

## L 11 KR 1806/12

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 6234/10  
Datum  
23.03.2012  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 1806/12  
Datum  
04.12.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die Erteilung bzw Versagung der Zustimmung zur Durchführung einer Krankenhausbehandlung in der Schweiz nach [§ 13 Abs 5 Satz 2 SGB V](#) steht im Ermessen der Krankenkasse. Bei ihrer Ermessensentscheidung darf und muss die Krankenkasse berücksichtigen, dass den inländischen Leistungserbringern ein Vorrang zukommt.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23.03.2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Anschlussberufung der Klägerin wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Erstattung der Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Schweiz.

Die 1960 geborene Klägerin war im streitgegenständlichen Zeitraum Mitglied der Beklagten und lebt in R. (Landkreis W.) nahe Bad S ... Neben der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt die Klägerin über eine private Zusatzkrankenversicherung. Im Juni 2010 diagnostizierte ihr langjähriger Gynäkologe Dr. N. eine gutartige Uterusvergrößerung mit beginnender Blutungsproblematik sowie eine Ovarialzyste. Dr. N. ist Belegarzt sowohl am Krankenhaus Bad S. als auch in der E.-Klinik im schweizerischen L.

Am 28.06.2010 ging bei der Beklagten ein "Kostengutsprachege such" für eine stationäre Behandlung der Klägerin in der E.-Klinik ab dem 13.07.2010 ein. Die Beklagte lehnte daraufhin eine Kostenübernahme gegenüber der Klägerin im Schreiben vom 29.06.2010 ab. Eine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt das Schreiben nicht. Zur Begründung ihrer Entscheidung gab die Beklagte an, eine Kostenzusage könne nur erfolgen, wenn die Behandlung in Deutschland nicht möglich sei. Die vorgesehene gynäkologische Behandlung könne auch in Deutschland, beispielsweise in der Region F., durchgeführt werden. Prof. Dr. So. von der E.-Klinik schrieb der Beklagten daraufhin unter dem 06.07.2010, sie sei die einzige Krankenkasse, die eine Übernahme der Kosten für eine Behandlung in der E.-Klinik ablehne. Folge sei, dass diese Patienten auch von ihrer privaten Zusatzkrankenversicherung keine Erstattung erhielten. Im Fall der Klägerin sei aufgrund der Blutungen eine rasche Operation erforderlich. Der Eingriff sei für den 14.07.2010 geplant. In dieser Zeit lasse sich aufgrund der Ferien kein geeignetes Alternativkrankenhaus in Deutschland finden, welches bereit wäre diesen Eingriff durchzuführen. Aufgrund der Zusatzversicherung verlange die Klägerin die Operation durch einen erfahrenen Chefarzt oder Belegarzt. Mit Schreiben vom 08.07.2010 hat die Beklagte Prof. Dr. So. mitgeteilt, dass weiterhin keine Möglichkeit einer Kostenübernahme gesehen werde.

Vom 13. bis 17.07.2010 befand sich die Klägerin sodann in stationärer Behandlung in der E.-Klinik in L ... Mit Rechnung vom 12.08.2010 forderte die Klinik von der Klägerin einen Betrag in Höhe von insgesamt 19.465,20 CHF (= 16.159,60 ?).

Mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 09.09.2010 beantragte die Klägerin gegenüber der Beklagten die Rücknahme der ablehnenden Entscheidung nach [§ 44 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#). Der Kostenerstattungsanspruch dürfe nicht allein mit dem Argument abgelehnt werden, die Leistung könne im Inland bezogen werden. Neben medizinischen Aspekten seien insbesondere individuelle Bedürfnisse der Versicherten, die die Behandlung positiv beeinflussten, zu berücksichtigen. Die operative Maßnahme sei vom Gynäkologen der Klägerin Dr. N. veranlasst und von diesem als Belegarzt der E.-Klinik durchgeführt worden. Hinsichtlich der Dringlichkeit der Behandlung werde auf das Schreiben der Klinik vom 06.07.2010 verwiesen. Mit Schreiben vom 22.09.2010 führte die Beklagte daraufhin aus, bei der durchgeführten Operation handele es sich um einen gynäkologischen Routineeingriff, der " insbesondere bei akuten Blutungen " im Rahmen

der Notfallbehandlung in so gut wie jedem deutschen Krankenhaus sofort durchgeführt werde. Nach Ausübung ihres rechtlich gebundenen Ermessens dürfe eine Kostenübernahme nicht erfolgen. Da des Weiteren eine direkte Vertragsbeziehung zur E.-Klinik nicht bestehe, könne die geforderte Kostenübernahme auch nicht auf diesem Wege erfolgen. Die Voraussetzungen für eine Rücknahme nach [§ 44 SGB X](#) lägen nicht vor.

Hiergegen legte die Klägerin am 30.09.2010 Widerspruch ein. Die Klägerin habe aufgrund der langjährigen Behandlung ein Vertrauensverhältnis zu Dr. N ... Solche individuellen Bedürfnisse müsse die Beklagte berücksichtigen. Mit Widerspruchsbescheid vom 03.11.2010 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 29.06.2010 zurück. Grundsätzlich bestehe die Möglichkeit, Leistungserbringer in der Schweiz auf Kosten der Beklagten in Anspruch zu nehmen. Eine Krankenhausbehandlung setze jedoch die vorherige Zustimmung voraus, die nach den gesetzlichen Bestimmungen nur dann versagt werden dürfe, wenn die gleiche oder eine ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig im Inland erlangt werden könne. Bei der Erteilung der Zustimmung sei ihr Entscheidungsspielraum jedoch erheblich eingeschränkt, da ein Vorrang inländischer Leistungserbringer durch zugelassene Krankenhäuser bestehe. Dieses Regel-/Ausnahmeverhältnis müsse beachtet werden. Die Behandlung des gutartigen Uterustumors mit Ovarialzysten stelle einen Routineeingriff dar, der in nahezu jedem deutschen Krankenhaus durchgeführt werden könne. Unter medizinischen Gesichtspunkten habe keine Notwendigkeit bestanden, die Behandlung in der Schweiz durchzuführen. Auch persönliche Umstände hätten nicht vorgelegen. Auch wenn der Wunsch verständlich sei, die Operation vom vertrauten Arzt durchführen zu lassen, so könne eine solche Wunschbehandlung im Ausland nicht zulasten der Solidargemeinschaft übernommen werden.

Am 02.12.2010 hat die Klägerin beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben und beantragt, die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten der Krankenhausbehandlung in Höhe der Vergütung, die bei entsprechender Behandlung in Deutschland von der Beklagten an ein deutsches Krankenhaus zu zahlen wäre, zu erstatten. Zur Begründung hat die Klägerin vortragen lassen, aus der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) ergebe sich, dass neben den medizinischen Aspekten insbesondere individuelle Bedürfnisse der Versicherten, die die Behandlung positiv beeinflussen, zu berücksichtigen seien. Hierbei müsse das Vertrauensverhältnis der Klägerin zu Dr. N. Beachtung finden. Der Landesverband der Beklagten habe bestätigt, dass im Rahmen der Ermessensausübung die Möglichkeit der Zustimmung bestanden habe. Die medizinische Dringlichkeit der Behandlung sei von ärztlicher Seite bestätigt worden. Die private Zusatzkrankenversicherung übernehme die versicherten Kosten nur nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ergänzend hat die Klägerin auf die Stellungnahme von Dr. N. vom 23.02.2011 verwiesen, wonach im Juni 2010 eine deutliche Größenzunahme des Uterus mit beginnender Blutungsproblematik und Ausbildung einer Ovarialzyste festgestellt worden seien. Die Klägerin habe gewünscht, bald möglichst operiert zu werden. Da dies im Krankenhaus Bad S. erst in sechs bis sieben Wochen möglich gewesen wäre, habe die Klägerin die Inanspruchnahme ihrer Zusatzversicherung gewünscht, um die Behandlung in der nahegelegenen E.klinik durchführen zu lassen. Dort sei der Eingriff innerhalb von drei Wochen möglich gewesen.

Mit Urteil vom 23.03.2012 hat das SG den Bescheid vom 29.06.2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 03.11.2010 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, über den Antrag der Klägerin, die Kosten der stationären Behandlung in der E.-Klinik L. (Schweiz) vom 13. bis 17.07.2010 in Höhe der Vergütung, die die Beklagte bei entsprechender Klinikbehandlung als Sachleistung in Deutschland hätte entrichten müssen, zu erstatten, erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, aus der Rechtsprechung des EuGH folge, dass die Beklagte im Rahmen ihrer Zustimmungsentscheidung nach [§ 13 Abs 5](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Ermessen auszuüben habe und dabei sämtliche Umstände des Einzelfalls beachten müsse. Die Beklagte habe ihr Ermessen nicht hinreichend ausgeübt, denn sie habe rechtsirrig angenommen, bei der Entscheidung über die vorab zu erteilende Zustimmung letztlich auf Grund des Vorrangs inländischer Leistungserbringer andere erwägenswerte Ermessensgesichtspunkte übergehen zu müssen. Der Bescheid vom 29.06.2010 sei daher rechtswidrig. Auf den Bescheid vom 22.09.2010 komme es nicht an, da der Antrag der Klägerin auf Erteilung eines Rücknahmebescheides zutreffend als Widerspruch gegen den Bescheid vom 29.06.2010 zu werten gewesen sei. Bei der von der Beklagten vorzunehmenden Neubescheidung werde sie berücksichtigen müssen, dass die Klägerin geltend mache zu Dr. N. ein besonderes Vertrauen zu haben, selbst wenn der Eingriff grundsätzlich auch in Deutschland ? wenn nicht in der Region H., dann doch zumindest in der Region F. ? rechtzeitig hätte durchgeführt werden können. Dr. N. habe die Möglichkeit gehabt, den Eingriff relativ schnell durchzuführen. Die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung dürfe nicht als Argument gegen eine Wunschbehandlung beim Vertrauensarzt im Ausland herangezogen werden. Entscheidender Gesichtspunkt sei allein der Schutz des inländischen Krankenhaussystems. Dass dieses gefährdet sei, mache die Beklagte nicht geltend und sei auch nicht erkennbar. Die Beklagte müsse weiter berücksichtigen, dass die Klinik in L. für die Klägerin viel günstiger und angenehmer zu erreichen sei als die Kliniken im Großraum F. Die Klinik liege nur etwa 50 km vom Wohnort der Klägerin entfernt und sei über die Autobahn zu erreichen. Nach F. führten mehrere Gebirgspässe und kurvenreiche Gebirgsstraßen. Schließlich dürfe die Beklagte nicht ganz außer Betracht lassen, dass die Klägerin nur dann Zahlungen von ihrer privaten Zusatzversicherung erhalte, wenn die Beklagte vorleiste.

Gegen das der Beklagten am 02.04.2012 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 27.04.2012 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, sie habe im Rahmen der Ermessenentscheidung alle notwendigen Aspekte in die Abwägung einbezogen. Die durchgeführte Operation sei auch in Deutschland rechtzeitig möglich gewesen. Es hätten mehrere Krankenhäuser in einem zumutbaren Entfernungsradius von ca 100 Kilometern zur Verfügung gestanden. Im wohnortnahen Umfeld hätten neben der Klinik in Bad S. drei weitere Krankenhäuser zur Verfügung gestanden. Eine notfallmäßige Versorgung hätte jederzeit durchgeführt werden können. Da ein Zuwarten von drei Wochen möglich gewesen sei, sei ohnehin nicht von einem Fall der dringlichen Versorgung auszugehen. Die Gefährdung des deutschen Krankenhaussystems sei der Angelegenheit immanent und habe deshalb als Argument nicht angeführt werden müssen. Persönliche Umstände, welche für eine unbedingte Behandlung in der Schweiz gesprochen hätten, seien nicht gegeben gewesen. Die Ansprüche der Klägerin gegen ihre Privatversicherung könnten nicht von Belang sein, da andernfalls über den Abschluss einer solchen Versicherung eine Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung erzwungen werden könne. Allein der Wunsch der Klägerin, von ihrem Arzt operiert zu werden, sei zwar verständlich, könne aber eine Kostenübernahme zu Lasten der Solidargemeinschaft nicht rechtfertigen. Eine Kostenerstattung zugunsten der Beklagten im Rahmen des Morbi-RSA finde bei Auslandsbehandlungen nicht statt.

Die Beklagte beantragt ? sachdienlich ausgelegt ?,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23.03.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen

sowie die Anschlussberufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt ? sachdienlich ausgelegt ?,

die Beklagte unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Freiburg vom 23.03.2012 zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung in der E.-Klinik L. (Schweiz) vom 13. bis 17.07.2010 einen Betrag in Höhe von 3.649,79 ? zu zahlen,

sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Zur Begründung hat die Klägerin ihre Argumente aus dem Vorverfahren und dem Verfahren beim SG wiederholt. Ergänzend hat sie vorgetragen, eine pflichtgemäße Ermessensausübung sei nicht erfolgt. Die Beklagte sei aber zur Ermessensausübung unter Einbeziehung individueller Bedürfnisse verpflichtet. Dies ergebe sich aus den gesetzlichen Regelungen und der Rechtsprechung des EuGH und des Bundessozialgerichts (BSG). Außerdem wiesen auch der Spitzenverband der Krankenkassen und die Verbindungsstelle darauf hin, dass die Zustimmung auch dann möglich sei, wenn die Behandlung im Inland zu erlangen sei. Für die Entscheidung seien neben medizinischen Aspekten insbesondere individuelle Bedürfnisse der Versicherten, die die Behandlung positiv beeinflussten, zu berücksichtigen. Die Tatsache, dass die erforderliche Operation in der Schweiz schneller habe durchgeführt werden können, mache die Ablehnung der Kostenübernahme unmöglich. Die Finanzierung des Systems der deutschen Krankenversicherung werde dadurch nicht gefährdet. Dies zeige sich auch an grenzüberschreitenden Kooperationen. Einzelne deutsche Krankenkassen hätten Verträge mit schweizerischen Leistungserbringern nach [§ 140e SGB V](#) geschlossen. Außerdem liefen binationale Pilotprojekte zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs 1 Nr 1, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs 2 SGG](#) mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig und begründet. Die nach [§ 202 SGG](#) iVm [§ 524](#) Zivilprozessordnung (ZPO) zulässige Anschlussberufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Beklagte zu Unrecht zur Neubescheidung verurteilt. Die Klägerin hat weder Anspruch auf Erstattung der beantragten Kosten noch Anspruch auf Neubescheidung. Der Bescheid vom 29.06.2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 03.11.2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Zur Klarstellung weist der Senat darauf hin, dass es sich bei dem Schriftsatz des Klägerevertreters vom 17.08.2012 um eine so genannte unselbständige Anschlussberufung handelt. Die Berufung wurde nicht innerhalb der einmonatigen Berufungsfrist eingelegt. Der Schriftsatz ging erst am 20.08.2012 beim LSG ein, nachdem bereits am 30.04.2012 die Berufungsfrist abgelaufen war (gemäß Empfangsbekanntnis vom 29.03.2012 hat der Prozessbevollmächtigte das Urteil am 31.03.2012 erhalten). Dabei ist es unschädlich, dass die Klägerin ihre unselbständige Anschlussberufung nicht ausdrücklich als solche bezeichnet hat. Es reicht aus, wenn in dem betreffenden Schriftsatz klar und eindeutig der Wille zum Ausdruck kommt, über die bloße Zurückweisung der Berufung hinaus die Änderung des vorinstanzlichen Urteils zugunsten des Rechtsmittelbeklagten und zu Lasten des Rechtsmittelklägers zu erreichen (Urteil des Senats vom 13.12.2011, [L 11 KR 5896/10](#) mit Verweis auf BVerwG 05.09.1994, [11 B 78/94](#), [NVwZ-RR 1995, 58](#)). Diesem Erfordernis genügt der Schriftsatz vom 17.08.2012. Denn damit hat die Klägerin ausdrücklich beantragt, ihrer Klage auch hinsichtlich des vom SG abgewiesenen Teils stattzugeben.

Nach [§ 13 Abs 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses (das SGB V) oder das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) vorsieht. Rechtsgrundlagen aus dem SGB IX sind im vorliegenden Fall nicht einschlägig, weil keine Leistungen zur Teilhabe streitig sind. Als Rechtsgrundlage scheidet [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ebenfalls aus, da diese Norm in beiden Regelungsalternativen einen entsprechenden Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse voraussetzt. Zwar lagen die Voraussetzungen für eine Krankenhausleistung nach [§ 39 SGB V](#) insoweit vor, als die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum Mitglied der beklagten Krankenkasse war und an einer krankhaften Uterusvergrößerung mit beginnender Blutungsproblematik mit Ovarialzysten litt, weshalb eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) notwendig war. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Versicherte haben jedoch grundsätzlich nur Anspruch auf eine Krankenhausbehandlung in einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus ([§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Die schweizerische E.-Klinik verfügt nicht über eine Zulassung nach deutschem Recht und hat mit der Beklagten auch keinen Vertrag nach [§ 140e SGB V](#) abgeschlossen.

Rechtsgrundlage für den begehrten Kostenerstattungsanspruch ist [§ 13 Abs 4 SGB V](#) in der ab dem 01.01.2007 geltenden Fassung. Danach sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI 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 Pauschbetrags zu erstatten oder unterliegen aufgrund 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 (Satz 2). Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte (Satz 3). Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln (Satz 4). Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen (Satz 5). 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 (Satz 6).

Die Schweiz ist ein Staat, in dem die Verordnung (EWG) Nr 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 Anwendung findet. Im ?Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit? vom 21.06.1999 ((Freizügigkeitsabkommen); in Kraft getreten am 01.06.2002) wird die EWG-Verordnung in Bezug genommen. Damit unterliegen Krankenbehandlungen in der Schweiz grundsätzlich dem Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 4 SGB V](#).

Für Behandlungen im Krankenhaus gilt allerdings nach [§ 13 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) zusätzlich, dass diese nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden können. Nach Satz 2 der Vorschrift darf die Zustimmung nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

Zur Überzeugung des Senats hätte die Klägerin die gleiche bzw ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung ihrer Krankheit rechtzeitig in einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus in Deutschland erlangen können. Die Klägerin hat weder eine seltene Erkrankung behandeln lassen noch eine besondere Behandlungsmethode in Anspruch genommen. Die operative Behandlung der gutartige Uterusvergrößerung mit Ovarialzysten kann in deutschen Krankenhäusern durchgeführt werden. Anderes behauptet auch die Klägerin nicht. Der Senat ist auch davon überzeugt, dass die Klägerin in Deutschland rechtzeitig hätte behandelt werden können. ?Rechtzeitig? in diesem Sinne bedeutet, dass es dem Versicherten ohne Beeinträchtigung seiner Gesundheit oder der Behandlung möglich gewesen wäre, die gleiche bzw ebenso wirksame Behandlung in Deutschland zu erlangen. Aus dem vorgelegten Attest des Gynäkologen Dr. N. ergibt sich nicht, dass aus medizinischen Gründen ein Zuwarten von sechs bis sieben Wochen, um im Krankenhaus Bad S. operiert zu werden, nicht möglich gewesen wäre. Alleiniger Grund für die Inanspruchnahme der Behandlung in der Schweiz war der ?Wunsch? der Klägerin ?bald möglichst operiert zu werden?. Die im Schreiben von Prof. So. genannten Blutungen, die eine ?rasche? Operation notwendig gemacht haben sollen, standen jedenfalls einem Zuwarten von mehreren Wochen bis zur Operation in der E.-Klinik nicht entgegen. Eine besondere Dringlichkeit des Eingriffs ergibt sich daraus nicht. Hätte die Klägerin demgegenüber notfallmäßig operiert werden müssen, wäre jedes Krankenhaus in Deutschland zur Aufnahme verpflichtet gewesen.

Die Beklagte durfte daher die Zustimmung zur Kostenübernahme ablehnen. Aus der Formulierung ?darf? folgt, dass der Krankenkasse bei der Erteilung der Zustimmung Ermessen eingeräumt ist. Gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Erstes Buch \(SGB I\)](#) haben die durch eine leistungsrechtliche Ermessensnorm des SGB Begünstigten gegen den zuständigen Leistungsträger einen Anspruch auf pflichtgemäße Ausübung des Ermessens, dies aber nur dann, wenn die Voraussetzungen für die Pflicht des Leistungsträgers zur Ermessensbetätigung vorliegen. Nach [§ 54 Abs 2 Satz 1 SGG](#) unterliegt die Erfüllung der Voraussetzungen für das Bestehen der Ermessensbetätigungspflicht der vollen gerichtlichen Überprüfung. Hingegen sind die Gerichte bezüglich der Ermessensbetätigung und ihres Ergebnisses, der Ermessensentscheidung, gemäß [§ 54 Abs 2 Satz 2 SGG](#) darauf beschränkt zu kontrollieren, ob der Leistungsträger seiner Pflicht zur Ermessensbetätigung nachgekommen ist (Ermessensnichtgebrauch), mit seiner Ermessensentscheidung die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten, das heißt eine nach dem Gesetz nicht zugelassene Rechtsfolge gesetzt (Ermessensüberschreitung) oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat (Abwägungsdefizit und Ermessensmissbrauch; vgl BSG 14.12.1994, [4 RA 42/94](#), [SozR 3-1200 § 39 Nr 1](#) mwN).

Die Beklagte hat ihr Ermessen in nicht zu beanstandender Weise ausgeübt. Ermessensfehler liegen nicht vor. Insbesondere liegt kein Ermessensnichtgebrauch vor. Die Beklagte ging in den angefochtenen Bescheiden erkennbar von einem Entscheidungsspielraum aus und nicht von einer zwingenden, gebundenen Entscheidung. Anders als es das SG annimmt, liegt auch kein Fall der Ermessensunterschreitung vor. Die Beklagte hat sich mit den von der Klägerin erhobenen Einwänden befasst. Sie hat sich mit den Interessen der Klägerin an einer Zustimmung auseinandergesetzt. Im Rahmen ihrer Abwägungsentscheidung ist sie sowohl auf den Aspekt der Dringlichkeit als auch auf den Umstand, dass sich die Klägerin von ihrem Vertrauensarzt behandeln lassen wollte, eingegangen. Weitere individuelle Gründe (zB unzumutbare Entfernung des nächsten Krankenhauses) hat die Klägerin im Verwaltungs- und Vorverfahren nicht vorgetragen und waren für die Beklagte auch nicht ersichtlich. Auf die finanziellen Bedürfnisse der Klägerin in Bezug auf ihre private Zusatzkrankenversicherung musste die Beklagte nicht eingehen. Dass die Beklagte im Rahmen der Abwägung dem Gesichtspunkt des Vorrangs inländischer Leistungserbringer größeres Gewicht eingeräumt hat, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Denn die Krankenkassen haben das in [§ 13 Abs 5 SGB V](#) zum Ausdruck kommende Regel-/Ausnahmeverhältnis bei der Erteilung der Zustimmung zu beachten (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 13 RdNr 88a). Der Entscheidungsspielraum der Krankenkassen wird dadurch erheblich eingeschränkt. Die Regelung des [§ 13 Abs 5 SGB V](#) vollzieht die Rechtsprechung des EuGH (Urteile vom 12.07.2001, [C-157/99](#), SozR 3-6030 Art 59 Nr 6; und vom 13.05.2003, [C-385/99](#), SozR 4-6050 Art 59 Nr 1), 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 dem EG-Recht vereinbar sind. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber das Zustimmungserfordernis aufgenommen und die Versagung der Zustimmung nur in dem geregelten Fall zugelassen. Es besteht somit ein Vorrang zu Gunsten vertraglich an die Krankenkasse gebundener inländischer Leistungserbringer, es sei denn, der Versicherte kann eine notwendige stationäre medizinische Behandlung im Inland nicht oder nicht rechtzeitig erhalten, oder er ist während eines Aufenthalts im EG- bzw EWR-Ausland (bzw in der Schweiz) auf eine unverzügliche entsprechende Behandlung angewiesen ([BT-Drucks 15/1525 S 82](#)). Diesen Vorrang inländischer Leistungserbringer musste die Beklagte im Rahmen ihrer Abwägungsentscheidung beachten.

Die Klägerin kann auch nicht auf Grundlage anderer Normen die Kostenerstattung für die Krankenhausbehandlung in der Schweiz beanspruchen, insbesondere nicht auf Grund der Verordnung (EWG) Nr 1408/71 (in Verbindung mit dem Freizügigkeitsabkommen). Denn auch insoweit gilt, dass die nach Art 22 Abs 1 Buchstabe c) der Verordnung erforderliche Genehmigung der Behandlung nur dann nicht verweigert werden darf, wenn der Betreffende die Behandlung in dem Mitgliedstaat, in dem er wohnt, nicht erhalten kann. Dies war indes nicht der Fall. Andere Rechtsgrundlagen für den geltend gemachten Anspruch, die im Zeitpunkt der Behandlung noch gültig waren, sind nicht gegeben. Aus den aktenkundigen Absprachen einiger Krankenkassen aus der Region Hochrhein-Bodensee zu Kostenzusagen und Abrechnungen von stationären Krankenhausaufenthalten in der Schweiz vom 27.08.1996 bzw 25.07.2000 kann die Klägerin keine Ansprüche herleiten.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-04-09