

## L 5 KR 285/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 1688/08  
Datum  
19.11.2009  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 285/10  
Datum  
11.07.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.11.2009 wird zurückgewiesen.

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.11.2009 geändert und die Beklagte auch dazu verurteilt, dem Kläger die Kosten der stationären Krankenhausbehandlungen im Universitätsspital B. vom 09.04.2007 bis 13.04.2007, 14.04.2007 bis 05.05.2007, 16.05.2007 bis 12.06.2007 und 06.07.2007 bis 07.07.2007 in vollem Umfang zu erstatten.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für mehrere Klinikbehandlungen des Klägers im Universitätsspital B. im Jahr 2007.

Der 1980 geborene Kläger leidet seit frühester Kindheit an Mukoviszidose. Bei chronischer Besiedlung der Lunge mit Methicillin-resistentem staphylococcus aureus (MRSA) kam es immer wieder zu Infektazerbierungen. Bei Krankenhausbehandlungen waren deshalb gezielte antiepidemische Maßnahmen mit Isolierung des Klägers erforderlich.

Am 08.01.2007 wurde der Kläger mit Pneumothorax rechts in der Universitätsklinik F. B. aufgenommen, ließ sich aber - nach Differenzen mit dem behandelnden Arzt - am Folgetag im Universitätsspital B. aufnehmen, wo er bis 17.01.2007 stationär behandelt wurde. Am 12.01.2007 musste eine thorakoskopische Pleurateilresektion durchgeführt werden, um den Pneumothorax zu behandeln. Der Vater des Klägers hatte die Beklagte am 09.01.2007 fernmündlich von der Verlegung nach B. in Kenntnis gesetzt und zur Begründung angegeben, in F. und in ganz Deutschland könne sein Sohn nicht mehr behandelt werden.

Nachdem der MDK (Dr. B.) eine Auslandsheilbehandlung für angezeigt erklärt hatte, sagte die Beklagte mit Bescheid vom 10.01.2007 ausnahmsweise und als Einzelfallentscheidung die Kostenübernahme nach dem Abkommen mit der Sch. ab 09.01.2007 zu, was aber nicht für den Fall einer Operation gelte. In diesem Fall sei ein Zurückverlegung nach Deutschland erforderlich. Nächste Behandlungsmöglichkeiten seien in F. oder in H. vorhanden. Dem Bescheid war der Berechtigungsschein E 112 beigelegt, der eine Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Krankenversicherung unter anderem für den Fall enthält, in welchem sich der Versicherte mit der Genehmigung des zuständigen Trägers ins Gebiet eines anderen Mitgliedsstaats begibt, um dort eine zustandsangemessene Behandlung zu erhalten (Verweis im Vordruck auf Art. 22 Abs. 1 Buchstabe c der VO 1408/71 (EWG)).

Am 27.03.2007 ging ein Kostenübernahmegesuch des Universitätsspitals B. betreffend eine weitere stationäre Behandlung ab 02.03.2007 bei der Beklagten ein. Die Beklagte wies den Vater des Klägers, der am 26.03.2007 vorgesprochen hatte, mit Schreiben vom 27.03.2007 darauf hin, dass Krankenhausleistungen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden könnten. Die eingereichten Rechnungen würden zurückgegeben. Gerne sei die Kasse bereit, die weitere Abklärung vorzunehmen. Hierzu benötige sie eine stationäre Aufnahmemitteilung und einen ärztlichen aktuellen Befundbericht mit einem Hinweis auf die weitere geplante Behandlung. Die stationäre Behandlung des Klägers dauerte bis 30.03.2007.

Dr. B. vom MDK nahm am 11.04.2007 zu diesem Krankenhausaufenthalt Stellung und bestätigte die zwingende medizinische Notwendigkeit der akutstationären Behandlung vom 02.03.2007 bis zum 30.03.2007, hielt aber eine Auslandsbehandlung medizinisch nicht für begründet, da die notwendige operative Behandlung auch in der Abteilung Thoraxchirurgie der Universitätsklinik F. hätte durchgeführt werden können.

Mit Bescheid vom 15.05.2007 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt vom 02.03. bis 30.03.2007, für den inzwischen eine Rechnung über 60.070,- Sch. F. vorlag, ab. Dabei berief sie sich auf die Ruhensvorschrift des [§ 16 SGB V](#) für Auslandsleistungen. Das Sozialversicherungsabkommen mit der Sch. vom 25.02.1964 betreffe nur den akuten Leistungsbedarf bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt. Der Kläger habe sich aber gezielt zur Klinikbehandlung in die Sch. begeben. Da die medizinisch notwendigen Operationen auch in der Universitätsklinik F. hätten gemacht werden können, greife auch [§ 18 SGB V](#) (Kostenübernahme bei Auslandsbehandlung) nicht ein. Dagegen erhob der Kläger, vertreten durch seinen Vater, am 23.05.2007 Widerspruch.

Am 21.05.2007 legte das Universitätsspital B. weitere Kostenübernahmegesuche für stationäre Behandlungen vom 09.04. bis 13.04., vom 14.04. bis 05.05. und ab 16.05.2007 (diese Behandlung dauerte bis 12.06.2007) vor. Auch hierfür lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25.05.2007 eine Kostenübernahme ab. Dagegen erhob der Kläger durch seine Verfahrensbevollmächtigten am 18.06.2007 Widerspruch.

Der Kläger machte im Vorverfahren unter anderem geltend, seine schwerwiegende Krankheit könne derzeit nur in B. ordentlich behandelt werden. Wegen der Schwere der Krankheit stehe eine Lungentransplantation an; es müsse wegen ständiger Atemnot, Angstzuständen und Panikzuständen besonders auf sein soziales Umfeld geachtet werden, wenn er in der Klinik sei. Dieses sei ganz besonders in B. gegeben, denn seine Tante sowie deren Tochter (seine Cousine) wohnten in B. und die betreuende Psychologin arbeite in F. und an der Poliklinik in B ... Fast ständig befinde sich seine Mutter bei ihm in der Klinik, die wenigstens ab und zu durch die Tante und die Cousine entlastet werden könne, so dass eine familiärrere Rundumbetreuung gesichert sei. Außerhalb der Reichweite von F. oder B. sei derartige familiäre Betreuung nicht zu organisieren, weshalb der Kläger auch nicht in H., einem anerkannten Mukoviszidose-Zentrum, untergebracht werden könne. Nach den Vorkommnissen am Universitätsklinikum F. am 08.01.2007 und anlässlich zweier notfallmäßiger Aufnahmen am 01.03.2007 sei eine Weiterbehandlung dort nicht mehr zumutbar gewesen. Am 01.03.2007 sei er nach wenigen Stunden notfallmäßiger Einweisung wieder nach Hause entlassen worden, wo sich sein Zustand innerhalb weniger Stunden lebensbedrohlich verschlechtert habe. Er habe dann wieder notfallmäßig in F. aufgenommen werden müssen und sei dann mit noch liegender Thoraxdrainage notfallmäßig nach B. verlegt worden, und zwar nach Rücksprache der Universitätsklinik F. mit dem Spital in B ... Vom 05.05. bis 15.05.2007 sei der Kläger in der Medizinischen Hochschule in H. zwecks Abklärung einer Lungentransplantation gewesen und sei dort auf die Transplantationsliste gesetzt worden. Die Klinik in H. habe er dann wieder verlassen müssen, weil das Bett dringend für andere Patienten gebraucht worden sei. Wegen seines prekären Zustands habe er direkt wieder in B. aufgenommen werden müssen. Nur in B. sei am 02.03.2007 ein Einzelzimmer mit Isoliermöglichkeit für den Kläger vorhanden gewesen, nicht aber in F ... Auch deshalb sei die sofortige Verlegung nach B. erfolgt. Der Vater des Klägers habe von der Verlegung nach B. auch frühzeitig die Beklagte (den Sachbearbeiter Herrn H.) informiert, der bei dem Gespräch darauf hingewiesen habe, dass die Kostenerstattung einer Auslandsheilbehandlung gegebenenfalls Schwierigkeiten bereiten könne, aber durchaus in Aussicht gestellt habe, dass eine Kostenübernahme zumindest in Höhe der regulären Behandlungskosten in einer deutschen Universitätsklinik in Betracht kommen könne. Eine hausinterne Abklärung sei noch erforderlich. Angesichts der im Januar 2007 erteilten Kostenübernahmeerklärung habe die Familie davon ausgehen dürfen, dass letzten Endes jedenfalls eine Kostenerstattung in dem Umfang, wie Kosten in Deutschland entstanden wären, erfolgen werde.

Der Kläger machte noch eine weitere Rechnung aus B. (stationärer Aufenthalt vom 06.07. bis 07.07.2007) zum Gegenstand des Widerspruchsverfahrens und legte eine Stellungnahme des Prof. T., Chefarzt der Pneumologie des Universitätsspitals B., vom 09.10.2007 zu den Behandlungen im Laufe des Jahres 2007 vor, ferner einen vorläufigen Entlassungsbericht der Medizinischen Hochschule H. (MHH) vom 15.05.2007 und einen Befundbericht der MHH vom 30.07.2007 an Prof. T ... Der Kläger hatte sich in H. am 19.07.2007 in Begleitung seiner Eltern vorgestellt und ausdrücklich erklärt, dass er eine Transplantation wünsche und mit dem Status "gelistet zur Lungentransplantation" einverstanden sei. In den Berichten der MHH wurde eine Angststörung mit laufender psychotherapeutischer Behandlung erwähnt. Prof. T. berichtete, dass es im Januar 2007 bei dem Kläger zu einem lebensbedrohlichen Pneumothorax gekommen sei und nach Bülow-Drainage eine thorakoskopische Pleurateilresektion habe vorgenommen werden müssen, wobei operativ keine vollständige Verklebung der Lunge durchgeführt worden sei, um die intraoperative Komplikationsrate bei einer späteren möglichen Transplantation möglichst niedrig zu halten. Es sei dann leider zu einem Rezidiv-Pneumothorax gekommen, der eine notfallmäßige Drainage im Universitätsklinikum F./B. erfordert habe, von wo der Kläger dann weiter nach B. überwiesen worden sei. Angesichts des MRSA-Befalls der Lunge hätte der Kläger in F. isoliert werden müssen oder hätte ein Bett auf der Intensivstation mit Isoliermöglichkeit benötigt. Damals seien keine Betten vorhanden gewesen. In B. habe erneut ein chirurgischer Eingriff durchgeführt werden müssen, und der Kläger sei anschließend noch längere Zeit hospitalisiert gewesen (Aufenthalt vom März 2007). Er habe damals bei schwer limitierter Lungenfunktion nur knapp überlebt und während längerer Zeit eine globalrespiratorische Lungeninsuffizienz aufgewiesen. In der Folgezeit sei es den B. Ärzten gelungen, den Zustand des Klägers langsam zu stabilisieren und die Verlegung zur Abklärung betreffend Lungentransplantation in H. zu organisieren. Der Kläger sei nach wie vor in äußerst knappem respiratorischem Zustand gewesen. Nach der Entlassung aus H. habe er erneut in B. hospitalisiert werden müssen, weil die intravenöse Antibiotikagabe in Deutschland sistiert worden sei. Man habe den Kläger wieder stabilisieren können, habe ihm ein subkutanes Katheter-Venensystem eingelegt, um Antibiotika täglich verabreichen zu können. Dank des Einsatzes eines neuen MRSA-wirksamen Antibiotikums sei schlussendlich die definitive Entlassung nach Hause Mitte Juni 2007 gelungen. Der Kläger habe dann erfreulicherweise nicht mehr hospitalisiert werden müssen und stehe jetzt auf der Lungentransplantationsliste auf Abruf bereit. Er, Prof. T., gehe davon aus, dass nur dank der Betreuung durch das erfahrene zystische Fibrose-Ärzteteam in B. der ambulante Weg erfolgreich habe gewählt werden können. An den meisten anderen Orten wäre der Kläger aufgrund seiner schlechten Lungenfunktion dauerhospitalisiert worden.

Mit Schreiben vom 21.12.2007 legte die Universitätsklinik F. der Beklagten Befundbriefe der Medizinischen Universitätsklinik F. vom 08.01., 01.03. und 02.03.2007 sowie vom 22.06.2005 vor. In letzterem wurde über deutliche Ängste des Klägers im Rahmen seiner Krankheitssituation und gegenüber den anstehenden Untersuchungen berichtet, weshalb von Seiten der Klinik eine Weiterführung der psychologischen Betreuung des Klägers empfohlen worden war.

Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 26.02.2008 zurück und lehnte die weitere Kostenübernahme ab. Sie berief sich auf die Vorschrift des [§ 13 Abs. 5 SGB V](#), dem zufolge Krankenhausleistungen auch in der Sch. nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden dürften. Daran fehle es aber hinsichtlich aller streitigen stationären Behandlungen in B ... Die Kasse brauche auch nicht darüber entscheiden, ob ausnahmsweise eine nachträglich erteilte Zustimmung ausreiche, wenn ein deutsches Krankenhaus aufgrund dort fehlender Behandlungsmöglichkeiten die Verlegung in ein Krankenhaus im Geltungsbereich der EWG-Verordnung 1408/71 veranlasse, denn der Kläger sei zwar am 02.03.2007 von der Universitätsklinik F. in das Universitätsspital B. verlegt worden, Grund dafür sei aber ausweislich des Berichts der Universitätsklinik F. vom 02.03.2007 der Wunsch des Klägers und seiner Eltern

auf entsprechende Verlegung gewesen. Die Behandlung hätte man ebenso wirksam in F. durchführen können.

Der Kläger erhob am 03.04.2008 Klage gegen den seinem Prozessbevollmächtigten am 03.03.2008 zugestellten Widerspruchsbescheid.

Im Juni 2008 erfolgte die Lungentransplantation an der MHH.

Der Kläger ließ zur Begründung seiner Klage vortragen, im Zusammenhang mit der Kostenübernahme im Januar 2007 sei von zwingender Erforderlichkeit einer vorherigen Zustimmung der Kasse nie die Rede gewesen. Trotz des Ausschlusses operativer Maßnahmen aus der Kostenübernahmeerklärung vom 10.01.2007 habe die Beklagte später die ganzen Kosten des Aufenthalts vom 09.01. bis 17.01.2007 erstattet. Am 02.03.2007 sei kein Isolierbett in der Universitätsklinik F. frei gewesen; das habe der behandelnde Arzt in Anwesenheit der Eltern des Klägers gegenüber dem Kläger geäußert. In der Notfallaufnahme der Universitätsklinik F. sei eine Bülow-Drainage gelegt worden und dann die Verlegung nach B. organisiert worden. Bereits am 02.03.2007 habe der Vater des Klägers die Beklagte über den erneuten Klinikaufenthalt in B. telefonisch informiert. Hier sei die Rede davon gewesen, dass die Kosten zumindest in Höhe der Kosten, die in Deutschland anfallen würden, übernommen würden. Über das Gespräch fehle jeglicher Vermerk in der Verwaltungsakte der Beklagten. Einen Aktenvermerk gebe es über eine Vorsprache des Vaters bei der Beklagten am 26.03.2007. Laut Aktennotiz solle er dort erklärt haben, dass der Kläger "in B. transplantiert wurde" was natürlich Unsinn sei. Tatsächlich sei über die Möglichkeit einer Transplantation in der Sch. gesprochen worden. Wegen der neuerlichen stationären Aufnahme in B. am 09.04.2007 habe der Vater bei der Beklagten am 10.04.2007 angerufen; auch dieses Telefonat sei in der Akte nicht vermerkt. Ebenso verhalte es sich mit einem weiteren Telefonat vom 18.04.2007 wegen des erneuten stationären Aufenthalts ab 14.04.2007. Sämtliche Behandlungen des Klägers in B. seien jeweils unaufschiebbar gewesen und von allen Klinikaufhalten sei die Beklagte zumindest unverzüglich nach der stationären Aufnahme in Kenntnis gesetzt worden. Dennoch habe die Beklagte eine Zustimmung zur Kostenübernahme nie erklärt.

Der Kläger habe Anspruch auf Erteilung der Zustimmung zur Durchführung der Krankenhausbehandlungen in der Sch. nach [§ 13 Abs. 5 SGB V](#). Nach Satz 2 dieser Vorschrift bestehe ein solcher Anspruch, wenn eine vergleichbare medizinische Behandlung nicht rechtzeitig im Inland erlangt werden könne. Diese Voraussetzung sei erfüllt, da ihm eine Weiterbehandlung in der Universitätsklinik F. nach dem Vorfall vom 08.01.2007 nicht mehr zumutbar gewesen sei und für die Behandlung ab dem 02.03.2007 kein entsprechendes Bett auf der Isolierstation der Uniklinik F. frei gewesen sei. Zudem sei eine wohnortnahe Behandlung notwendig gewesen, weil er gerade wegen der Unterbringung auf einer Isolierstation auf die Präsenz seiner Familie angewiesen gewesen sei. Deshalb sei ihm eine Behandlung etwa in H. nicht zumutbar gewesen. Er habe auch den erforderlichen Antrag für die Kostenübernahme gestellt. Insoweit gelte der Antrag vom 09.01.2007 für alle folgenden Krankenhausaufenthalte in B. ... Zumindest habe er über seinen Vater die Beklagte über alle Krankenhausaufenthalte unverzüglich nach der jeweiligen Aufnahme telefonisch informiert. Die Erteilung einer nachträglichen Kostenübernahmeerklärung müsse bei den hier erfolgten unaufschiebbaren Behandlungen auch nachträglich möglich sein. Zumindest müsse eine Kostenübernahme aufgrund des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs erfolgen. Denn die Beklagte habe ihn gerade nicht darüber aufgeklärt, dass die vorherige Zustimmung zwingende Voraussetzung für die Kostenerstattung sei. Seinem Vater sei vielmehr lediglich mitgeteilt worden, dass ohne vorherige Klärung der Kostenübernahme mit der Beklagten die Durchführung der Auslandsbehandlung "auf sein eigenes Risiko" erfolge. Dies impliziere, dass eine Kostenübernahme auch bei nachträglicher Antragstellung zumindest möglich sei. Zumindest in analoger Anwendung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sei davon auszugehen, dass bei unaufschiebbaren Behandlungen der Kostenerstattungsanspruch auch ohne vorherige Zustimmung noch nachträglich geltend gemacht werden könne. Die Beklagte müsse die Kosten auch in voller Höhe übernehmen. Zwar gelte nach [§ 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), dass ein Anspruch nur in Höhe der Vergütung bestehe, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Nach [§ 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) könne die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den EWR möglich sei. Dies gelte jedenfalls dann, wenn keine besonderen Zusatzleistungen in Anspruch genommen worden seien. Dies sei beim Kläger nicht der Fall gewesen, so dass das Ermessen der Beklagten auf Null reduziert sei. Schließlich habe er einen Kostenerstattungsanspruch auch aufgrund von [§ 18 Abs. 1 SGB V](#), der die Höhe der Erstattung ebenfalls ins Ermessen der Beklagte stelle. Wegen der fehlenden Gewährleistung der Behandlung im Inland sei aber regelmäßig die Übernahme der vollen Behandlungskosten geboten. Für diesen Anspruch bedürfe es auch keines vorherigen Antrags. Schließlich habe die Beklagte mit dem bestandskräftigen Bescheid vom 10.01.2007 eine unbefristete Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Krankenversicherung (E 112) ausgestellt und damit eine unbefristete Leistungszusage erteilt. Diese Bescheinigung sei nicht auf einen Krankenhausaufenthalt beschränkt und lasse auch einen Ortswechsel im Behandlungsland ausdrücklich zu. Soweit diese Leistungszusage durch das ihm am 16.04.2007 übersandte, befristet ausgestellte Formular E 112 zurückgenommen worden sei, habe sein dagegen eingelegter Widerspruch aufschiebende Wirkung. Zumindest bestehe ein Anspruch auf Neubescheidung hinsichtlich der Erteilung der Zustimmung nach [§ 13 Abs. 5 SGB V](#), die im Ermessen der Beklagte stehe. In diesem Rahmen seien die fehlende Zumutbarkeit der Behandlung an der Uniklinik F. und die Notwendigkeit einer wohnortnahen Behandlung, ebenso die Schwere der Erkrankung zu berücksichtigen. Soweit die Kosten nur in der Höhe der Kosten einer vergleichbaren Behandlung in Deutschland übernommen würden, stünden auch keine Wirtschaftlichkeitserwägungen entgegen.

Die Beklagte hielt daran fest, dass eine Zustimmung zur Auslandsheilbehandlung ihrerseits nicht erklärt worden sei und im Übrigen die Behandlungen nicht zwingend in B. hätten durchgeführt werden müssen. Der Kläger habe ebenso gut in F. oder H. behandelt werden können.

Die Sozialgericht hörte in der mündlichen Verhandlung vom 19.11.2009 die Eltern des Klägers als Zeugen.

Mit Urteil vom 19.11.2009 hob das Sozialgericht Freiburg die Bescheide der Beklagten vom 15.05.2007 und 25.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.02.2008 auf und verurteilte die Beklagte, dem Kläger die Kosten der stationären Krankenhausbehandlung im Universitätsspital B. vom 02.03.2007 bis 30.03.2007 zu erstatten sowie die Kosten der stationären Krankenhausbehandlungen im Universitätsspital B. vom 09.04.2007 bis 13.04.2007, 14.04.2007 bis 05.05.2007, 16.05.2007 bis 12.06.2007 und 06.07.2007 bis 07.07.2007 jedenfalls bis zur Höhe der Vergütung zu erstatten, die von der Beklagten bei Erbringung als Sachleistung in Deutschland zu erbringen gewesen wäre. Das Sozialgericht hat die Beklagte ferner dazu verurteilt, über eine darüber hinausgehende Erstattung unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen.

Zur Begründung führte das Sozialgericht aus, die Kosten des Klinikaufenthalts in B. vom 02.03. bis 30.03.2007 seien von der Beklagten nach

[§ 18 Abs. 1 SGB V](#) ganz zu übernehmen. Zwar ruhe nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten würden, doch sehe [§ 18 SGB V](#) hiervon Ausnahmen vor. Sofern eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich sei, so könne die Krankenkasse nach ihrem Ermessen die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Die Sch. sei im Sinne des [§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) ein Staat außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Dass die Sch. aufgrund der bilateralen Verträge inzwischen zu den Staaten zähle, in welchen die EWG-Verordnung Nr. 1408/71 in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden sei und damit von der mit Wirkung ab 01.01.2007 im Wortlaut entsprechend geänderten Norm des [§ 13 Abs. 5 S. 1 SGB V](#) erfasst werde, ändere nichts daran, dass sie zugleich im Sinne des [§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) ein Staat außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum bleibe. Nach Überzeugung der Kammer sei nach der notfallmäßigen Anlage der Bülau-Drainage in der Universitätsklinik F. in den Morgenstunden des 02.03.2007 eine stationäre Behandlung im Universitätsspital B. zwingend erforderlich gewesen, da nur dort eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung der Erkrankung des Klägers habe durchgeführt werden können. Angesichts des lebensbedrohlichen Zustands des Klägers sei eine sofortige stationäre Behandlung erforderlich gewesen, wobei wegen der MSRA-Besiedlung der Lunge für den Kläger ein Isolierzimmer habe zur Verfügung stehen müssen. Dies sei in F. nicht gewährleistet gewesen, jedenfalls habe der dort in den Morgenstunden des 02.03.2007 zur Behandlung des Klägers erschienene Arzt dem Kläger und den Eltern gegenüber erklärt, dass man kein Zimmer und schon gar kein Isolierzimmer für den Kläger habe und es angesichts dessen am besten sei, wenn der Kläger nach B. verlegt werde, wo er ja schon einmal in Behandlung gestanden habe. Die Kammer habe insoweit keinen vernünftigen Zweifel an der persönlichen Schilderung des Klägers in der mündlichen Verhandlung und der als Zeugen gehörten Eltern, die die Situation in der Nacht des 02.03.2007 mit je eigenen Worten mit noch nachwirkender sichtlicher Betroffenheit lebensnah berichtet hätten. Dass die Eltern erfreut über den Vorschlag des in der Nacht die Bülau-Drainage legenden Arztes gewesen seien, eine Verlegung nach B. vorzunehmen, sei verständlich. Die Eltern hätten laut Angabe des Zeugen Klaus Dieter B. erklärt, dies sei ihnen im Prinzip auch am liebsten, was wiederum plausibel erkläre, dass im Notaufnahme-Arztbrief der Medizinischen Universitätsklinik F. vom 02.03.2007 ausgeführt sei, die Verlegung ins Kantonsspital B. sei auf Wunsch des Klägers und seiner Eltern erfolgt. Angesichts der Bekundung des Arztes über die fehlende Aufnahmemöglichkeit in F. und der Eilbedürftigkeit, ja Lebensnotwendigkeit der sofortigen weiteren stationären Behandlung, habe für den Kläger keine andere Möglichkeit bestanden, als die stationäre Behandlung im wohnortnahen Universitätsspital in B. durchführen zu lassen, wo ein Isolierzimmer zur Verfügung gestanden habe, wie der behandelnde Arzt in F. durch Telefonat mit B. in den Morgenstunden des 02.03.2007 habe klären können. Weder dem Kläger noch den Eltern des Klägers sei angesichts der akuten Notfallsituation in irgend einer Weise zuzumuten gewesen, die Erklärung des Arztes, in F. habe man kein Zimmer für den Patienten noch weiter, etwa durch Rückfragen bei der Klinikleitung, zu verifizieren oder zu falsifizieren. Ebenso wenig sei es dem Kläger zumutbar gewesen, sich etwa um eine Behandlungsmöglichkeit in dem ungefähr 200 km vom Wohnort Bad K. entfernten H. zu bemühen. Eine Behandlung dort sei nicht nur wegen der viel weiteren Entfernung nach H. in der konkreten Situation nicht zumutbar gewesen, sondern auch wegen der psychischen Verfassung, der ständig lebensbedrohlichen Erkrankung sowie der daraus resultierenden Angstzustände sei eine ständige familiäre Betreuung unumgänglich gewesen, die nur in F. oder in B. von der Familie habe sichergestellt werden können. In B. habe auch mehrmals in der Woche seine Psychologin zur Verfügung gestanden. Diese Umstände seien in die Prüfung, ob eine ausreichende Behandlungsmöglichkeit auch im Inland bestanden hätte, mit einzubeziehen. Gerade bei psychischen Erkrankungen, die sich auf den Heilungsprozess negativ auswirken können, sei dies ein wesentlicher mit zu berücksichtigender Faktor (so schon [BSGE 55, 188](#)). Nach Überzeugung der Kammer habe es damit in der konkreten Situation des 02.03.2007 die Möglichkeit einer dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung der lebensbedrohlichen Erkrankung des Klägers im Inland nicht gegeben, sondern nur in B. (auf den Gesichtspunkt der subjektiven Unzumutbarkeit einer theoretisch möglichen Behandlung im Inland stelle auch Mengert in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 18 Rdnr.20, ab). Die Kammer gehe davon aus, dass im vorliegenden Behandlungsfall das in [§ 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) eröffnete Ermessen der Beklagten insoweit auf Null geschrumpft sei, da eine andere Entscheidung, als diejenige zur vollständigen Übernahme der in B. anfallenden Kosten, nicht möglich gewesen sei. Dem Kläger sei eine Behandlung in der dem Wohnort nächsten Klinik in F. im B. versperrt gewesen, er habe ins Ausland nach B. ausweichen müssen. Gesichtspunkte, die eine Ermessensentscheidung der Beklagten dahingehend zuließen, nicht die ganzen Kosten der Auslandheilbehandlung zu übernehmen, seien nicht zu erkennen.

Die Beklagte sei im Übrigen auch nach [§ 13 Abs. 5 und Abs. 4 S. 6 SGB V](#) verpflichtet, die Kosten dieser Krankenhausbehandlung in voller Höhe zu erstatten. Die Sch. sei ein anderer Staat, in dem die EWG-Verordnung 1408/71 anzuwenden sei, so dass der Kläger Krankenhausleistungen dort nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch nehmen dürfen, wobei die Zustimmung der Beklagten nur hätte versagt werden dürfen, wenn eine ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung auch im Inland hätte erlangt werden können. Dass dies hier nicht der Fall war, sei bereits dargelegt worden. Das Fehlen einer vorherigen Zustimmung der Beklagten sei unschädlich, da der Vater den Klinikaufenthalt des Klägers in B. bei der Beklagten am 02.03.007 jedenfalls telefonisch gemeldet habe. Davon sei die Kammer aufgrund der Zeugenaussage des Vaters in der mündlichen Verhandlung überzeugt. Angesichts der Dringlichkeit der Angelegenheit hätte die Beklagte über die aufgrund des Telefonats erkennbar notwendige Zustimmung nach [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) sofort entscheiden und diese auch erteilen müssen. Unterlasse sie in einer solchen Situation eine Entscheidung über die erforderliche Zustimmung, sei sie so zu behandeln, als habe sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht ([§ 13 Abs. 3 SGB V](#)), so dass eine Kostenübernahme für die Behandlung im Ausland nicht an der fehlenden Zustimmung scheitern könne. Aus dem vom Vater des Klägers geschilderten Sachverhalt und der mitgeteilten Aufnahme in der ausländischen Klinik sei für die Beklagte der zustimmungspflichtige Sachverhalt ohne weiteres hervorgegangen, so dass sie unverzüglich hätte tätig werden müssen. Anderenfalls sei den Versicherten die Kostenübernahme für die Auslandsheilbehandlung über [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) oder über die Grundsätze, die die Rechtsprechung zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch entwickelt habe, zu gewähren.

Auch die weiteren stationären Klinikbehandlungen in B. zwischen dem 09.04.2007 und dem 12.06.2007 und nochmals vom 06.07. bis 07.07.2007 seien jeweils die für den Kläger zur Verfügung stehende, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlungsmöglichkeit für seine Erkrankung gewesen. Weiter entfernte Behandlungsmöglichkeiten wie in H. (oder in noch entfernteren Universitätskliniken Deutschlands) seien wegen des dort nicht sicherzustellenden familiären Umfeldes, das der Kläger regelmäßig benötigt habe, ausgeschlossen. Eine Behandlung in F. sei dem Kläger angesichts der vorausgegangenen Ereignisse vom 08.01.2007 und bei den beiden notfallmäßigen Aufnahmen vom 01.03. und 02.03.2007 in F. nicht zumutbar gewesen. Schon am 08.01.2007 habe der Kläger den ganzen Tag auf einen Arzt warten müssen, der dann erst abends, und offenbar schon nach etlichen Überstunden, erschienen sei, und eine hinreichende Aufklärung des Klägers über die beabsichtigte Operation am Folgetag lautstark verweigert habe. Dass

der Kläger angesichts dieser Umstände die Universitätsklinik F. verlassen habe, sei offenbar auch mit Anlass für die Beklagte gewesen, seinerzeit die Kosten der Behandlung in B. zu übernehmen. Entscheidend seien aber dann die Ereignisse am 02.03.2007, als der Kläger bei seiner zweiten notfallmäßigen Aufnahme innerhalb eines Tages stundenlang in einem überfüllten Notaufnahmerraum hinter einem Vorhang, der als Ersatz für ein nicht vorhandenes Isolierzimmer habe dienen müssen, auf einen Arzt habe warten müssen, der erst zwischen 02.00 Uhr und 03.00 Uhr in der Frühe erschienen sei und dann die längst als notwendig erkannte Drainage gelegt habe. Soweit der Vater des Klägers als Zeuge ausgesagt habe, der Arzt habe erklärt, eigentlich dürfe er in dem Raum gar nicht operieren, aber er mache das eben doch, so sei diese Aussage angesichts der Umstände, die in der Notaufnahme geherrscht hätten, absolut glaubhaft und wahrheitsgemäß. Der Kläger sei wegen seines ansteckenden Keims in einen nur mit einem Vorhang abgetrennten Abstellraum hinter der überfüllten Notaufnahme gelegt worden. Weiter vorn in der Notaufnahme hätten Leute teilweise auf am Boden abgestellten Tragen o.Ä., auch Betrunkene und Drogenabhängige gelegen. Obwohl schon aufgrund eines schlechten Röntgenbefundes vom späten Abend festgestanden habe, dass die Bülow-Drainage dringend gelegt werden müssen, sei erst zwischen 02.00 Uhr und 03.00 Uhr in der Frühe ein Arzt erschienen, da zuvor kein anderer Arzt zur Verfügung gestanden habe. Angesichts dieser Behandlungsumstände habe dem Kläger nicht zugemutet werden können, sich im April, Mai oder Juni 2007 abermals in die Behandlung der Universitätsklinik F. im B. zu begeben. Dementsprechend habe die Beklagte auch die Kosten der erforderlichen Behandlungen in den Monaten April bis Juli 2007 in B. nach [§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) zumindest teilweise zu übernehmen. Angesichts der wiederholt bei den Vorsprachen des Vaters des Klägers abgegebenen Erklärungen seitens der Beklagten, es komme zumindest eine Erstattung nach deutschen Sätzen in Frage, bedeute teilweise Kostenübernahme in diesem Zusammenhang eine Kostenerstattung in Höhe der Behandlungskosten, die bei einer Behandlung in einer deutschen Klinik angefallen wären. Wieso die Beklagte hier weniger an Kosten erstatten solle, als sie bei einer Behandlung des Klägers in Deutschland auch hätte bezahlen müssen, sei für das Gericht nicht ersichtlich. Andererseits sei der Ermessensspielraum der Beklagten im Bezug auf die Behandlungen ab April 2007 nicht derart geschrumpft, als dass nur eine vollständige Kostenübernahme in Frage komme. Über diese Frage habe die Beklagte vielmehr unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts noch zu entscheiden. [§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) erlaube auch eine volle Kostenerstattung oder zumindest eine Erstattung in weiterem Umfang als in Höhe in Deutschland entstandener Behandlungskosten. Bei der Ermessensausübung dürfe die Beklagte auf der einen Seite berücksichtigen, dass sie den Vater des Klägers mit Schreiben vom 27.03.2007 darauf hingewiesen habe, Krankenhausleistungen im Ausland könnten nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden (insoweit Hinweis auf [§ 13 Abs. 5 SGB V](#)). Zwar verlange [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) im Gegensatz zu [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) eine vorherige Zustimmung der Krankenkasse zur Auslandsheilbehandlung gerade nicht, dennoch liege es selbstverständlich im wohlverstandenen Interesse jedes Versicherten, eine beabsichtigte Auslandsheilbehandlung der Kasse vorher anzuzeigen, die im Übrigen den MDK einzuschalten habe, um die Notwendigkeit der Auslandsheilbehandlung im Sinne des [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) prüfen zu lassen. Eine derartige Prüfung werde erschwert, wenn der Versicherte die Absicht, sich im Ausland behandeln zu lassen, nicht vorher anzeige. Insofern stelle die vorherige Anzeige auch im Zusammenhang mit [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) zumindest eine im Interesse des Versicherten selbst liegende Obliegenheit dar. Auf der anderen Seite werde die Beklagte zu berücksichtigen haben, dass sich aus ihrem ablehnenden Bescheid vom 15.05.2007 die Notwendigkeit, eine vorherige Zustimmung der Krankenkasse zur Auslandsbehandlung einzuholen, mit keinem Wort erkennen lasse. Schließlich werde die Schwere der Erkrankung des Klägers und die Tatsache zu berücksichtigen sein, dass durch mehrfache stationäre Behandlung in B. ein durchgehender Krankenhausaufenthalt des Klägers bis zu seiner Lungentransplantation im Jahre 2008 letztlich abgewendet werden können und der Kläger ab dem 2. Halbjahr 2007 praktisch ständig zu Hause habe behandelt werden können.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 17.12.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18.01.2010, einem Montag, Berufung eingelegt.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 22.12.2009 zugestellte Urteil am 20.01.2010 Berufung eingelegt. Sie vertritt die Auffassung, das Sozialgericht Freiburg habe den Kostenerstattungsanspruch zu Unrecht auf [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) gestützt. Die Absätze 4 S. 1 und Abs. 5 S. 1 des [§ 13 SGB V](#) hätten mit Wirkung vom 01.01.2007 durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz vom 22.12.2006 eine neue Fassung erhalten. Nunmehr begründeten die Absätze 4 bis 6 erstmals einen allgemeinen Anspruch auf Kostenerstattung für Leistungen in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung komme. Dies sei in der Sch. wegen des Abkommens der EG und der Sch. Eidgenossenschaft über Freizügigkeit der Fall. Seitdem regele [§ 18 SGB V](#) nur noch die Kostenübernahme für Leistungen, die nicht in dem vom [§ 13 Abs. 4-6 SGB V](#) erfassten Bereich erfolgt sei. Soweit das Sozialgericht Freiburg einen Kostenerstattungsanspruch hilfsweise aus [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) herleite, könne dieser Auffassung ebenfalls nicht gefolgt werden. [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) schließe bereits nach dem Wortlaut eine Kostenerstattung für eine in der Sch. absolvierte Notfallbehandlung im Krankenhaus aus. Nach [§ 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) dürften Krankenhausleistungen nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift müsse zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Ein Erstattungsanspruch scheidet aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt habe, ohne zuvor die Krankenkasse einzuschalten. Zwar sei die erkennende Kammer nach Anhörung der Eltern als Zeugen zu dem Ergebnis gekommen, dass, trotz fehlender Aktennotiz der Beklagten über ein solches Gespräch, der Vater am 02.03.2007 bei der Beklagten angerufen habe. Jedoch habe der Vater des Klägers selbst bezeugt, dass er die Beklagte lediglich am 02.03.2007 über die bereits erfolgte Aufnahme seines Sohnes im B. Spital informiert habe. Auch das Gericht gehe daher davon aus, dass eine Entscheidung der Beklagten hier nicht getroffen worden sei. Die Beklagte habe den Antrag erst mit Bescheid vom 15.05.2007 abgelehnt. Selbst wenn man unterstellen wollte, dass sich der Vater des Klägers telefonisch am 02.03.2007 gemeldet habe und der Ansicht des Gerichts sogar dahingehend folgen würde, dass die Nichtentscheidung der Beklagten einer Situation nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gleichzustellen sei, fehle es bereits an dem erforderlichen Ursachenzusammenhang, da mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung in B. das weitere Vorgehen bereits endgültig festgelegt worden sei ([BSGE 79, 125, 128](#)). Nach diesen rechtlichen Maßstäben stelle sich die Krankenhausbehandlung vom 02.03.2007 bis 30.03.2007 als einheitlicher Behandlungsvorgang dar. Die Aufnahme sei zur operativen Sanierung des Pneumothorax erfolgt. Ein Versicherter, der sich, ohne die Krankenkasse zu kontaktieren, in einer solchen Situation aus einer Klinik heraus in eine andere Klinik begeben, sei daher regelmäßig entschlossen, die Behandlung unabhängig von der Entscheidung der Kasse dort zu Ende zu führen. Für die Entstehung dieser Kosten könne eine Entscheidung der Kasse nicht kausal werden. Ein vom Sozialgericht Freiburg im Weiteren herangezogener Anspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 1 SGB V](#) sei neben [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) bei einer - wie hier - gezielten Inanspruchnahme der Behandlung im Ausland gar nicht anwendbar. Ein solcher Anspruch liege aber auch nicht vor. Eine Leistung sei unaufschiebbar im Sinne dieser Regelung, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich gewesen sei, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestanden habe. Hierbei komme es allein auf medizinische Gründe an (Wagner in: Krauskopf, SGB V, § 13 Rn. 25; Noftz in: Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rn. 49). Weiter werde vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die medizinisch unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen könne. Unvermögen in diesem Sinne liege nur

vor, wenn die Dienst- oder Sachleistungspflicht mit den im SGB V vorgesehenen Mitteln in der gesetzlich vorgeschriebenen Qualität sowie Art und Weise nicht erfüllt werden könne und der Versicherte deswegen gezwungen sei, seinen Bedarf selbst zu decken. Eine Behandlung der MSRA-Besiedlung im Rahmen einer Versorgung mit einem Isolierbett sei eine Behandlung, die rechtzeitig in einem Vertragskrankenhaus in Deutschland - beispielsweise in dem von der Uniklinik F. 180 km entfernten H. Krankenhaus - hätte erbracht werden können. Eine Versorgungslücke sei nicht nachvollziehbar und auch nicht bewiesen. Das Sozialgericht habe zu dieser Fragestellung kein Sachverständigengutachten eingeholt, obwohl der MDK in seiner Stellungnahme vom 11.04.2007 gerade hierzu festgestellt habe, dass eine adäquate Behandlung in der konkreten Situation am 02.03.2007 in einer Klinik im Inland hätte erfolgen können. Die Beklagte habe im Rahmen des Widerspruchsverfahrens die F. Klinik hinsichtlich der Frage, ob ein Isolierbett dem Kläger dort oder in einem anderen Krankenhaus in Deutschland zur Verfügung gestanden habe, wiederholt, aber jeweils ergebnislos angeschrieben. Eine entsprechende gerichtliche Ermittlung müsse nach Auffassung der Beklagten wegen des Amtsermittlungsgrundsatzes noch erfolgen. Auch hinsichtlich der Kosten der weiteren Krankenhausaufenthalte in B. komme ein Kostenerstattungsanspruch aus § 18 Abs. 1 S.1 SGB wegen mangelnder Anwendbarkeit neben dem spezielleren § 13 Abs. 5 SGB V nicht in Betracht. Auch hier fehle jeweils eine vorherige Zustimmung der Beklagten, der Vater habe lediglich aus den Aufhalten heraus die Aufnahme des Klägers jeweils der Beklagten gegenüber telefonisch mitgeteilt. Ein Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung der Leistung und der entstandenen Kostenlast scheide aus. Es sei davon auszugehen, dass eine geeignete Versorgung des Klägers durchaus in einem deutschen Krankenhaus bei den weiteren stationären Krankenhausbehandlungen hätte erfolgen können. Ein dies bestätigendes gerichtliches Sachverständigengutachten sei wiederum nicht eingeholt worden. Das vom erkennenden Gericht angeführte Erfordernis der familiären Betreuung, die ausschließlich in F. beziehungsweise in B. sichergestellt sei, vermöge nicht zu überzeugen. Neutrale medizinische Feststellungen zum Grad der psychischen Betreuungsbedürftigkeit bei dem Kläger würden nicht vorliegen und seien keinesfalls offensichtlich. Ohnehin könne eine solche familiäre Betreuungsmöglichkeit ebenso wenig wie eine subjektive Verweigerung aufgrund empfundener negativer Erfahrungen in dem F. Krankenhaus einen der Krankenkasse gegenüber entstehenden Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung wegen Mukoviszidose in der Sch. rechtfertigen. Denn eine Systemstörung liege aufgrund solcher rein subjektiver Gründe nicht vor.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.11.2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 19.11.2009 abzuändern und die Beklagte auch zur Erstattung der Kosten der stationären Krankenhausbehandlungen im Universitätsspital B. vom 09.04.2007 bis 13.04.2007, 14.04.2007 bis 05.05.2007, 16.05.2007 bis 12.06.2007 und 06.07.2007 bis 07.07.2007 in vollem Umfang zu verurteilen

Der Kläger beziffert die Kosten der streitgegenständlichen Krankenhausaufenthalte wie folgt:

Aufenthalt vom 02.03. bis 30.03.2007 36.940,69 EUR Aufenthalt vom 09.04. bis 13.04.2007 6.034,40 EUR Aufenthalt vom 14.04. bis 05.05.2007 17.270,20 EUR Aufenthalt vom 16.05. bis 12.06.2007 20.541,48 EUR Aufenthalt vom 06.07. bis 07.07.2007 3.915,35 EUR  
Gesamt: 84.702,12 EUR

Ein weiterer Krankenhausaufenthalt in B. vom 29.12.2007 bis 02.01.2008 sei nicht mehr in das Widerspruchsverfahren einbezogen worden. Angefallen seien hierfür Kosten in Höhe von C 10.800,65 (6.588,39 EUR). Der Kläger habe auch die Erstattung dieser Kosten beantragt. Das Widerspruchsverfahren ruhe bis zum Abschluss des vorliegenden Verfahrens. Mit Ausnahme dieses weiteren Krankenhausaufenthaltes habe der Kläger bis zur Lungentransplantation im Sommer 2008 praktisch ständig zu Hause behandelt werden können. Der Chefarzt des Universitätsspitals B., Prof. T., habe dies ausdrücklich auf die Betreuung durch sein erfahrenes Ärzteteam zurückgeführt.

Im Übrigen wiederholt der Kläger seinen Vortrag aus dem Klageverfahren und macht ergänzend geltend, § 18 SGB V gelte für Länder außerhalb des Geltungsbereichs des EG-Vertrages und des EWR. Zu diesen Ländern zähle auch die Sch ... § 18 Abs. 1 SGB V sei somit nach seinem klaren Wortlaut auch auf Krankenhausbehandlungen in der Sch. anwendbar. Das Ermessen der Beklagten bezüglich der Übernahme der vollständigen Behandlungskosten sei angesichts der allein in B. möglichen Behandlung auf Null reduziert. Dies gelte allerdings nicht nur für die erste Behandlung im März 2007. Aufgrund der Unzumutbarkeit einer Behandlung in F. und der Erforderlichkeit einer ortsnahen Behandlung wegen der psychischen Belastung des Klägers sei das Ermessen auch bezüglich der Kostenerstattung für die übrigen Behandlungen auf Null reduziert. Die Beklagte sei deshalb verpflichtet, die Kosten auch dieser Behandlungen in voller Höhe zu erstatten. Der Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung ergebe sich auch aus § 13 Abs. 4 und Abs. 5 SGB V. Nach § 13 Abs. 4 SGB V hätten Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung, wenn sie Leistungserbringer in Ländern in Anspruch nehmen, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung komme. Dies seien neben den Mitgliedstaaten der europäischen Gemeinschaft auch die Vertragsstaaten des EWR und die Sch ... In der Sch. komme die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 aufgrund des bilateralen Abkommens zwischen der Sch. Eidgenossenschaft und der europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten über die Freizügigkeit (in Kraft getreten am 01.06.2002) zur Anwendung. § 13 Abs. 4 SGB V sehe in Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH zur Dienstleistungsfreiheit bei der Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen neben möglichen Sachleistungsansprüchen aus Art. 22 der VO (EWG) 1408/71 ausdrücklich auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungserbringern im europäischen Ausland im Wege der Kostenerstattung vor. Diese Möglichkeit sei bis 2006 auf Leistungserbringer in Staaten der europäischen Gemeinschaft und des europäischen Wirtschaftsraums beschränkt gewesen. Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 (BGBl I S. 3439) sei der Anwendungsbereich mit Wirkung vom 01.01.2007 auf die Sch. ausgedehnt worden.

Die Beklagte nahm nochmals mit Schriftsatz vom 26.03.2010 Stellung und machte geltend, die vom Kläger in Anspruch genommenen Behandlungen gehörten nicht zu den Leistungen, die die gesetzliche Krankenkasse ihren Versicherten zu erbringen habe, da eine für den Kläger ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung seiner Erkrankung rechtzeitig bei einem zugelassenen Leistungserbringer im Inland hätte erlangt werden können. Es habe sich nicht um Leistungen aufgrund eines akuten Ereignisses während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Sch. gehandelt, sondern vielmehr um mehrere gezielte Inanspruchnahmen der stationären Klinikleistungen in der Sch. nach Eintritt des zu behandelnden Zustandes im Inland, hier einer zwar schwerwiegenden, aber chronischen Erkrankung. Eine Mukoviszidose-Erkrankung sei im Inland behandelbar. Somit habe der Leistungsanspruch gemäß 16 SGB V

geruht. Ebenso wenig ergebe sich ein Anspruch des Klägers unter dem Gesichtspunkt des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Es sei bereits zweifelhaft, ob ein Herstellungsanspruch neben gesetzlich geregelten Ansprüchen überhaupt in Betracht kommen könne. Das BSG habe zu [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) entschieden, dass daneben ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch keine Anwendung finde, und ausgeführt, dass auf diesen nur zurückgegriffen werden könne, wenn spezielle gesetzliche Regelungen nicht zur Verfügung stünden (BSG Urteil vom 02.11.2007- Az: [B 1 KR 14/07 R](#), Rn.19). Solche speziellen gesetzlichen Regelungen lägen mit [§ 13 Abs. 4](#) und 5 SGB V hier aber vor. Zudem fehle es an der Verletzung einer Auskunfts- oder Beratungspflicht. Die Beklagte habe den Vater des Klägers bereits am 09.01.2007 fernmündlich ausführlich über die Problematik bei Behandlungen in der Sch. informiert und auf die Notwendigkeit der Kostenklärung vor Beginn der Behandlung hingewiesen. Trotz der umfassenden Aufklärung des Vaters des Klägers durch die zuständigen Sachbearbeiter der Beklagten, habe sich der Kläger vor Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlungen nicht an die Beklagte gewandt, um deren Zustimmung einzuholen. Unabhängig davon, was bei der Vorsprache des Vaters des Klägers mit den einzelnen zuständigen Sachbearbeitern der Beklagten besprochen worden sei, könne eine anspruchsbegründende Zusicherung darin nicht gesehen werden, denn diese bedürfe zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Form, an der es hier fehle. Die Versagung der Zustimmung sei im Übrigen nach [§ 13 Absatz 5 Satz 2 SGB V](#) streng rechtsgebunden, lediglich die Erteilung der Zustimmung stehe demgegenüber formal im Ermessen der Krankenkasse. Die Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen (E 112) sei konkret für die stationäre Behandlung aufgrund der Aufnahme in B. ab dem 09.01.2007 erfolgt. Eine Erstreckung auf die damals nicht thematisierten und danach noch wegen sich ereignender Gesundheitszustände angetretenen stationären Aufenthalte im März, April, Mai, Juni und Juli 2007 in der Sch. könne darin keinesfalls gesehen werden. Zudem sei der Ausnahmeharakter dieser einmaligen Bewilligung im beigefügten Schreiben vom 10.01.2007 klargestellt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakten des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen der Beklagten und des Klägers sind gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und zulässig.

Die Berufung der Beklagten ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat die Erstattung der Behandlungskosten für die streitgegenständlichen stationären Krankenhausaufenthalte des Klägers im Universitätsspital B. zu Unrecht versagt. Der Kläger hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Übernahme der vollen Kosten. Das Ermessen der Beklagten hinsichtlich der Höhe der zu erstattenden Kosten ist auf Null reduziert. Aus diesem Grund ist die Berufung des Klägers begründet.

I.

Der Anspruch des Klägers auf Erstattung der Kosten der stationären Heilbehandlungen beruht auf [§§ 27 Abs. 1, 13 Abs. 4 und Abs. 5](#) Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - SGB V -. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts und des Kläger-Vertreters wird die Regelung des [§ 18 SGB V](#) von der spezielleren Regelung in [§ 13 Abs. 4](#) und 5 SGB V verdrängt und kommt im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst insbesondere auch die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)). Nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ruht der Anspruch, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch (SGB V) nichts anderes bestimmt ist.

Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V vorsieht. Nach [§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2007 geltenden Fassung (eingeführt durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze - Vertragsarztrechtsänderungsgesetz -VÄndG - vom 22.01.2006, [BGBl I S. 3439](#)) sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung 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 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 höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. 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 die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen. Nach [§ 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2007 geltenden Fassung können abweichend von Absatz 4 in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 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.

Seit der Einführung der Absätze 4 bis 6 durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum 01.01.2004 regelt [§ 18 SGB V](#), der zuvor die maßgebliche inländische Vorschrift für Leistungen bei Behandlungen im Ausland war, nur noch die Kostenübernahme für Leistungen, die nicht in dem von Abs. 4 bis 6 erfassten Bereich - also außerhalb des EU- und EWR-Auslands - erbracht werden (KK-Brandts, [§ 13 SGB V](#) RdNr. 112 und KK-

Peters, § 18 SGB V RdNr. 3). In der Sch. wird die EWGV Nr. 1408/71 angewendet aufgrund des Abkommens zwischen der EG und der Sch. Eidgenossenschaft über Freizügigkeit (BGBl II v. 07.09.2001, S. 810).

Diese Regelung des vorherigen Zustimmungsvorbehalts vor der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen im Ausland (§ 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V) knüpft im Kern 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](#)). Die vorherige Zustimmung dient dem Ziel, eine qualitativ hochwertige, ausgewogene sowie allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung aufrechtzuerhalten, soweit es zur Erreichung eines hohen Niveaus des Gesundheitsschutzes beiträgt (BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 22/08 R](#) - in Juris).

Das Bundessozialgericht (Urteil vom 30.06.2009, [a.a.O.](#)) wendet die Voraussetzung der Erteilung einer vorherigen Zustimmung in teleologischer Auslegung beschränkt auf den Regelfall an, in dem sich ein Versicherter zur Krankenhausbehandlung ins Ausland begibt. Die Regelung soll der EuGH-Rechtsprechung zur Warenverkehrs- und passiven Dienstleistungsfreiheit Rechnung tragen. Erkrankt jedoch ein Versicherter unvorhergesehen im Ausland innerhalb des in [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) umschriebenen Gebiets in einer Weise, dass er gehindert ist, vor der Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung die hierfür grundsätzlich erforderliche Zustimmung seiner Krankenkasse einzuholen, darf ihm das Fehlen der förmlichen vorherigen Zustimmung jedenfalls bis zu dem Zeitpunkt nicht entgegengehalten werden, bis zu welchem die Krankenkasse nach Beseitigung des Hindernisses die Zustimmung hätte erteilen können, wenn sie in der Sache bei rechtzeitiger Information die Zustimmung hätte erteilen müssen. Soweit der EuGH es gemäß [Art. 46 EG](#) für gerechtfertigt hält, die Kostenübernahme für eine Krankenhaus-Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat von einer vorherigen Genehmigung abhängig zu machen, muss es gewährleistet sein, dass solche Einschränkungen nicht über dasjenige hinausgehen, was zu ihrem Zweck objektiv notwendig ist, und dass das gleiche Ergebnis nicht durch weniger einschneidende Regelungen erreicht werden kann ([EuGHE I 2003, 4509](#) RdNr 68 mwN = [SozR 4-6030 Art 59 Nr 1 RdNr 93 - Müller-Fauré/van Riet](#)). Es wäre aber unverhältnismäßig und daher EG-rechtswidrig, die nachträglich zu erteilende Genehmigung einer Krankenkasse nicht ausreichen zu lassen, wenn der Berechtigte aus Krankheitsgründen gehindert war, eine vorherige Zustimmung seiner Krankenkasse zur Krankenhausbehandlung einzuholen und diese Genehmigung an sich der Sache nach zu erteilen gewesen wäre. Das entspricht auch dem allgemeinen Grundgedanken des deutschen Rechts der GKV, handlungs- oder geschäftsunfähige Versicherte vor Rechtsnachteilen zu schützen, wenn sie nicht in der Lage sind, zur Wahrung ihrer Rechte gebotene günstige Gestaltungsmöglichkeiten wahrzunehmen (BSG, a.a.O.).

II.

Nach diesen rechtlichen Vorgaben hat der Kläger einen Anspruch nach [§ 13 Abs. 5](#) i.V.m. Abs. 4 SGB V auf Erstattung der streitgegenständlichen Kosten für die stationären Heilbehandlungen am Universitätsspital B ...

Die Erteilung einer vorherigen Zustimmung ist nach den Feststellungen des Senats für alle Behandlungsabschnitte entbehrlich gewesen (1.). Die Beklagte hätte die Zustimmung auch nicht versagen können ([§ 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)); denn der Kläger hätte eine gleiche oder ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung seiner Krankheit nicht rechtzeitig bei einem zugelassenen Leistungserbringer im Inland erlangen können (2.). Das Ermessen der Beklagten hinsichtlich des Umfangs der Kostenerstattung war für alle Behandlungsabschnitte auf Null reduziert (3.).

1.) Die streitgegenständlichen stationären Behandlungen des Klägers im Universitätsspital B. erfolgten nach den Feststellungen des Senats jeweils notfallmäßig bei akuter lebensbedrohlicher Verschlechterung seiner bestehenden chronischen Grunderkrankung Mukoviszidose mit MSRA-Besiedlung.

a. Für die Behandlung im Zeitraum vom 02.03. bis 30.03.2007 folgt dies aus den Berichten des Universitätsklinikums F. vom 01.03.2007 und vom 02.03.2007. Daraus ergibt sich, dass der Kläger zunächst am 01.03.2007 notfallmäßig wegen Verdacht auf Pneumonie bei akuter Dyspnoe mit Beklemmungen und Thoraxdruck in der Uniklinik F. eingeliefert und notfallmäßig behandelt worden war. Der Kläger war am Morgen des 01.03. 2007 zwar zunächst stabilisiert entlassen worden, musste am Abend desselben Tages wegen erneuter akuter Dyspnoe wiederum notfallmäßig behandelt werden. Nachdem ihm in der Uniklinik F. wegen des nunmehr diagnostizierten Pneumothoraxrezidivs eine Thoraxdrainage gelegt worden war, erfolgte die Verlegung nach B. zur stationären Weiterbehandlung auf der dortigen Infektionsstation. Entgegen der Auffassung der Beklagten erfolgte die stationäre Behandlung im März 2007 in B. daher nicht zu einer geplanten operativen Sanierung des Pneumothorax, sondern zur Fortsetzung der notfallmäßigen Behandlung der akut exazerbierten Erkrankung mit Fieber und chronischer MSRA-Besiedlung. Für den Senat bestehen auch keine durchgreifenden Bedenken gegen die Richtigkeit des Vortrags des Klägers, dass eine Weiterbehandlung an der Universitätsklinik in F. nicht möglich war, weil das notwendige Bett auf der Isolierstation nicht zur Verfügung stand. Eine abschließende Aufklärung dieser Frage, um die sich die Beklagte zwar durch wiederholte Nachfrage bei der Uniklinik F. bemüht hatte, ist daran gescheitert, dass eine Antwort von dort nicht erfolgt ist. Der Senat geht jedoch auf der Grundlage der Angaben der Eltern des Klägers in der Verhandlung vor dem Sozialgericht davon aus, dass ein Isolierbett zum damaligen Zeitpunkt nicht zur Verfügung stand. Zwar wird in dem Bericht der Universitätsklinik F. vom 02.03.2007 angegeben, dass der Kläger und seine Eltern die Verlegung nach B. gewünscht hätten, der Senat hält aber die Angaben der Eltern des Klägers für nachvollziehbar, dass sich die Frage der Verlegung überhaupt erst gestellt hatte, weil in F. ein Isolierbett nicht zur Verfügung stand. Hätten der Kläger und seine Eltern von vorneherein eine Behandlung in B. gewünscht, hätte es nahegelegen, die dortige Klinik direkt zur notfallmäßigen Behandlung aufzusuchen, da die Verlegung mit liegender Thoraxdrainage in jedem Fall ein Infektionsrisiko darstellte, auch wenn eine solche Verlegung nach der im Bericht vom 02.03.2007 wiedergegebene Einschätzung des Thoraxchirurgen der Uniklinik F. gut möglich war. Dass der Kläger ein solches Risiko auch dann eingegangen wäre, wenn in F. ein Isolierbett zur Verfügung gestanden hätte, ist schon deshalb nicht naheliegend, weil sich der Kläger ungeachtet des Vorfalls im Januar 2007 an der Uniklinik F., der zum ersten stationären Aufenthalt in B. geführt hatte, zunächst nochmals nach F. zur Behandlung begeben hatte. Der Vortrag des Klägers, in F. habe ein geeignetes Bett nicht zur Verfügung gestanden, wird auch bestätigt durch den Bericht von Prof. Dr. T. vom 09.10.2007, der ausdrücklich bestätigt hat, dass der Kläger nach der notfallmäßigen Thoraxdrainage in F. hätte isoliert werden müssen, wofür aber dort keine geeigneten Betten zur Verfügung gestanden hätten. Schließlich ist dem Bericht der Uniklinik F. vom 02.03.2007 zu entnehmen, dass die Aufnahme des Klägers in B. zwischen den beiden Kliniken telefonisch abgesprochen worden war. Eine eigenmächtige Inanspruchnahme der Behandlung in B., welche die Beklagte in der Verlegung des Klägers am 02.03.2007 sieht, vermag der Senat daher nicht zu erkennen. Eine vorherige Zustimmung der Beklagten konnte

der Kläger im Rahmen dieser notfallmäßigen Behandlung vor der Verlegung nach B. nicht einholen.

b. Auch die stationären Aufenthalte vom 09.04. bis zum 13.04.2007 und vom 14.04. bis zum 05.05.2007 erfolgten notfallmäßig aufgrund erneut aufgetretener Dyspnoen und eines verschlechterten Zustands des Klägers bei rezidivierenden Exazerbationen mit Fieberanstieg. Dies stellt der Senat aufgrund des Berichts des Universitätsspitals B. vom 09.05.2007 und des Berichts von Prof. Dr. T. vom 09.10.2007 fest. Danach wurde der Kläger wegen auch in B. bestehender Bettenknappheit zwar am 30.03.2007 nach Hause entlassen, bereits am 09.04.2007 aber wiederum wegen zunehmender Dyspnoe und mit Verdacht auf Pneumothoraxrezidiv erneut in B. stationär aufgenommen. Die am 13.04.2007 erfolgte Entlassung erwies sich als verfrüht, der Kläger musste nach erneuter Verschlechterung über Nacht bereits am Folgetag, dem 14.04.2007, erneut stationär aufgenommen werden. Auch hier handelte es sich um notfallmäßige Aufnahmen vor dem Hintergrund der chronischen Mukoviszidose-Erkrankung des Klägers, die im Frühjahr 2007 durch die rezidivierenden Exazerbationen und rezidivierenden Pneumothoraces ein lebensbedrohliches Ausmaß erreicht hatte, so dass seit Ende März 2007 die Lungentransplantation diskutiert worden war. Die Einholung einer vorherigen Zustimmung durch die Beklagte war aufgrund der notfallmäßigen Aufnahmen des Klägers unmöglich.

c. Entsprechendes gilt auch für die stationäre Behandlung des Klägers in B. in der Zeit vom 16.05. bis zum 12.06.2007. Die erneute Wiederaufnahme in B. erfolgte ausweislich des Berichts des Universitätsspitals B. vom 11.06.2007 wegen erneuter Exazerbation mit Husten und Dyspnoe, nachdem der Kläger in der Zwischenzeit aus dem letzten stationären Aufenthalt in B. heraus in die Medizinische Hochschule H. zur Abklärung einer Lungentransplantation verlegt worden war. Nach der Entlassung aus der MHH am 15.05.2007 war er zunächst nach Hause zurückgekehrt, aufgrund der fortbestehenden Infektion bei chronischer respiratorischer Globalinsuffizienz aber weiterhin akut behandlungsbedürftig. Letztlich erweist sich der stationäre Aufenthalt in B. ab dem 16.05.2007 als Fortsetzung des am 09.04.2007 begonnenen Krankenhausaufenthaltes, der lediglich durch die Verlegung nach H. unterbrochen worden war. Aufgrund der fortbestehenden akuten Behandlungsbedürftigkeit war die Einholung einer Zustimmung der Beklagten auch insoweit entbehrlich.

d. Die stationäre Behandlung vom 06.07. bis zum 07.07.2008 erfolgte nach den Feststellungen des Senats ebenfalls notfallmäßig, da sich bei dem zunächst ambulant veranlassten Wechsel des Ports zur Antibiotikagabe, der dem Kläger beim vorangegangenen Krankenhausaufenthalt gelegt worden war, sein Zustand unvorhergesehen verschlechtert hatte und er wegen persistierender Dyspnoe auf die Intensivstation verlegt werden musste. Dass die Einholung einer vorherigen Zustimmung der Beklagten hierfür nicht zumutbar war, liegt auf der Hand.

2.) Die Zustimmung hätte von der Beklagten auch nicht versagt werden dürfen, da eine gleiche oder ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung seiner Krankheit nicht rechtzeitig bei einem zugelassenen Leistungserbringer im Inland hätte erlangt werden können ([§ 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17.02.2010 - [B 1 KR 14/09 R](#) - in Juris) kann eine Auslandsbehandlung zwar nicht allein unter Hinweis auf den Patientenwunsch oder die Inanspruchnahme der europarechtlichen passiven Dienstleistungsfreiheit beansprucht werden. Aus [§ 18 SGB V](#) hat das BSG vielmehr hergeleitet, dass dafür ein qualitatives oder quantitatives Versorgungsdefizit im Inland zu fordern ist (vgl. [BSGE 92, 164 = SozR 4-2500 § 18 Nr. 2](#), jeweils RdNr. 9 ff; vgl. auch zur ähnlichen Rechtsprechung des EuGH: [EuGHE I 2006, 4325](#) - Watts). Ein solches Defizit besteht nicht schon dann, wenn das Leistungsangebot im Ausland wegen einer besonders modernen technischen Ausstattung eines Krankenhauses oder wegen des auch international herausragenden fachlichen Rufs des dortigen Arztes eine überdurchschnittliche Qualität aufweist. Denn eine solche Spitzenmedizin bildet nicht den Maßstab für die Leistungen der GKV. Die Krankenkassen schulden den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik; sie haben die Leistungen zu gewähren, die zur Heilung und Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind ([§ 2 Abs. 1 Satz 3, § 12 Abs. 1, § 27 Abs. 1, § 70 Abs. 1 SGB V](#)). Auf eine optimale, über den beschriebenen gesetzlichen Standard hinausgehende Versorgung besteht dagegen kein Anspruch ([BSGE 84, 90, 93 f = SozR 3-2500 § 18 Nr. 4 S 15 f; BSG SozR 5520 § 29 Nr 3 S 8 f](#)). Spezielle Kenntnisse oder Fähigkeiten eines ausländischen Arztes oder überlegene technische oder personelle Kapazitäten eines Krankenhauses können erst dann eine Inanspruchnahme zu Lasten der GKV rechtfertigen, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Teil einer zweckmäßigen medizinischen Behandlung der betreffenden Krankheit ist, im Inland aber nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung steht (vgl. für die insoweit vergleichbare Beurteilung bei [§ 18 SGB V BSG SozR 4-2500 § 18 Nr. 5](#) RdNr. 38 mwN). Kann eine Krankheit zwar generell im Inland behandelt werden, verspricht dies aber wegen des bestehenden spezifischen Krankheitsbildes keinen Erfolg, kommt eine Auslandsbehandlung in Betracht (KK-Peters, [§ 18 SGB V](#) RdNr. 4 mit Hinweis auf [BSG SozR 3-2500 § 18 Nr. 1](#)).

Gemessen an diesen Vorgaben ist der Senat nach Würdigung der für den gesamten Zeitraum der streitgegenständlichen Krankenhausaufenthalte von März bis Juli 2007 vorliegenden ärztlichen Befund- und Behandlungsberichte zu der Überzeugung gelangt, dass eine Behandlung des Klägers aufgrund seines seit Januar 2007 akut erheblich verschlechterten Gesundheitszustandes und der Schwere seiner Erkrankung sowie aufgrund der konkreten Entwicklung des Behandlungsverlaufs weder an der Uniklinik F. noch in H. oder sonst im Inland als gleichwertige Alternative zu der Behandlung im Universitätsspital B. in Betracht kam. Der Senat legt dabei wiederum zugrunde, dass die stationäre Behandlung des Klägers in B. ab dem 02.03.2007 notfallmäßig in Ermangelung eines freien Bettes auf der Isolierstation erfolgte, so dass der Beginn der nachfolgenden stationären Aufenthalte des Klägers aufgrund nicht ausreichend zur Verfügung stehender Behandlungsmöglichkeiten im Inland erfolgte. Sofern die Beklagte den Kläger auf die in H. zur Verfügung stehende Isolierstation verwiesen hat, ist dem entgegenzuhalten, dass in der konkreten Notfallsituation am 02.03.2007 eine Verlegung des Klägers mit gelegter Thoraxdrainage in die 180 km entfernte Universitätsklinik H. angesichts des Gesamtgesundheitszustandes des Klägers keine zumutbare Alternative darstellte und damit nicht zur Diskussion stand. Der Senat folgt insoweit der Beurteilung von Prof. Dr. T. in dessen zusammenfassenden Bericht vom 09.10.2007, der hinsichtlich des stationären Aufenthaltes vom 02.03. bis zum 30.03.2007 das lebensbedrohliche Ausmaß der Krankheitszustands des Klägers geschildert hat. Der Kläger habe bei stark limitierter Lungenfunktion nur knapp überlebt, indem er während längerer Zeit eine globalrespiratorische Insuffizienz aufgewiesen habe. Die zu dieser Zeit bestehende hochakute und äußerst gravierende Gesundheitsgefahr für den Kläger wird auch daran erkennbar, dass ab März 2007 konkrete Überlegungen hinsichtlich einer Lungentransplantation getätigt wurden (Aktenvermerk der Beklagten vom 26.03.2007). Die Stellungnahme des MDK vom 11.04.2007, in der eine Auslandsbehandlung als medizinisch nicht angezeigt beurteilt wird, weil die notwendige operative Behandlung in der Thoraxchirurgie der Universitätsklinik F. hätte durchgeführt werden können, lässt nicht erkennen, dass der maßgebliche Umstand der Schwere der akuten Erkrankung ausreichend berücksichtigt wurde, sondern ist offenbar lediglich abstrakt von der

Operationsmöglichkeit in F. ausgegangen. In Anbetracht der Schwere der Erkrankung des Klägers sieht der Senat auch die in der Folgezeit nach dem 30.03.2007 erfolgten stationären Aufenthalte in B. vom 09.04. bis zum 12.06.2007, die lediglich am 13.04. aufgrund eines gescheiterten Versuchs, den Kläger nach Hause zu entlassen, und in der Zeit vom 05.05. bis zum 15.05.2007 wegen des Aufenthalts in der MHH zur Abklärung einer Lungentransplantation unterbrochen wurden und deshalb wie eine durchgehende Behandlung anzusehen sind, als einzig verfügbare und wirksame Behandlung des Klägers an. Gerade in Anbetracht der Schwere der Erkrankung war es nach Auffassung des Senats aus Gründen der Behandlungskontinuität geboten, die nach den Lungenoperationen von Januar und März 2007 in B. begonnene Behandlung dort auch fortzusetzen. Dies gilt umso mehr, als es sich bei der Grunderkrankung des Klägers, der Mukoviszidose, um eine schwere Krankheit mit limitierter Lebenserwartung (30-40 Jahre) handelt und der Kläger im Jahr 2007 bereits an einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium litt (Bericht der MHH vom 13.12.2007). Das Universitätsspital B. verfügte über die für den Kläger nächst erreichbare Mukoviszidose Spezialambulanz (Bericht der MHH vom 13.12.2007), auf deren Betreuung der Kläger angewiesen war und die er in der Zeit zwischen dem 30.01. und dem 02.03.2007 auch mehrmals (30.01., 09.02., 13.02., 22.02., 27.02.2007) und in der Zeit nach dem 12.06.2007 zweimal wöchentlich aufgesucht hatte (Bericht des Universitätsspitals B. vom 11.06.2007). Auch aus diesem Grund kam die stationäre Weiterbetreuung des Klägers ab dem 09.04.2007 nur in B. in Betracht, da nur so die Kontinuität der Behandlung gewährleistet werden konnte. Letztlich konnte dort durch den Einsatz eines neuen MSRA-wirksamen Antibiotikums, das dem Kläger ab Juni 2007 mittels eines Ports verabreicht wurde, seine gesundheitliche Situation soweit stabilisiert werden, dass weitere stationäre Aufenthalte mit einer Ausnahme bis zur Lungentransplantation im Juni 2008 nicht mehr erforderlich wurden. Der Kläger musste sich deshalb nicht auf die generell in Deutschland bestehenden Behandlungsmöglichkeiten verweisen lassen. Diese waren für ihn in der konkreten Situation einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht zumutbar in Anspruch zu nehmen. Der stationäre Aufenthalt vom 06.07. bis 07.07.2007 erfolgte notfallmäßig nach ambulanter Behandlung, so dass hier eine Verlegung ins Inland ohnehin nicht in Betracht kam.

Die Frage, ob dem Kläger aufgrund der Auseinandersetzung mit dem behandelnden Arzt Anfang Januar 2007 und aufgrund der hygienisch bedenklichen Umstände der Notfallbehandlung am 01./02.03.2007 eine Behandlung in der Universitätsklinik F. noch weiter zumutbar war, kann deshalb dahinstehen. Lediglich ergänzend weist der Senat noch darauf hin, dass aufgrund des weit fortgeschrittenen Krankheitsbildes der Mukoviszidose-Erkrankung hin zu einem lebensbedrohlichen Ausmaß im ersten Halbjahr 2007 auch eine psychologische Betreuung durch die behandelnde Psychotherapeutin sowie eine familiäre Betreuung unabdingbar gewesen ist und auch dies eine Fortsetzung der notfallmäßig in B. begonnenen stationären Behandlung erforderlich machte. Entgegen der Auffassung der Beklagten bedarf es dazu vor dem Hintergrund, dass sich der Kläger ab Ende März 2007 konkret mit der Frage einer Lungentransplantation auseinanderzusetzen hatte, keiner weitergehenden medizinischen Feststellungen. Im Übrigen liegen solche vor. So wurde in der MHH ausweislich des vorläufigen Entlassungsberichts vom 15.05.2007 die Diagnose einer Angststörung (F41.9) gestellt. Bereits im Bericht der Universitätsklinik F. vom 22.06.2005 war von einer behandlungsbedürftigen Angststörung berichtet und die Weiterführung einer psychologischen Betreuung im Rahmen der weiteren Entwicklung der Erkrankung als notwendig erachtet worden. Der Kläger hatte aufgrund der befürchteten negativen Krankheitsentwicklung maximale Angst vor dem Sterben geäußert. Die Möglichkeit einer Lungentransplantation bei weiterer Progredienz der Erkrankung war im Übrigen bereits zum damaligen Zeitpunkt thematisiert worden.

3.) Die Beklagte ist auch verpflichtet, die Kosten der stationären Aufenthalte des Klägers im Universitätsspital B. in voller Höhe zu tragen. Die Berufung des Klägers ist insoweit erfolgreich, als die Beklagte somit auch die Kosten der stationären Aufenthalte am Universitätsspital B. ab dem 09.04.2007 in vollem Umfang zu tragen hat. Grundsätzlich besteht ein Kostenerstattungsanspruch bei Inanspruchnahme von Auslandsbehandlung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte (§ 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Diese Regelung findet auch Anwendung auf Erstattungsansprüche für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, da § 13 Abs. 5 SGB V lediglich als Ausnahme zu § 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in EU-Staaten und Vertragsstaaten des EWR einschließlich der Sch. an das Erfordernis einer vorherigen Zustimmung knüpft. Die Norm lässt jedoch die übrigen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung unberührt (vgl. hierzu auch Hauck in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 13 SGB V RdNr. 365 ff., Stand März 2008). Damit bleibt bei Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen auch die Regelung des § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V anwendbar, wonach in Fällen, in denen eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem Mitgliedstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat über das Abkommen über den EWR möglich ist, die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen kann.

Anders als das Sozialgericht sieht der Senat das für die Beklagte eröffnete Ermessen hinsichtlich der teilweisen oder vollen Kostenübernahme nicht nur für den ersten Abschnitt der stationären Behandlung (02.03. bis 30.03.2007), sondern auch für die folgenden Abschnitte der stationären Behandlung als auf Null reduziert. Denn die Erforderlichkeit der stationären Behandlung in der Sch. für alle Behandlungsabschnitte ist nach den Feststellungen des Senats zu den Voraussetzungen des § 13 Abs. 5 SGB V für die Kostenübernahme dem Grunde nach gegeben. Eine Relativierung dieser Erforderlichkeit durch die Beklagte im Wege der Ermessensausübung ist daher nicht zulässig. Bei fehlender Gewährleistung einer Behandlungsmöglichkeit im Inland als einem Systemmangel ist daher in der Regel die Übernahme der vollen Kosten geboten (KK-Brandts, § 13 SGB V RdNr. 135 und KK-Peters, § 18 SGB V RdNr. 6). So liegen die Umstände hier. Sowohl die stationäre Behandlung im März 2007 als Fortsetzung der Notfallbehandlung der Uniklinik F. am 01./02.03.2007, als auch die stationären Krankenhausaufenthalte ab dem 09.04.2007 bis 12.06.2007 und vom 06.07. bis 07.07.2007 als kontinuierliche Weiterführung der vorangegangenen Behandlungen waren am Universitätsspital B. erforderlich, weil dem Kläger eine zumutbare Behandlungsalternative im Inland - in Frage kamen insoweit nur die Universitätskliniken in F. oder H. - aufgrund seiner spezifischen lebensbedrohlichen Erkrankung nicht zumutbar waren. Das Ermessen der Beklagten über die Höhe der Kosten war deshalb dahingehend reduziert, dass nur die Übernahme der Kosten in voller Höhe eine ermessensfehlerfreie Entscheidung darstellen konnte.

Dem entsprach es, auf die Berufung des Klägers die Beklagte zu verurteilen, auch die Kosten der stationären Krankenhausbehandlungen im Universitätsspital B. vom 09.04.2007 bis 13.04.2007, 14.04.2007 bis 05.05.2007, 16.05.2007 bis 12.06.2007 und 06.07.2007 bis 07.07.2007 in vollem Umfang zu erstatten.

Die Berufung der Beklagten war dagegen zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-07-31