risikos eine Operation in seiner Klinik bzw in R. abgelehnt habe. Andere Kliniken hätten nicht zur Verfügung gestanden, sodass Dr H. eine grenznahe Schweizer Einrichtung, mit der er zusammenarbeite, empfohlen habe. Es müsse auch darauf hingewiesen werden, dass die auf deutscher Rheinseite liegenden Kliniken einen schlechten bis miserablen Ruf hätten.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 06.07.2009 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Zur Begründung verwies sie auf [§ 13 Abs 5 SGB V](#), dessen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Die Möglichkeit der Behandlung in grenznahen Krankenhäusern in der Schweiz sei außerdem durch eine Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkasse in Baden-Württemberg geschaffen. Hier sei die Inanspruchnahme durch Patienten der Landkreise in unmittelbarer Nähe zur Schweiz möglich. Zu diesem Personenkreis zähle der Kläger im Grundsatz. Hier gelte aber die Vereinbarung fester Tagessätze bei stationären Aufenthalten. Die Kosten über die vereinbarten Tagessätze hinaus müsse das Krankenhaus mit dem Patienten ausmachen. So sei es auch hier, weil die Aufnahme des Klägers als Privatpatient erfolgt sei.

Am 29.07.2009 hat der Kläger beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben. Die von der Beklagten genannten Paragraphen berücksichtigten weder die bekannt schlechte Krankenhaussituation am Hochrhein noch die von Dr H. benannten stark erhöhten Operationsrisiken. Es hätten Nebeneffekte bei der Operation wie starker Pulsabfall auf unter 30 Schläge pro Minute Notfallmäßig kontrolliert und behandelt werden müssen. Es sei nicht zu verantworten gewesen, die Operation mit bekannt hohen Risiken in einer der Dr H. zur Verfügung stehenden Kliniken (KKH R. oder H.-Klinik Bad S.) durchzuführen. Alternativ sei die Uniklinik F. in Betracht gekommen. Dies hätte aber bedeutet, dass die Operation nicht vom Arzt seines Vertrauens hätte ausgeführt werden können. Er konkretisiere seine Forderung dahingehend, dass die Beklagte einen Kostenanteil in Höhe der von der Uniklinik für einen solchen Eingriff mit zwei Tagen Klinikaufenthalt, davon 12 Stunden Intensivbetreuung zu übernehmen habe. Die Beklagte müsse nach nunmehr 35 Beitragsjahren ohne ernsthaftige Leistungen eine Einzelfallentscheidung treffen. Es habe ihm auch niemand gesagt, dass so hohe Kosten auf ihn zukämen. Er sei in dem Glauben gelassen worden, dass die Beklagte und seine Zusatzversicherung die Kosten tragen würden. Das sei aber nicht der Fall, denn auch seine Zusatzversicherung trage nur Kosten von Behandlungen in Deutschland.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte Dr M., Dr H. und Dr S. als sachverständige Zeugen. Wegen des Ergebnisses und des Inhalts der Beweisaufnahme wird auf Blatt 26 bis 30 der SG-Akte Bezug genommen. Der Facharzt für Innere Medizin Dr M. hat dem SG mit Schreiben vom 06.04.2010 mitgeteilt, dass der Kläger an einem Beinlymphödem, Krampfadern, einer erstgradigen Fettleibigkeit und einer Hyperurikämie mit akutem Gichtanfall leide. Der Kläger sei nur zweimal wegen des Lymphödems bei ihm in Behandlung gewesen. Wegen des Lymphödems sei eine operative Therapie nicht sinnvoll. Der Facharzt für Chirurgie und Phlebologe Dr H. hat dem SG am 12.04.2010 mitgeteilt, die Operation habe auch im Herzzentrum Bad K. sowie in den Universitätskliniken F. und T. durchgeführt werden können. Die Fachärztin für Innere Medizin, Sportmedizin und Tauchmedizin Dr S. hat dem SG unter dem Datum des 15.04.2010 mitgeteilt, aufgrund der Beinödeme und der Varicosis bestehe die Gefahr von Venenentzündungen bis hin zu Unterschenkelgeschwüren, Hautveränderungen und Schmerzsymptomatik. Weiter könnten Beschwerden in Form von Schwere der Beine auftreten. Da beim Kläger eine Thrombopenie bekannt sei, habe präoperativ ein deutlich erhöhtes Blutungsrisiko bestanden. Um postoperative Komplikationen zu vermeiden, solle eine spezielle Operationstechnik angewandt werden, zB Licht-Laser-Therapie. Diese Therapie werde auch in der Phlebologie im Herz-Zentrum Bad K. angeboten.

Mit Urteil vom 23.11.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. In der Schweiz gelte nach dem Freizügigkeitsabkommen die EWG Verordnung 1408/71, weshalb der Kläger im Grundsatz Leistungen in der Schweiz gegen Kostenerstattung habe in Anspruch nehmen dürfen. Der Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 4 SGB V](#) setze ebenso wie derjenige nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) voraus, dass der Versicherte überhaupt Kosten ausgesetzt sei. Daran bestünden Zweifel, da zumindest nach deutschem Recht ein Anspruch auf Zahlung einer Rechnung seitens eines Krankenhauses nur bestehe, wenn der Patient zuvor hinreichend darauf hingewiesen worden sei, in welcher Höhe Kosten auf ihn zukämen. Nach dem Vortrag des Klägers sei er über die Höhe der von ihm erwarteten Gegenleistung nicht informiert worden. Das spreche dafür, dass er überhaupt keinen wirksamen Vertrag mit der E.-Klinik in L. geschlossen habe. Jedenfalls aber sei der Anspruch des Klägers nach [§ 13 Abs 5 SGB V](#) ausgeschlossen, denn er habe die erforderliche vorherige Zustimmung der Beklagten nicht eingeholt. Unstreitig habe er sich vor Inanspruchnahme der E.-Klinik in L. überhaupt nicht mit der Beklagten in Verbindung gesetzt. Die Kostengutsprache, die die Beklagte der E.-Klinik erteilt habe, reiche als Zustimmung zur stationären Behandlung nicht aus. Mit der Kostengutsprache habe die Beklagte der E.-Klinik gegenüber mitgeteilt, dass sie eine über den zugesagten Betrag hinausgehende Kostenerstattung ablehne. Insofern habe die Beklagte gerade keine uneingeschränkte Zustimmung zur stationären Behandlung des Klägers in der Schweiz erteilt. Es sei außerdem zweifelhaft, ob der Kläger der Beklagten die an die E.-Klinik erteilte Kostengutsprache entgegenhalten könne, denn diese sei ihm selbst nicht bekannt gegeben worden. Die Beklagte sei auch nicht zur Zustimmung zur stationären Behandlung in der Schweiz verpflichtet gewesen, denn eine Behandlung sei auch bei Vertragspartnern der Beklagten, nämlich im Herzzentrum in Bad K. und in der Uniklinik F., möglich gewesen. Auch wenn der Kläger vortrage, er habe dort nicht von Dr H. als dem Arzt seines Vertrauens operiert werden können, ändere dies nichts. Der Kläger habe gemäß [§ 13 Abs 5 Satz 2](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) Anspruch auf Leistungen, die dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprächen. Er habe keinen Anspruch auf eine Operation durch einen bestimmten Arzt, solange dieser Arzt nicht der einzige auf der Welt oder im Geltungsbereich der EWG Verordnung 1408/71 sei, der diese Operation durchführen könne. Dafür spreche hier aber nichts. Soweit der Kläger in der Sache geltend mache, er habe einen Anspruch auf eine optimale Versorgung, finde sich im SGB V hierfür keine Stütze. Einen solchen Anspruch auf optimale Behandlung gebe es gegen die gesetzliche Krankenversicherung nicht. Schließlich stehe dem Kläger auch kein Anspruch auf Kostenerstattung wegen Unaufschiebbarkeit nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu, denn bei der durchgeführten Operation habe es sich um einen

planbaren Eingriff gehandelt, der nicht unaufschiebbar gewesen sei.

Gegen das ihm am 03.12.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21.12.2010 beim SG, beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) am 11.01.2011 eingegangen, Berufung eingelegt. Das SG negiere den Grundsatz der freien Arztwahl bei kassenzugelassenen Fachärzten. Die Feststellung, eine Stilllegung oder Exzision der Hauptvene eines Beines könne überall vorgenommen werden, sei speziell unter dem Risikoaspekt nicht akzeptabel. Die Wahl des ihm mehrfach empfohlenen Phlebologen Dr. H. sei unabdingbar gewesen. Die Tatsache, dass Dr. H. in den ihm zugänglichen regionalen Kliniken keine ausreichende Risikoprävention zur Verfügung gestanden habe, habe zu der Empfehlung geführt, die Operation in einer grenznahen Schweizer Klinik durchführen zu lassen. Das SG habe völlig unkritisch die Einschätzung des "bekannterweise fachlich wenig kompetenten MDK" übernommen. Dr. H. habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er wegen starken Pulsabfalls über 20 Stunden intensiv behandelt werden müsse. Auch sei es völlig unverständlich, dass er nach Jahren Einzahlung stolzer Summen in eine Krankenkasse bei seinem ersten akuten Operationsbedarf für eine Operation 403,00 EUR bekomme, die in einer halbwegs Vertrauen erweckenden Klinik 2166,00 EUR gekostet hätte.

Mit Schreiben vom 14.06.2010 hat der Kläger noch ausgeführt, es habe sich im Hinblick auf den individuellen Risikoaspekt nicht angeboten, die Operation in einer lokalen Klinik mit bescheidener Reputation durchführen zu lassen. Nach der von der Schweizer Klinik bestätigten Kostengutsprache der Beklagten habe er ohne eingehendes Studium des Sozialgesetzbuches davon ausgehen dürfen, dass wenigstens die bei einer Operation in F. anfallenden Kosten übernommen werden würden.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23.11.2010 sowie die Bescheide der Beklagten vom 25.11.2008 und 05.03.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.07.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm weitere 2.166,55 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat ua ausgeführt, die erstinstanzlich befragten Zeugen hätten nicht bestätigt, dass die Wahl des Phlebologen Dr. H. aufgrund eines bei dem Kläger bestehenden erhöhten Risikos unabdingbar gewesen sei. Dr. H. und die Fachärztin für Innere Medizin Dr. S. hätten übereinstimmend ausgeführt, dass die Operation auch im Herzzentrum Bad K. und in den Unikliniken F. und T. hätte durchgeführt werden können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte, nachdem sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben, nach [§ 153 Abs 1 iVm § 124 Abs 2 SGG](#) den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden. Der Senat hält nach pflichtgemäßer Ausübung des ihm eingeräumten Ermessens (vgl. [§ 124 Abs 2 SGG](#)) eine mündliche Verhandlung für nicht erforderlich.

Die Berufung ist gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) statthaft und zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Der Kläger hat sein Begehren in zulässiger Weise beschränkt und begehrt nur die weitere Erstattung eines Betrages von 2.166,55 EUR. Insoweit sind Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 1 iVm Abs 4 SGG](#)) die eine über den Betrag von 403,89 EUR hinausgehende Erstattung von Kosten (hier: weiteren 2.166,55 EUR) der stationären Behandlung des Klägers vom 02.11. bis 04.11.2008 in der Schweiz ablehnenden Bescheide der Beklagten vom 25.11.2008 und 05.03.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.07.2009. Diese Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf die Zahlung bzw Erstattung weiterer 2.166,55 EUR.

Der geltend gemachte Anspruch richtet sich nach [§ 13 Abs 4](#) und 5 SGB V in der hier anzuwendenden und vom 01.04.2007 bis zum 31.12.2010 geltenden Fassung. Nach [§ 13 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) 1408/71 anzuwenden ist, 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. Es dürfen nach [§ 13 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht gemäß [§ 13 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse nach [§ 13 Abs 4 Satz 6 SGB V](#) die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen. Abweichend von [§ 13 Abs 4 SGB V](#) können nach [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr 1408/71 anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach [§ 39 SGB V](#) nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nach [§ 13 Abs 5 Satz 2 SGB V](#) 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 erlangt werden kann.

Die Regelung des [§ 13 Abs 5 SGB V](#) ist auf den vorliegenden Fall anzuwenden, da sich der Kläger zur Durchführung einer stationären Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) ins Ausland begeben hat (vgl. BSG 30.06.2009, [B 1 KR 22/08 R](#), [BSGE 104, 1](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr 23). Der Inhalt des [§ 13 Abs 5 SGB V](#) ist darauf beschränkt, hinausgehend über Abs 4 Satz 1 das zusätzliche Erfordernis der vorherigen

Zustimmung der Krankenkasse für die stationäre Auslandsbehandlung aufzustellen. [§ 13 Abs 5 SGB V](#) lässt dagegen die übrigen Voraussetzungen der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 4 SGB V](#) unberührt (BSG 17.02.2010, B1 KR 14/09 R, SozR 4-2500 § 13 Nr 24).

Nach dem Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21.06.1999 (ABl EG Nr L 114 vom 30.04.2002 - im Folgenden: Freizügigkeitsabkommen), welches durch Gesetz vom 02.09.2001 ([BGBl II Seite 810](#)) in den Rang einfachen Bundesrechts transformiert wurde, galten die Verordnung (EWG) Nr 1408/71 über die Koordinierung der europäischen Sozialversicherungssysteme und ihre Durchführungsverordnung und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72, im hier streitgegenständlichen Zeitraum auch für die Schweiz (Art 8 iVm Anhang II Abschnitt A des Abkommens), so dass in der GKV der Anwendungsbereich der Bestimmungen des [§ 13 Abs 4 und Abs 5 SGB V](#) eröffnet ist. Nach diesen Vorschriften setzt die Erstattung der Kosten einer in der Schweiz durchgeführten Krankenhausbehandlung iSd [§ 39 SGB V](#) - anders als die Erstattung der Kosten einer außerhalb eines Krankenhauses erfolgten Behandlung - voraus, dass die Krankenkasse - hier die Beklagte - der Behandlung vorher zugestimmt hat ([§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#)). Eine solche vorherige Zustimmung gegenüber dem Kläger liegt nicht vor. Der Kläger selbst hat weder eine solche Zustimmung vor Beginn der stationären Behandlung von der Beklagten begehrt, noch hat diese eine solche gegenüber dem Kläger erteilt. Auch hat der Kläger nicht die E.-Klinik mit der Einholung der vorherigen Zustimmung beauftragt bzw bevollmächtigt. Dass der Kläger aus eigenem Antrieb oder auf Veranlassung der Klinik davon ausgehen durfte, dass die E.-Klinik für ihn die Zustimmung einholen wollte, ist weder vorgetragen, noch konnte der Senat dies feststellen. Denn aus Sicht der E.-Klinik stellt die nach Schweizer Recht als der bei jedem Aufenthalt in einem Schweizer Krankenhaus erforderlichen Kostendeckungszusage der schweizerischen bzw ausländischen Krankenkasse, eine Leistungszusicherung der Krankenkasse alleine gegenüber dieser Klinik dar (Eidgenössisches Versicherungsgericht Luzern, 25.01.1985, veröffentlicht in: EVGE 111 (5), 28-32 = juris); eine definitive Zusage der Kostenübernahme gegenüber dem Versicherten ist damit aber nicht verbunden (Eidgenössisches Versicherungsgericht aaO). Damit war es auch aus Sicht der E.-Klinik Aufgabe des Klägers die Leistungszusage der Krankenkasse ihm gegenüber zu beschaffen. Auch musste die Klinik daher in der Kostengutsprache keine auch gegenüber dem Kläger erteilte Zustimmung der Beklagten iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) erblicken und hat dies auch nicht getan. Im Übrigen wollte die mit den Besonderheiten des Schweizer Rechts und der Durchführung von Krankenbehandlung in der Schweiz (hier: Kostengutspracheverfahren) vertraute Beklagte daher aus ihrer Sicht mit der Kostengutsprache weder eine Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) erteilen, noch hat sie dies - die Kostengutsprache vom 28.10.2008 ausgelegt nach einem objektivierten, neutralen Empfängerhorizont - getan. Damit hat die Beklagte weder auf ein direktes Gesuch des Klägers oder ein diesem zuzurechnenden Gesuch der E.-Klinik eine Zustimmung nach [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) erteilt.

Auch lässt sich aus der allein gegenüber der E.-Klinik erteilten Kostengutsprache keine vorherige Zustimmung der Beklagten iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) ableiten. Denn zunächst war die Kostengutsprache weder durch Erklärung direkt an den Kläger selbst noch mittels Vertretung durch die E.-Klinik an diesen gerichtet. Adressat der Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) muss aber der Versicherte selbst sein. Darüber hinaus stellt - wie ausgeführt - die einer Klinik erteilte Kostengutsprache nach Schweizer Recht eine Leistungszusicherung der Krankenkasse alleine gegenüber dieser Klinik dar (Eidgenössisches Versicherungsgericht aaO). Die Kostengutsprache beinhaltet gegenüber dem Versicherten dagegen keine definitive Zusage der Kostenübernahme (Eidgenössisches Versicherungsgericht aaO). Insoweit kann die Antwort der Beklagten auf das Kostengutsprache gesuch der E.-Klinik vom 28.10.2008 unter Berücksichtigung des Willens und des Verständnisses der Beklagten als Erklärender und der E.-Klinik als Erklärungsempfänger nicht als Genehmigung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) ausgelegt werden. Denn die Erklärung der Beklagten war nach dem Erklärungsinhalt wie auch bei Auslegung nach dem objektivierten, neutralen Empfängerhorizont nicht auf eine vorherige Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) gegenüber dem Kläger gerichtet. Denn insoweit hat die Beklagte bei ihrer Erklärung deutlich gemacht, in Anwendung der Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der baden-württembergischen Kassen der GKV vom 27.08.1996 zu handeln. Eine Auslegung der erteilten Kostengutsprache als Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#), also losgelöst von dem in der Schweiz üblichen Kostengutspracheverfahren, der Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der baden-württembergischen Kassen der GKV vom 27.08.1996 und dem daraus jeweils entspringenden Empfängerhorizont, überschreitet die Grenzen der tatsächlich abgegebenen Erklärung sowie des mit dieser bei der E.-Klinik und der Beklagten verbundenen Verständnisses.

Damit musste nicht entschieden werden, ob die Beklagte berechtigt gewesen wäre, die Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) auf den aus der Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der baden-württembergischen Kassen der GKV vom 27.08.1996 ersichtlichen Betrag - oder den Satz einer in Deutschland durchgeführten Behandlung - zu begrenzen (dazu vgl BSG, 17.02.2010, [B 1 KR 14/09 R](#), SozR 4-2500 § 13 Nr 24; vorgehend LSG Baden-Württemberg, 13.02.2009, [L 4 KR 1697/07](#), juris). Denn die Beklagte hat schon gar keine vorherige Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) erteilt.

Der Kläger hatte auch keinen Anspruch auf Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 2 SGB V](#). Danach 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 erlangt werden kann. Wie die als sachverständige Zeugen befragten Ärzte dem SG mitgeteilt haben, konnte die Varizenerkrankung des Klägers auch in Deutschland nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, mithin auf gleiche Weise bzw ebenso wirksam iSd [§ 13 Abs 5 Satz 2 SGB V](#), behandelt werden. Insoweit standen zumindest die Universitätskliniken F. und T. sowie das Herzzentrum Bad K., sämtlich Vertragspartner der Beklagten iSd [§ 13 Abs 5 Satz 2 SGB V](#), zur Erbringung gleicher, zumindest ebenso wirksamer Behandlungsleistungen Verfügung. Dort war auch - so die Auskunft der befragten Ärzte, insbesondere des Operateurs Dr H. - im Hinblick auf die beim Kläger gegebenen Operationsrisiken eine ausreichende und sichere Behandlung möglich. Diese operative Behandlung war dort auch rechtzeitig zu erreichen. Denn in keiner der genannten Einrichtungen bestanden solche Hindernisse, die eine alsbaldige Operation des Klägers verhindert hätten; der vom Kläger behauptete schlechte Ruf einzelner Einrichtungen stellt kein solches Hindernis dar. Das in [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) bestimmte Genehmigungserfordernis verstößt auch nicht gegen Europarecht (dazu vgl EuGH, 05.10.2010, [C-173/09](#), [ZESAR 2011, 482](#); 13.05.2003, [C-385/99](#), [Slg 2003 I-4509](#), Müller-Fauré/van Riet, juris; BSG, 17.02.2010, [B 1 KR 14/09 R](#), SozR 4-2500 § 13 Nr 24) iVm dem Freizügigkeitsabkommen. Damit bestand kein Anspruch auf Zustimmung iSd [§ 13 Abs 5 Satz 2 SGB V](#).

Darauf, dass der Kläger nur von Dr H. operiert werden wollte, kommt es nicht an. Denn [§ 13 Abs 5 Satz 2 SGB V](#) stellt nur darauf ab, dass eine "dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig" im Inland erlangt werden kann. Die medizinische Notwendigkeit einer dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Operation ausschließlich in der E.-Klinik folgt auch nicht daraus, dass der Kläger geltend gemacht hat, er setze besonderes Vertrauen in den dort operierenden Dr H. ... Obwohl sein Wunsch verständlich ist, folgt daraus nicht zugleich, dass die Solidargemeinschaft der GKV für entsprechende Wunschbehandlungen auch uneingeschränkt aufzukommen hat (BSG, 17.02.2010, [B 1 KR 14/09 R](#), SozR 4-2500

§ 13 Nr 24 = juris Rdnr 25). Schon allgemein besteht das Wunsch- und Wahlrecht des [§ 33 Satz 1 SGB I](#) nur, soweit Rechtsvorschriften dem nicht entgegenstehen. Anders als es [§ 76 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) für die freie Arztwahl unter den für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen oder gleichgestellten Leistungserbringern bestimmt, gibt es jedoch schon bei einer Behandlung im Inland keine entsprechende ausdrückliche Regelung für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung (BSG aaO mwN). Erst recht kann auch eine Auslandsbehandlung - zumal in stationärer Form unter den erschwerten (europarechtskonformen) Voraussetzungen des [§ 13 Abs 5 SGB V](#) - unter dem allgemeinen, sich auch in [§ 13 Abs 4 Satz 6 SGB V](#) niederschlagenden Regime des [§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) nicht allein unter Hinweis auf den Patientenwunsch oder die Inanspruchnahme der europarechtlichen passiven Dienstleistungsfreiheit beansprucht werden (BSG aaO Rdnr 26). Aus [§ 18 SGB V](#) hat das BSG vielmehr hergeleitet, dass dafür ein qualitatives oder quantitatives Versorgungsdefizit im Inland zu fordern ist (BSG aaO; BSG, 17.02.2004, [B 1 KR 5/02 R](#), [BSGE 92, 164](#) = [SozR 4-2500 § 18 Nr 2](#) mwN). Ein solches Versorgungsdefizit besteht gerade nicht, denn der Kläger konnte nach Überzeugung des Senats, die sich auf die Auskünfte der behandelnden Ärzte stützt, auch in Deutschland ausreichend und gleich bzw zumindest ebenso wirksam und sicher operiert werden. Damit begründet der Wunsch des Klägers auf Behandlung durch Dr H. keinen Anspruch auf Erstattung höherer Kosten.

Auch dass der Kläger über Jahre Beiträge zur GKV gezahlt hatte, ohne Leistungen in Anspruch zu nehmen, steht dieser Entscheidung nicht entgegen. Denn insoweit handelt es sich bei der GKV um eine solidarisch organisierte und finanzierte ([§ 3 SGB V](#)) Risikoversicherung, die Leistungen nur im gesetzlichen Umfang aufgrund der jeweils bestehenden Mitgliedschaft und grds unabhängig von vom Versicherten erbrachten Vor- bzw Gegenleistungen (zB in Form von Beiträgen) erbringt.

Die Regelung des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) findet neben [§ 13 Abs 4](#) und 5 SGB V keine Anwendung (vgl BSG 30.06.2009, [B 1 KR 22/08 R](#), [BSGE 104, 1](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 23](#)).

Auch aus der Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft baden-württembergischen Kassen der GKV vom 27.08.1996 für Schweizer Krankenhäuser (vgl Bl 11 bis 16 und 20, 21 der SG-Akte (im Folgenden: Vereinbarung)) kann der Kläger keinen höheren Erstattungsanspruch herleiten. Zwar wird der Kläger als Bewohner eines der dort genannten Landkreise von dieser Vereinbarung erfasst. Doch unabhängig von der Frage, ob es für eine derartige Vereinbarung eine Rechtsgrundlage im SGB V gibt und ob diese nach Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens noch Geltung entfaltet, hat die Beklagte die entsprechenden Regelungen im Ergebnis zutreffend angewandt und dem Kläger wegen Krankenhausbehandlung in einer "anderen Abteilung" mit Bescheid vom 25.11.2008 auch (2 x 327,00 CHF, zusammen) 654,00 CHF (403,89 EUR) zuerkannt und ausbezahlt; einer anderen der in der Vereinbarung gelisteten Abteilungen (Innere Abteilung, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, HNO, Orthopädie, Pädiatrie, Entbindung inklusive gesundem Säugling) konnte die Behandlung des Klägers nicht zugerechnet werden, zumal - mit Ausnahme der Orthopädie, der Pädiatrie und der Entbindung - nur geringere Kostenzusagen vereinbart worden waren. Umrechnungsfehler sind weder geltend gemacht noch ersichtlich. Dass dabei Anreise- und Abreisetag als ein Tag gezählt wurden, entspricht zwar nicht der Vereinbarung (vgl Ziffer 9 der Vereinbarung vom 27.08.1996; Blatt 21 SG-Akte), doch ist der Kläger dadurch nicht belastet. Denn nach der Vereinbarung (aaO Ziffer 9) kann für den Entlasstag keine Kostenübernahme erfolgen, sodass bei einem stationären Aufenthalt vom 02.11. bis 04.11.2008 unter Abzug des Entlasstages (04.11.2008) tatsächlich nur zwei Tage (02.11. und 03.11.2008) zu erstatten waren. Dementsprechend hat die Beklagte den Betrag von (2 x 327,0 EUR, zusammen) 654,00 CHF im Ergebnis zutreffend berechnet. Damit steht dem Kläger kein über den von der Beklagten zuerkannten Betrag hinausgehender Anspruch zu.

Des Weiteren begründen das Recht der EU iVm dem Freizügigkeitsabkommen (Art 18 ff Verordnung (EWG) 1408/71 bzw Art 16 ff Verordnung (EWG) 574/72) aber auch die Grundrechte des Grundgesetzes keinen weitergehenden Erstattungsanspruch des Klägers. Denn der Kläger ist nicht während eines Auslandsaufenthalts erkrankt, sondern hat sich eigens zur Krankenhausbehandlung ins Ausland begeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei hat der Senat im Rahmen seines Ermessens insbesondere berücksichtigt, dass der Kläger in beiden Instanzen ohne Erfolg geblieben ist.

Die Revision wird nicht zugelassen, da Gründe für die Zulassung nicht vorliegen ([§ 160 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-12-25