
S 7 KR 332/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 KR 332/00
Datum	12.09.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 181/01
Datum	19.02.2004

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts NÄrnberg vom 12. September 2001 wird zurÄckgewiesen.
II. AuÄgergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung fÄr eine stationÄre Behandlung in Ästerreich in HÄhe von 7.187,24 DM in Euro.

Die 1965 geborene KlÄgerin ist bei der Beklagten pflichtversichert. Nach Angaben des Nephrologen Dr. B. , Klinik fÄr Innere Medizin (Privatklinik Dr.S. AG), im Attest vom 29.06.2000 leidet sie an einem schwer einstellbaren Diabetes mellitus Typ I. Ferner bestand ein Verdacht auf eine ursÄchlich zugrunde liegende Endometriose.

Die KlÄgerin beantragte am 05.05.2000 bei der Beklagten die KostenÄbernahme fÄr die operative Sanierung der Endometriose durch eine endoskopische Operation in der Frauenklinik Dr.K. in MÄnchen; eine konventionelle Operation durch Bauchschnitt komme fÄr sie nicht infrage. Am 29.06.2000 wurde sie in

Österreich im Landeskrankenhaus in V. (Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe) von Dr.K. untersucht, der aufgrund der ausgeprägten Endometriosis genitalis externa und interna eine diagnostische operative Laparoskopie für erforderlich hielt; die Klägerin wünschte die Behandlung in dieser Klinik.

Der von der Beklagten gehölte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) teilte der Beklagten in der Stellungnahme vom 10.05.2000 mit, laparoskopische Operationen auf dem Fachgebiet der Gynäkologie könnten z.B. in Krankenhäusern in Nürnberg, Fürth, Erlangen und Neumarkt durchgeführt werden.

Mit Bescheid vom 22.05.2000 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme für eine Operation in der Klinik Dr.K. aufgrund des von der Klägerin vorgelegten privatärztlichen Kostenvorschlags (2.995,39 DM) ab. Bei dieser Frauenklinik handle es sich zwar um ein Vertragskrankenhaus, jedoch nicht um das nächst- bzw. übernext gelegene. Eine laparoskopische Operation sei im gynäkologischen Fachgebiet eine Standardbehandlung, die in Vertragskrankenhäusern im Raum Nürnberg, Fürth, Erlangen sowie Neumarkt durchgeführt werden könnte. Für die Vertragsklinik Dr. W.K. könne eine Kostenübernahme erfolgen, wenn eine Verordnung über die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliege; die Klinik rechne die Vertragssätze direkt mit der Beklagten ab. Unter Umständen könne bei Behandlung eines zugelassenen Belegarztes in der Vertragsklinik eine Kostenbeteiligung erfolgen. Die Höhe sei von den tatsächlich erbrachten Leistungen abhängig und könne im Voraus nicht bestimmt werden.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Der nochmals gehölte MDK gelangte in der Stellungnahme vom 19.07.2000 zu dem Ergebnis, der notwendige Eingriff könne vertraglich entweder im Rahmen des Belegarztwesens oder in einem Vertragskrankenhaus, gleichfalls auf endoskopischem Wege durchgeführt werden. Mit Bescheid vom 19.07.2000 lehnte die Beklagte unter Bezugnahme auf ihren Bescheid vom 22.05.2000 die Kostenübernahme für eine Operation, auch im Ausland, erneut ab. Einer Vertragsbehandlung stehe nichts entgegen; die Klägerin wurde gebeten, eine Verordnung für Krankenhauspflege in einem Vertragskrankenhaus einzureichen. Im Anschluss an die Widerspruchsbegründung erließ die Beklagte am 26.07.2000 einen weiteren Bescheid, mit dem sie an ihrem Bescheid vom 22.05.2000 festhielt. Die beantragte Operation der Endometriose sei ein Standardverfahren, das in den Vertragskrankenhäusern als Vertragsbehandlung durchgeführt werde. Die Ausstellung des Krankenscheines E 112 für eine Behandlung im Ausland sei nicht veranlasst, es bestehe eine Behandlungsmöglichkeit im Inland.

Die Klägerin befand sich vom 03.08.2000 bis 15.08.2000 im Landeskrankenhaus V. und wurde dort am 08.08.2000 von Prof. Dr.K. wegen der Endometriosis genitalis externa operiert (operative PSK mit Laservaporisation). Hierfür stellte das Krankenhaus 50.310,00 Schilling (3.656,17 EUR) in Rechnung.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 06.10.2000 den Widerspruch

zurück. Prof. Dr.K. sein kein Vertragsarzt. Die Behandlung der Erkrankung der Klägerin auch von Vertragsärzten durchgeführt werden. Eine laparoskopische Operation der Endometriose im gynäkologischen Fachgebiet sei eine Standardbehandlung, die in den genannten Krankenhäusern als Vertragsbehandlung erbracht werden könne.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 13.11.2000 beim Sozialgericht Nürnberg (SG) geltend gemacht, dass nach der Auskunft der Endometriose-Vereinigung in Deutschland die endoskopische Operation nur mit Privatliquidation durchgeführt werde. Die Universitätsklinik E. habe mitgeteilt, es könne nicht garantiert werden, dass die Sanierung der Endometriose laparoskopisch erfolge. Gegen eine Operation durch Bauchschnitt sprächen das große Verwachsungsrisiko und die Einsparung von Kosten bei den Krankenkassen. Die Beklagte habe zwar die Kosten der Untersuchung durch Prof. Dr.K. übernommen, aber nicht die bei einem weiteren Aufenthalt dringend erforderliche Operation. Bei Prof. Dr.K. handle es sich um einen Spezialisten für laparoskopische Operation der Endometriose. Das schwierige Krankheitsbild dieser Gesundheitsstörung und der übrige Gesundheitszustand (Fibromyalgie, Diabetes) hätten zu einer unverzüglichen Operation gezwungen. Die Leistung sei für die Beklagte nur halb so teuer gewesen wie eine Operation in einer deutschen Universitätsklinik.

Demgegenüber hat die Beklagte sich mit Schriftsatz vom 19.01. 2001 auf die Auskunft des MDK vom 19.07.2000 und 26.07.2000 berufen, denen zufolge die Operation der Endometriose als Standardverfahren auch in Vertragskrankenhäusern hätte durchgeführt werden können. Die Zustimmung zur Behandlung in Österreich sei zu Recht abgelehnt worden.

Auf Anfrage des SG hat der MDK in der Stellungnahme vom 07.08. 2001 mitgeteilt, dass bei der operativen Behandlung einer Endometriose zunächst eine Laparoskopie erfolge, um deren Ausmaß feststellen zu können und der Eingriff zur Abtragung der Endometrioseherde auf endoskopischem Weg (minimalinvasiv) fortgesetzt werde. Für den Fall, dass die Endometriose sehr stark ausgebreitet sei und z.B. größere Resektionen notwendig seien, erfolge intraoperativ die Entscheidung, den Eingriff zur Laparotomie auszuweiten. Der laparoskopische Eingriff zur Diagnostik und Therapie könne in allen namhaften Vertragskrankenhäusern im Großraum Nürnberg/Fürth/Erlangen, aber auch im Klinikum Neumarkt durchgeführt werden. Als Variation gebe es noch die Möglichkeit, zur Abtragung der Endometrioseherde auf endoskopischem Weg einen Hochfrequenzlaser zu verwenden. Für diese Möglichkeit ständen ebenfalls ausreichende Vertragskrankenhäuser zur Verfügung, wie z.B. das Klinikum Großhadern in München, die Universitätsklinik in Ulm, evtl. auch in Heidelberg.

Das SG hat mit Urteil vom 12.09.2001 die Klage abgewiesen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung bestehe weder nach dem inländischen Recht des Sozialgesetzbuches V, noch nach Europarecht. Es fehle an einem Notfall, da eine Krankenbehandlung in Österreich nicht dringend erforderlich gewesen sei. Die Klägerin habe sich die Krankenhausbehandlung in Österreich besorgt, ohne die

Genehmigung hierzu von der Beklagten erhalten zu haben. Die Ablehnung der Kostenübernahme für die Auslandsbehandlung sei zu Recht ausgesprochen worden, da innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung im Inland ausreichende Behandlungsmöglichkeiten vorhanden gewesen wären. Nach den überzeugenden Darlegungen des MDK hätten auch vertragliche Leistungserbringer eine endoskopische Operation durchführen können.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 26.10. 2001. Ihr sei eine Erklärung inländischer Ärzte versagt worden, auf keinen Fall während der Operation statt der gewünschten laparoskopischen Operation zu einer Operation mittels Bauchschnitt umzuschwenken. Aufgrund der zusätzlichen gesundheitlichen Belastung und des Verwachsungsrisikos nach Operationen durch Bauchschnitt sei ihr von ärztlicher Seite von einer Operation mittels Bauchschnitt abgeraten worden. Laparoskopische Operationen dürfen nur von Spezialisten durchgeführt werden. Derartige Operationen würden im Inland nur gegen Privatliquidation ausgeführt werden. Die Ansicht der Beklagten, wonach für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaft eine vorherige Genehmigung erforderlich sei, verstöße gegen den EG-Vertrag.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Nürnberg vom 12.09.2001 sowie der Bescheide vom 22.05., 19.07. und 26.07.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.10.2000 zu verurteilen, die Kosten der Auslandsbehandlung in Österreich in Höhe von 7.187,14 DM (in Euro) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist zulässig. Der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 1.000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#) a.F.).

Die Berufung ist unbegründet; das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Krankenbehandlung im Ausland ist [§ 18 Abs.1](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V). Danach kann die Krankenkasse die Kosten einer erforderlichen Behandlung im Ausland ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Handelt es sich hierbei um eine Therapie in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaft gilt allerdings der Vorrang des Gemeinschaftsrechts (Kassler Kommentar-Peters, [§ 18 SGB V](#), Rdnr.3, 13; von Maydell in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts Bayern, Bd.1, Krankenversicherungsrecht, § 64, Rdnr.37

ff.). Gemäß [Â§ 16 Abs.1 Nr.1 SGB V](#) ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Demzufolge kommt auch [Â§ 13 Abs.3 SGB V](#) als Anspruchsgrundlage für die geltend gemachte Kostenerstattung nicht infrage.

Europarechtliche Grundlage für den geltend gemachten Anspruch ist hier Art.22 EWG-VO 1408/71, der bei der Erkrankung bei einem vorübergehenden Aufenthalt im EU-Ausland und bei der Behandlung dort einschlägig ist. Nach Art.189 EWG-Vertrag gelten Verordnungen allgemein, in allen ihren Teilen verbindlich, unmittelbar und in jedem Mitgliedsstaat. Verbindlichkeit bedeutet, dass die Verordnung kraft Erlasses unmittelbar gilt, also keiner Umsetzung in innerstaatliches Recht bedarf.

Nach Art.22 Abs.1 lit. a, c EWG-VO 1408/71 hat ein Arbeitnehmer, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates mit dem Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung des Art.18, erfüllt und a) dessen Zustand während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedsstaates unverzüglich Leistungen erfordert oder b) c) der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedsstaates zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, Anspruch auf: i) Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, als ob er bei ihm versichert wäre. Nach Abs.2 Satz 2 dieser Vorschrift darf die nach Abs.1 lit. c erforderliche Genehmigung nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedsstaates vorgesehen sind, in dessen Gebiet der Betreffende wohnt, und wenn er in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, die er für diese Behandlung in dem Staat, in dem er seinen Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich ist.

Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Gegen einen Anspruch aus Art.22 Abs.1 lit. a EWG-VO 1408/71 spricht bereits, dass hier der operative Eingriff nicht unverzüglich erforderlich war. Von derartigen, keinen Aufschub duldenden Leistungen kann nur die Rede sein, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht. Dies ist nach Auffassung des Senats der Fall, wenn ohne die durchgeführte Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (Bundessozialgericht (BSG) vom 25.09.2000 [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.22](#) m.w.N.; Kasseler Kommentar-Hess, [Â§ 76 SGB V](#), Rdnr.12 zur Definition des krankenversicherungsrechtlichen Notfalls). Eine dringende Behandlungsbedürftigkeit im oben genannten Sinne hat hier nicht vorgelegen. Die Klägerin hatte die Möglichkeit einer Behandlung in der Klinik Dr.K., deren Kostenübernahme die Beklagte ihr zugesichert hatte. Außerdem hatte Prof. Dr.K. laut Attest vom 28.06.2000 die Klägerin an diesem Tage untersucht und eine

diagnostische und operative Laparoskopie für notwendig gehalten, aber den Eingriff erst am 08.08.2000, also mehr als vier Wochen später durchgeführt.

Die Beklagte hat die Genehmigung für die Behandlung im Landeskrankenhaus V. auch zu Recht verweigert. Wie der Europäische Gerichtshof (EuGH) mit Urteil vom 12.07.2001 (Rechtssache [C-157/99](#) Smits/Peerbooms – SozR 3-6030 Art.59 Nr.6) entschieden hat, erweist sich das Erfordernis, die Kostenübernahme für eine in einem anderen Mitgliedsstaat gewählte Krankenhausversorgung durch das nationale System der sozialen Sicherheit einer vorherigen Genehmigung zu unterwerfen, sowohl als notwendig als auch als angemessen. Der EuGH hat hierin festgestellt, dass die medizinischen Leistungen, die in einer Krankenanstalt erbracht werden im Vergleich zu den medizinischen Leistungen, die die frei praktizierenden Ärzte in ihrer Praxis oder in der Wohnung des Patienten erbringen, Besonderheiten aufweisen. So ist allgemein bekannt, dass die Zahl der Krankenanstalten, ihre geografische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtung, über die sie verfügen, oder auch die Art der medizinischen Leistung, die sie anbieten können, planbar sein müssen. Die Planung bezweckt, im betreffenden Staat zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung ständig ausreichend zugänglich ist. Sie soll auch dazu beitragen, die Kosten zu beherrschen und, soweit wie möglich, jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen zu verhindern. Eine solche Verschwendung wäre umso schädlicher, als der Sektor der Krankenhausversorgung bekanntlich erhebliche Kosten verursacht und wachsenden Bedürfnissen entsprechen muss, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitspflege bereit gestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind. Der EuGH hat in dieser Regelung keinen Verstoß gegen den freien Dienstleistungsverkehr (Art.59, jetzt Art.49 EG-Vertrag) und gegen Art.60 EG-Vertrag (jetzt Art.50 EG-Vertrag) gesehen.

Er hat ferner ausgeführt, dass die Genehmigung zwei Voraussetzungen unterliegt, nämlich, dass zum einen die Behandlung als in ärztlichen Kreisen üblich betrachtet werden kann, wobei dieses Kriterium auch dann angewandt wird, wenn es um die Frage geht, ob die im Inland gewählte Krankenhauspflege gedeckt ist und dass zum anderen die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert. Dies gilt jedoch nur, soweit die Voraussetzung der Üblichkeit der Behandlung so ausgelegt wird, dass die Genehmigung ihrerwegen nicht versagt werden kann, wenn es sich erweist, dass die betreffende Behandlung in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist, und die Genehmigung nur dann wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit versagt werden kann, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erhalten werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse geschlossen hat, der der Versicherte angehört.

Der EuGH hat mit Urteil vom 13.05.2003 (Rechtssache [C-385/99](#) Müller-Fauré und van Riet – [NJW 03, 2298](#)) diese Auslegung der Art.59 und 60 EG-Vertrag (jetzt Art.49, 50 EG-Vertrag) dahin bestärkt, dass die Rechtsvorschriften eines Mitgliedsstaates die Übernahme der Kosten für eine Krankenhausversorgung in einem anderen Mitgliedsstaat als dem der Niederlassung der Krankenkasse des

Versicherten durch einen Leistungserbringer, mit dem diese Kasse keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die Kasse vorher die Genehmigung erteilt, und nach denen diese Genehmigung nur erteilt wird, wenn die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert. Die Genehmigung kann jedoch nur dann aus diesem Grund versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erhalten werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der betreffenden Kasse getroffen hat.

Von diesen Voraussetzungen muss im vorliegenden Fall ausgegangen werden. Denn die Klägerin hätte die im Landeskrankenhaus V. durchgeführte Behandlung auch durch zugelassene Ärzte bzw. Krankenhäuser in Deutschland erhalten, wobei der Senat hier offenlässt, ob die Klägerin überhaupt den Eingriff nach einer bestimmten Operationsmethode verlangen kann. Die Beklagte hat bereits mit Bescheid vom 22.05.2000 der Klägerin zugesichert, die Kosten der Operation in der Vertragsklinik Dr.K. zu übernehmen. Ferner haben die Stellungnahmen des MDK für den Senat überzeugend nachgewiesen, dass laparoskopische Operationen im gynäkologischen Fachgebiet eine Standardbehandlung sind, die in Vertragskrankenhäusern im Raum Nürnberg, Fürth, Erlangen und Neumarkt durchgeführt werden können. Der MDK hat zuletzt in der gutachtlichen Stellungnahme vom 07.08.2001 das Vorgehen der Ärzte bei der operativen Behandlung einer Endometriose wie folgt beschrieben: Zunächst erfolgt eine Laparoskopie, um das Ausmaß der Endometriose feststellen zu können und dann die Fortsetzung des Eingriffs zur Abtragung der Endometrioseherde auf endoskopischem Weg (minimalinvasiv). Für den Fall, dass die Endometriose sehr stark ausgebreitet ist und z.B. größere Resektionen notwendig werden, erfolgt intraoperativ die Entscheidung, den Eingriff zur Laparotomie auszuweiten. Über diese Modalität wird präoperativ aufgeklärt. Der laparoskopische Eingriff zur Diagnostik und Therapie kann in allen namhaften Vertragskliniken im Großraum Nürnberg/Fürth, Erlangen (Klinikum Nürnberg, Klinikum Fürth, Universität Erlangen, Klinikum Neumarkt) durchgeführt werden. Als Variation besteht die Möglichkeit, zur Abtragung der Endometrioseherde auf endoskopischem Weg, einen Hochfrequenzlaser zu verwenden. Für diese Möglichkeit stehen ebenfalls ausreichend Vertragskrankenhäuser zur Verfügung, wie z.B. das Klinikum Großhadern in München und Kliniken in Ulm und Heidelberg. Für den Lasereingriff gilt das gleiche wie für laparoskopische Operation ohne Laser, dass nämlich der Befund ein gewisses Maß nicht überschreiten sollte, da auch dann eine Laparotomie durchgeführt werden müsste.

Damit lag keine medizinische Notwendigkeit vor, die Operation der Endometriose der Klägerin im Landeskrankenhaus V. durchzuführen.

Da die Beklagte der Klägerin bereits mit Bescheid vom 22.05. 2000 Behandlungsmöglichkeiten in inländischen Vertragskrankenhäusern nachgewiesen hat, kommt eine Haftung der Beklagten aufgrund eines Herstellungsanspruchs gleichfalls nicht in Betracht (Kasseler Kommentar-Seewald, [§ 14 SGB I](#), Rdnr.24). Auch der von der Klägerin behauptete Gesichtspunkt der Kostenersparnis lässt eine andere Entscheidung nicht zu; denn das Recht der

gesetzlichen Krankenversicherung regelt keinen allgemeinen Ausgleich von Lasten und Vermögen zwischen Versicherten und Krankenkassen (Kasseler Kommentar-Häfler, [Â§ 27 SGB V](#), Rdnr.60 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung des BSG).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([Â§ 160 Abs.2 Nrn. 1, 2 SGG](#)).

Erstellt am: 17.06.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024