
S 16 KR 56/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 16 KR 56/00
Datum	10.10.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 84/02
Datum	18.11.2005

3. Instanz

Datum	29.03.2006
-------	------------

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 10. Oktober 2002 wird zurÄckgewiesen.
- II. AuÄgerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die KlÄgerin begehrt von der Beklagten die Erstattung der Kosten fÄr eine bei ihr in Israel durchgefÄhrte Augenoperation.

Die am 11. 1957 geborene KlÄgerin, die bei der Beklagten versichert ist, leidet auf beiden Augen an mittlerer Myopie und auf dem linken Auge an einer Amotio retinae (NetzhautablÄsung). Wegen der NetzhautablÄsung wurde am 22. Juni 1998 eine Kryoreti-nopexie mit PlombenaufnÄhung, am 24. Juli 1998 eine GasauffÄllung SF6 und am 03. Au-gust 1998 eine Cerclage (mittels eines Silikonbandes) ausgefÄhrt. Die NetzhautablÄsung persistierte gleichwohl. Am 20. Oktober 1998 wurde in der Klinik und Poliklinik fÄr Augenheilkunde der UniversitÄt L 1 die Plombe entfernt. Im Entlassungsbericht dieser Klinik vom 21. Oktober 1998 wurde bei nach wie vor bestehender Amotio retinae eine Pars-plana-Vitrektomie dringend

angeraten.

Am 15. Dezember 1998 stellte sich die KlÄgerin, weil sie kein Vertrauen in die Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universität L â€¦, mehr hatte, zur weiteren Behandlung in der Augenklinik und Poliklinik der Medizinischen FakultÄt der Universität R â€¦ vor. Im dortigen Bericht vom 21. Dezember 1998 wurde ausgeführt, man habe der KlÄgerin drin-gend eine Pars-plana-Vitrektomie mit Membranpeeling und eventueller Ä¶fÄ¶llung empfohlen. Sie lehne gegenwÄrtig jeden operativen Eingriff ab. Man habe die KlÄgerin darüber aufgeklärt, dass diese Art der Operation an einer UniversitÄtsklinik in ihrer NÄhe durchgefÄhrt werden könne. Man bitte (bezogen auf die behandelnde AugenÄrztin) um die Ä¶bernahme der weiteren Kontrolluntersuchungen und â€¦ bei Operationswunsch â€¦ um direkte Anmeldung der KlÄgerin zur Pars-plana-Vitrektomie.

Vom 29. Dezember 1998 bis 03. Januar 1999 befand sich die KlÄgerin in Israel und konsultierte Prof. Dr. L1 â€¦ sowie Dr. L â€¦ (mittlerweile mit Professur) im Tel Aviv S â€¦ Medical Center.

In einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur ArbeitsunfÄhigkeit der KlÄgerin gelangte der SachverstÄndige Dr. F1 â€¦ (Gutachten vom 20. Januar 1999) zu der EinschÄtzung, trotz der zahlreichen Operationen liege die Netzhaut am linken Auge weiterhin nicht an (subtotale Ablatio retinae). In den nÄchsten zwei bis drei Wochen sei die Operation in Angriff zu nehmen. Die KlÄgerin wolle keine Vitrektomie mit SilikonfÄ¶llung. Sie suche eine Augenklinik, die die Cerclage entferne und eine Vitrektomie nur mit Gas vornehme.

Am 02. Februar 1999 erwarb die KlÄgerin am Flughafen Dresden ein Flugticket für die Route Dresden/Frankfurt/Tel Aviv/Frankfurt/Dresden und stellte sich an diesem Tag in der Augenklinik der StÄdtischen Kliniken F â€¦ vor. Dort vereinbarte sei mit Prof. Dr. E1 â€¦ unter Vorbehalt einen Operationstermin für den 18. Februar 1999. In den Krankenunterlagen ist insoweit vermerkt: "Pat wÄnscht Bedenkzeit, evtl. telefon. Absage". In der ArbeitsunfÄhigkeitsbescheinigung von Dr. L2 â€¦ vom 18. MÄrz 1999 heiÄt es wÄrtlich: "Mrs. S â€¦ suffered from recurrent retinal detachment. She was first seen by me on February 2nd and underwent surgery. She was unable to work due to the retinal de-tachment and gas in the eye, from February 2nd until April 1st 1999.â€¦"

Am 11. Februar 1999 teilte die KlÄgerin der Beklagten telefonisch mit, sie befinde sich derzeit in Tel Aviv (Israel) und wolle sich lieber dort operieren lassen. Aus dem Telefon-vermerk ergibt sich, dass ihr von einer Mitarbeiterin der Beklagten mitgeteilt wurde, eine Kostenbeteiligung für eine Operation im Ausland sei nur möglich, wenn in Deutschland keine Behandlungsmöglichkeit bestehe. Die Prüfung hierfür müsse grundsätzlich vor der Operation erfolgen. Daraufhin habe die KlÄgerin angefragt, ob diese Prüfung ausnahmsweise auch hinterher erfolgen könne. In dem Vermerk hat die Mitarbeiterin der Beklagten weiter angegeben, dass sie keine Zusage gemacht und mitgeteilt habe, ihr erscheine die Möglichkeit der Kostenbeteiligung eher unwahrscheinlich, da eine Operation in F â€¦ ja scheinbar möglich sei. Sie habe deutlich gemacht, dass die Operation in Tel

Aviv auf eigenes Kostenrisiko erfolge. Die KlÄgerin wolle die Angelegenheit mit der Sachbearbeiterin R â besprechen und melde sich noch einmal. Einem weiteren Telefonvermerk Äber ein am 12. Februar 1999 zwischen der KlÄgerin und der Sachbearbeiterin R â; gefÄhrtes Telefonat ist zu entnehmen, dass diese der KlÄgerin gegenÄber erklÄrt habe, es kÄnnten keinerlei Kosten fÄr die Operation und Behandlung in Tel Aviv Äbernommen werden.

Am 18. Februar 1999 lieÄ die KlÄgerin im Tel Aviv S â; Medical Center (I â; Krankenhaus) von Dr. L2 â; eine Vitrektomie (zentral und peripher) mit Gasluft-Crossing over durchfÄhren. Die Operation verlief erfolgreich.

Mit Schreiben vom 01. Mai 1999 machte die KlÄgerin bei der Beklagten sinngemÄ die Erstattung der Kosten fÄr die in Israel durchgefÄhrte Augenoperation geltend. Wegen des im Zusammenhang mit der vierten Operation erfahrenen rÄden Umganges in der Uni-Klinik L â; und aufgrund der Tatsache, dass der Oberarzt Dr. B1 â; (Augenklinik und Poliklinik R â;) sie auf eine Pars-plana-Vitrektomie unter ausschlieÄlicher Verwendung von SilikonÄl verwiesen habe, habe sie sich in der Augenklinik in F â; vorgestellt. Zwar sei ihr dort am 02. Februar 1999 von der OberÄrztin E1 â; wegen des Zustandes der Netzhaut von einer fÄnften Operation abgeraten worden, infolge der am selben Tag von Prof. E1 â; vorgenommenen Begutachtung und der ihr hiernach mitgeteilten Erfolgsaussichten habe sie sich fÄr den 18. Februar 1999 zur Aufnahme in seine Klinik vornotieren lassen. Die ihrerseits angefragte Entfernung der Cerclage sei nicht zugesagt worden. Da sie davon Kenntnis gehabt habe, dass gleichartige Operationen auch in Israel durchgefÄhrt wÄrden, habe sie sich aus KostengrÄnden fÄr das billigere internationale Flugticket entschieden und gleichfalls fÄr eine Begutachtung ihrer Netzhaut in Tel Aviv. Infolge mehrfa-cher Fachkonsultationen habe sie erkannt gehabt, dass es offenbar weit voneinander abweichende Auffassungen zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit gegeben habe. Sodann wird wÄrtlich im Widerspruchsschreiben ausgefÄhrt: "Zu meinem GlÄck hat sie [i.e. Dr. L2 â;] sich am 7.2.99 unter Konsultation ihres Ärztlichen Kollegen Prof. T1 â;, nach ErlÄuterung des Befundes auf meine dringen-de Bitte hin und bei guter Prognose fÄr mein SehvermÄgen, zu der am 18.2.1999 durchgefÄhrten Operation entschlieÄen kÄnnen."

Von den diesem chirurgischen Eingriff zugrunde liegenden Tatsachen sei die Beklagte nachweislich am 11. Februar 1999 und 12. Februar 1999 allumfassend vorab fernmÄndlich in Kenntnis gesetzt und wegen der besonderen UmstÄnde des Einzelfalls auch um PrÄfung der Kostenerstattung in HÄhe des ansonsten in Deutschland zu Äbernehmenden Kostensat-zes gebeten worden. Wegen der Dringlichkeit des Eingriffes sei ein Zeitverlust nicht mehr hinnehmbar gewesen, das Ansinnen einer ErforderlichkeitsprÄfung und einer wiederholten Begutachtung habe sich als unzumutbare Forderung dargestellt. Die vorab fernmÄndlich bekannt gegebene Versagung habe dem ersten Anschein nach der allgemeinen Regel ent-sprochen, dennoch sei dies fÄr sie in hÄchstem MaÄe unertrÄglich und unverhÄltnismÄÄig.

Mit schriftlichem Bescheid vom 17. Juni 1999 lehnte die Beklagte u.a. die

Übernahme der Kosten der Behandlung in Israel ab. Eine Kostenübernahme könne lediglich gewährt werden, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse die entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich sei. Diese Voraussetzung sei nicht erfüllt, da diese Behandlung eindeutig in einem Vertragskrankenhaus in Fâ€¦ hätte durchgeführt werden können, zumal ein Operationstermin bereits vereinbart gewesen sei.

Dagegen legte die Klägerin am 18. November 1999 Widerspruch ein. Streitiger Punkt der Ausführung des Eingriffes sei insbesondere gewesen, auf welchem Wege die bleibende Anhaftung der abgelösten Netzhaut zu erreichen sei. Maßgeblich bei der Auswahl der in Frage kommenden Methoden sei für sie gewesen, dass eine Unverträglichkeit des ihr aufgenötigten Silikonöls im Raume gestanden habe. Postoperativ sei es zu typischen Unverträglichkeitsreaktionen gekommen, die nicht erklärbar gewesen seien. Trotz des sich aufdrängenden Sachverhalts sei eine Sachdiskussion von den um Hilfe ersuchten Ärzten verweigert worden. Eine Kostenübernahme sei daher zumindest nach Â§ 14 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) gegeben. Der Leistungsträger sei zur Beratung verpflichtet, wenn sich der Leistungsberechtigte entweder mit einem konkreten Ersuchen an ihn wende oder ein gegebener Sachverhalt offenkundige Hinweise auf eine zweckmäßige Gestaltung eines Sozialversicherungsverhältnisses biete. Das sei vorliegend der Fall, denn sie habe in den Uni-Kliniken um sachkundige Beratung gebeten, diese jedoch bekanntermaßen nicht in ihrem Sinne erhalten. Die Gesamtkosten für die Behandlung in Tel Aviv würden 20.320,00 DM betragen (incl. Hotel-, Telefonkosten, Hin- und Rückfahrten zum Flughafen Dresden und Flug).

Gegen den ohne Erfolg gebliebenen Widerspruch (Widerspruchsbescheid vom 26. Januar 2000) hat sich die am 22. Februar 2000 beim Sozialgericht Dresden (SG) erhobene Klage gerichtet.

Unter Vorlage verschiedener ärztlicher Unterlagen hat die Klägerin im erstinstanzlichen Verfahren u.a. vorgetragen, mit der Aussicht in Deutschland keinen für ihr Problem geeigneten Operateur zu finden, habe sie sich angesichts der widersprüchlichen Darlegungen des ihr bekannten Fachpersonals zu einer unabhängigen Begutachtung ihres Gesundheitszustandes entschließen müssen. Insoweit habe sie auf private Rechnung Spezialisten in Israel konsultiert. Nach der ersten Untersuchung bei Dr. L2 â€¦ im Januar 1999 habe sie Prof. Dr. E1 â€¦ in Fâ€¦ aufgesucht. Dieser habe ihr erklärt, er dürfe die Cerclage nicht operieren. Er habe ihr zu einer Operation in Tel Aviv geraten. Sie habe sich dennoch vorsorglich einen Termin in Fâ€¦ geben lassen, da ein Operationstermin in Israel noch nicht verbindlich zugesagt gewesen sei. Die endgültige Entscheidung für eine Operation habe sie erst in Tel Aviv getroffen. Dort sei ihr die für sie geeignete Operationsart zugesagt worden. Diese sei zudem billiger gewesen als in Deutschland. Wegen der weiteren Einzelheiten des klägerischen Vorbringens wird auf Blatt 63 bis 93 der SG-Akte verwiesen.

Mit Urteil vom 10. Oktober 2002 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch

Sozialgesetzbuch (SGB V). Zum einen habe eine unaufschiebbare Leistung im Sinne dieser Regelung nicht vorgelegen, da die Voraussetzungen des [Â§ 18 Abs. 3 SGB V](#) nicht erfüllt gewesen seien. Wie sich aus dem Arztbericht des Krankenhauses in Tel Aviv ergebe, habe es sich nicht um die Behandlung eines Akutereignisses gehandelt, sondern um die Behandlung der bereits seit sieben Monaten bekannten Netzhautablösung. Eine unverzüglich erforderliche Behandlung habe daher nicht vorgelegen. Zum anderen habe die Beklagte die Leistung bereits deshalb zu Recht abgelehnt, weil vor Antritt der Auslandsreise kein Antrag auf Kostenübernahme gestellt worden sei. Deswegen könne im Übrigen dahingestellt bleiben, ob es sich bei der streitigen Augenoperation um eine nur im Ausland mögliche Behandlung im Sinne des [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) gehandelt habe. Damit komme auch ein Anspruch nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Verbindung mit [Â§ 18 Abs. 2 SGB V](#) hinsichtlich der von der Klägerin neben den Behandlungskosten geltend gemachten weiteren Kosten nicht in Betracht.

Gegen das am 25. Oktober 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 22. November 2002 beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegte Berufung der Klägerin.

Die Klägerin hat vorgetragen, sie habe angesichts der fehlgeschlagenen Operationen das Vertrauen in die ärztliche Kunst und vor allen Dingen zu den deutschen Ärzten verloren. Prof. Dr. E1. habe ihr dringend geraten, die Augenoperation in Israel mit der dort vorhandenen Operationstechnik vornehmen zu lassen. Diese Operationstechnik sei in Deutschland nicht vorhanden gewesen. Die Auslandsbehandlung dürfe nicht schon dann versagt werden, wenn generell die Möglichkeit einer Behandlung im Inland bestehe, aber diese aus im spezifischen Krankheitsbild liegenden Gründen keinen Erfolg verspreche (Hinweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 23. November 1995 – [1 RK 5/95](#)). Aus den fehlgeschlagenen Operationen in Deutschland gehe hervor, dass dem hier so sei. Dass sie keinen Antrag auf Kostenübernahme gestellt habe, könne ihr nicht zum Vorwurf gemacht werden, sondern stelle eine unzulässige Rechtsausübung der Beklagten dar. Sie sei weder von der Beklagten aufgefordert noch beraten worden. Auch sei die behandelnde Ärzteschaft als Erfüllungsgehilfe der Beklagten anzusehen. Erst mit der Geltendmachung der Behandlungskosten habe sie erfahren, dass sie sich lange vorher um die Kostenübernahme hätte bemühen müssen. Zwar rechtfertige allein schon die unterbliebene Beratung, dass ihr im Wege des Herstellungsanspruchs ein Anspruch auf die Erstattung der Kosten zustehe. Aber auch die erfolgreiche Operation liefere die Rechtfertigung dafür, dass es notwendig gewesen sei, die Behandlung im Ausland vornehmen zu lassen. Auch sei die Behandlung in Israel erforderlich gewesen, weil kein Arzt in Deutschland bereit gewesen sei, die Cerclage zu entfernen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 10. Oktober 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihrer Bescheide vom 12. Februar 1999 und 17. Juni 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 2000 zu verurteilen, ihr die Kosten für die in Israel im Februar 1999 durchgeführte Augenoperation insgesamt zu erstatten, hilfsweise in Höhe der Kosten, die der

Beklagten bei einer Operation im Inland entstanden wären, höchstzulassen die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, die Kostenübernahme einer gezielten Auslandsbehandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung sei von der Voraussetzung abhängig, dass für die betreffende Krankheit im Moment überhaupt keine, also auch keine andere Behandlungsmethode zur Verfügung stehe, die dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand genüge. Die Möglichkeit der in Israel durchgeführten Augenoperation hätte auch in Deutschland bestanden.

Das Gericht hat über die Klägerin und die Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in Israel (Tel Aviv) Krankenunterlagen vom Medizinischen Zentrum Tel Aviv, I Krankenhaus, beigezogen.

Der Senat hat ferner Auskünfte von Prof. Dr. V1 (stellvertretender Direktor der Charité-Augenklinik in B), Prof. Dr. O1 (Direktor der Klinik für Augenheilkunde des Klinikums der J-Universität F), Prof. Dr. P1 (Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums C in D), Prof. Dr. W1 (Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums L) sowie von Prof. Dr. D1 (Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Augenheilkunde der M-Universität H) eingeholt. Wegen des Inhalts der Auskünfte wird auf Blatt 121 bis 122, 125 bis 126, 130 bis 131 und Blatt 134 der LSG-Akte Bezug genommen. Der Senat hat ferner Prof. Dr. E1 (Chefarzt der Augenklinik der Städtischen Kliniken F) zum Vorstellungstermin am 02. Februar 1999 befragt. Wegen der Einzelheiten der Auskunft wird auf Blatt 143 bis 158 der LSG-Akte verwiesen. Schließlich hat der Senat die Krankenunterlagen der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums L beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Mit Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte die Behandlungskosten der im Februar 1999 in Israel durchgeführten Augenoperation und die damit im Zusammenhang stehen weiteren Kosten (Flug, Unterkunft, Telefon) übernimmt.

Nicht streitgegenständlich ist der von der Beklagten der Klägerin am 12. Februar 1999 mündlich erteilte Verwaltungsakt ([§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch

Sozialgesetzbuch [SGB X] i.V.m. [Â§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#)), der den Inhalt hatte, dass keinerlei Kosten fÃ¼r eine Operation in Israel Ã¼bernommen werden kÃ¶nnen. Weder liegen die Voraussetzungen des [Â§ 86](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) noch die des [Â§ 96 SGG](#) vor. Der Bescheid wurde weder wÃ¤hrend eines laufenden Widerspruchs- und wÃ¤hrend eines laufenden Streitverfahrens erlassen. Hierauf kommt es letztlich nicht an, weil die Beklagte den zunÃ¤chst nur mÃ¼ndlich bekannten Verwaltungsakt durch den schriftlichen Verwaltungsakt vom 17. Juni 1999 konkludent ersetzt hat. Die Ersetzung ergibt sich insbesondere daraus, dass die Beklagte im Widerspruchsverfahren nur den Bescheid vom 17. Juni 1999 Ã¼berprÃ¼ft und sich auch nicht auf den zuvor mÃ¼ndlich ergangenen Verwaltungsakt berufen hat. Die Beklagte wollte ersichtlich, dass allein der Bescheid vom 17. Juni 1999 Grundlage der weiteren Ã¼berprÃ¼fung ihrer Rechtsauffassung werden sollte.

Die KlÃ¤gerin hat keinen KostenÃ¼bernahmeanspruch nach [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) in der hier vom 12. August 1998 bis 31. Dezember 2003 geltenden maÃgeblichen Fassung. Hieraus folgt, dass sie auch keinen Anspruch auf die insoweit nach [Â§ 18 Abs. 2 SGB V](#) akzessorisch ausgestaltete Ã¼bernahme weiterer Kosten hat.

Nach [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise Ã¼bernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland mÃ¶glich ist.

Der KostenÃ¼bernahmeanspruch nach [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) ist hier nicht schon durch das am 17. Dezember 1973 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Staat Israel geschlossene Abkommen Ã¼ber soziale Sicherheit (BGBl. 1975 II S. 246) in Verbindung mit dem hierzu erlassenen Gesetz ([BGBl. 1975 II S. 245](#)) ausgeschlossen. Zwar sieht Art. 13 Abs. 3 des Abkommens einen Sachleistungsspruch gegen die Nationalversicherungsanstalt des Staates Israel vor. Dies betrifft jedoch nur Leistungen im Falle der Mutterschaft, wie aus der Ãberschrift zu Abschnitt II, Kapitel I des Abkommens, zu dem auch [Â§ 13 Abs. 3](#) des Abkommens gehÃ¶rt, hervorgeht (siehe ferner Nr. 5 Buchst. a) des Schlussprotokolls zu dem Abkommen vom 17. Dezember 1973). Im Ã¼brigen hat die KlÃ¤gerin einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag abgeschlossen.

Eine Auslandsrankenbehandlung setzt voraus, dass Ã¼berhaupt eine Krankenbehandlung erforderlich ist. Dies richtet sich nach dem auch fÃ¼r das Inland geltenden Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach [Â§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) in Verbindung mit [Â§ 27 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zu den von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen zÃ¤hlen auch Leistungen der Krankenhausbehandlung ([Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, 39 SGB V](#)).

Die KlÃ¤gerin, bei der eine Amotio retinae des linken Auges vorlag, gehÃ¶rte als bei der Beklagten Versicherte zu dem Personenkreis, der Anspruch auf Krankenbehandlung in dem dargelegten Umfang hat. Die durchgefÃ¼hrte Pars-

plana-Vitrektomie war wegen der nicht anliegenden Netzhaut am linken Auge medizinisch dringend erforderlich. Dies ergibt sich aus den Stellungnahmen der Dres. F2 ¹ und S1 ² (Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universität L ³) vom 21. Oktober 1998, dem Bericht von Prof. Dr. G1 ⁴ und Dr. B1 ⁵ (Augenklinik und Poliklinik der Medizinischen Fakultät der Universität R ⁶) vom 21. Dezember 1998 und aus dem MDK-Gutachten von Dr. F1 ⁷ vom 20. Januar 1999. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

Ob eine Kostenübernahme nach [Â§ 18 SGB V](#) weiter voraussetzt, dass der Betroffene der Krankenkasse eine vertragsärztliche Verordnung für die Auslandsbehandlung vorlegt (für dieses Erfordernis z.B. LSG Berlin, Urteil vom 16. März 1997 ⁸ [L 9 KR 51/94](#) ⁹ [NZS 1997, 519](#), 520) und ob dies hier der Fall war, kann offen bleiben. Das Kostenerstattungs-begehren der KIÄgerin ist jedenfalls aus anderen Gründen erfolglos.

Der Anspruch der KIÄgerin auf Übernahme der Kosten nach [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) scheidet schon daran, dass 1998/99 im Inland nicht nur abstrakt und generell eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung von Netzhautablösungen möglich war, sondern dass auch im Falle der KIÄgerin unter Berücksichtigung ihrer individuellen Umstände eine konkrete, erfolgversprechende Behandlungsmethode vorhanden war und die Möglichkeit ihrer Inanspruchnahme auch konkret für die KIÄgerin bestand.

Um den Zugang zu einer Auslandsrankenbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu eröffnen, darf im Inland keine dem in [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) genannten Standard entsprechende Behandlung der beim Versicherten bestehenden Erkrankung möglich sein. Warum die Behandlung in Deutschland nicht durchgeführt werden kann und ob dafür qualitative oder quantitative Aspekte maßgeblich sind, ist unerheblich. Abgesehen von den Fällen, in denen ein im Ausland für eine bestimmte Erkrankung entwickeltes Therapieverfahren oder ein neues medizinisch-technisches Gerät noch nicht verfügbar oder in denen die gebotene Therapie wegen der erforderlichen klimatischen Bedingungen ortsgebunden ist (BSG, Urteil vom 23. November 1995 ¹⁰ [1 RK 5/95](#) ¹¹ [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr. 1](#): Badekur am Toten Meer), greift die Regelung auch ein, wenn die Behandlung im Inland zwar an sich möglich ist, aber wegen fehlender Kapazitäten oder aus anderen Gründen nicht rechtzeitig erfolgen kann ([BT-Drucks 11/2237 S. 166](#)).

Für die Anwendung des [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) reicht es freilich nicht aus, dass die konkrete, vom Versicherten gewünschte Therapie nur im Ausland durchgeführt werden kann. Die Krankenkasse darf die Kosten dieser Therapie vielmehr nur übernehmen, wenn für die betreffende Krankheit im Inland überhaupt keine, also auch keine andere Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse genügt. Diese Einschränkung ist bereits im Wortlaut der Vorschrift angelegt. Wenn dort der umfassende Begriff der "Behandlung einer Krankheit" verwendet wird, so grenzt das die Regelung in terminologischer Hinsicht von anderen Bestimmungen ab, in denen das Gesetz in einem engeren Sinne von "Leistungen" ([Â§ 2 Abs. 1](#) und 2, [Â§ 12 Abs. 1 SGB V](#)),

"Behandlungsmethoden" ([Â§ 2 Abs. 1 Satz 2](#), [Â§ 135 Abs. 1 SGB V](#)), "Maßnahmen" ([Â§ 27a](#), [Â§ 28 Abs. 2 Satz 8](#), [Â§ 40 Abs. 1 SGB V](#)) oder "Therapierichtungen" ([Â§ 2 Abs. 1 Satz 2](#), [Â§ 34 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)) spricht. Die Wortwahl ist nicht zufällig, sondern folgt dem Zweck der Regelung. Denn die Auslandsbehandlung stellt \hat{a} ebenso wie eine gegebenenfalls im Wege der Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu ermöglichende Behandlung durch nicht zugelassene Ärzte und Krankenhäuser im Inland \hat{a} einen bloßen Notbehelf für den Fall dar, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Mitteln des Sachleistungssystems nicht erfüllt werden kann. Die in [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Notwendigkeit, mit Hilfe der Auslandsbehandlung eine Lücke in der medizinischen Versorgung in Deutschland zu schließen, besteht aber nur, wenn eine im Geltungsbereich des SGB V nicht behandelbare Krankheit im Ausland mit der erforderlichen Erfolgsaussicht behandelt werden kann, und nicht schon dann, wenn das im Ausland angebotene Leistungsspektrum lediglich andere medizinische Maßnahmen umfasst, ohne im Ergebnis die Behandlungsmöglichkeiten für die beim Versicherten bestehende Krankheit entscheidend zu verbessern.

Dass der Anwendungsbereich des [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) eng zu ziehen ist, ergibt sich des Weiteren aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift und den Gesetzesmotiven sowie aus dem systematischen Zusammenhang mit den [Â§ 16](#) und [17 SGB V](#). Mit der durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I 2477](#)) neu eingeführten Regelung des [Â§ 18 Abs. 1](#) und 2 SGB V hat der Gesetzgeber die zuvor bereits bestehende Verwaltungspraxis und Rechtsprechung aufgegriffen, nach der die Krankenkasse die durch Inanspruchnahme eines ausländischen Arztes oder Krankenhauses entstehenden Kosten ausnahmsweise übernehmen konnte, wenn eine erfolgversprechende Behandlung aus medizinischen Gründen nur im Ausland möglich war. Durch die Aufnahme in das Gesetz sollte gewährleistet werden, dass Versicherte auch bei etwaigen Versorgungsdefiziten in Deutschland diejenige Behandlung erhalten können, die dem aktuellen medizinischen Standard hochentwickelter Industriestaaten entspricht. Andererseits sollte durch die Fassung der einschlägigen Bestimmungen der Gefahr eines "Gesundheitstourismus" vorgebeugt werden. Das Gesetz geht deshalb in [Â§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) vom Ruhen des Leistungsanspruchs bei Auslandsaufenthalt als Grundsatz aus und trifft in den [Â§ 17](#) und [18 SGB V](#) Sonderregelungen für Fälle, in denen ausnahmsweise etwas anderes gelten soll. Auch in der Begründung zum Entwurf des GRG ([BT-Drucks 11/2237, S. 166](#)) wird ausdrücklich betont, dass [Â§ 18 SGB V](#) als Ausnahmevorschrift eng auszulegen sei. Der Ausnahmecharakter wird schließlich daran deutlich, dass die Kostenübernahme als Ermessensleistung ausgestaltet ist, um den Krankenkassen eine flexible Handhabung zu ermöglichen und eine finanzielle Überforderung zu vermeiden (vgl. [BT-Drucks. 11/2237](#), a.a.O.).

Aus der dargestellten Funktion der Regelung folgt somit, dass die Notwendigkeit einer Auslandsbehandlung zu verneinen ist, wenn zwar eine bestimmte, vom Versicherten bevorzugte Therapie nur im Ausland erhältlich ist, im Inland aber andere, gleich oder ähnlich wirksame und damit zumutbare Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen. Nur wenn die im Ausland

praktizierte Methode den im Inland bestehenden Behandlungsangeboten eindeutig überlegen ist, wenn etwa eine Krankheit im Inland nur symptomatisch behandelt werden kann, während im Ausland eine kausale, die Krankheitsursache beseitigende Therapie möglich ist, kommt eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse in Betracht, weil dann allein die Auslandsbehandlung dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Da das Gesetz mit der Möglichkeit der Kostenbeteiligung bei Auslandsbehandlung nicht das im Geltungsbereich des SGB V vorhandene Leistungsangebot erweitern, sondern nur eine anders nicht behebbare Versorgungslücke für in Deutschland nicht behandelbare Krankheiten beseitigen will, können bei mehreren gleichwertigen Behandlungsalternativen nur die im Inland bestehenden Therapieangebote in Anspruch genommen werden.

Dieser Vorrang kommt der Inlandsbehandlung auch dann zu, 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 gesetzlichen Krankenversicherung. 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 gewährleisten, die zur Heilung und Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind ([Â§ 2 Abs. 1 Satz 3 Â§ 12 Abs. 1, Â§ 27 Abs. 1, Â§ 70 Abs. 1 SGB V](#)). Auf eine optimale, über den beschriebenen gesetzlichen Standard hinausgehende Versorgung besteht dagegen grundsätzlich kein Anspruch, wie das Bundessozialgericht in anderem Zusammenhang bereits entschieden hat (Urteil vom 23. Mai 1984 – [6 RKa 2/83](#) – SozR 5520 Â§ 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 Krankenversicherung 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 (so wörtlich schon BSG, Urteil vom 16. Juni 1999 – [B 1 KR 4/98 R](#) – SozR 3-2500 Â§ 18 Nr. 4). Kann eine Behandlung zwar im Inland mit den hier verfügbaren personellen und sachlichen Mitteln erfolgen, gebührt aber der im Ausland praktizierten anderen Methode ein qualitativer Vorrang gegenüber den in Deutschland angewandten Methoden, kommt eine Kostenübernahme nach [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) in Betracht. Die begehrte Behandlung der Inlandsbehandlung muss aber – wie bereits oben ausgeführt – aus medizinischen Gründen "eindeutig überlegen" sein; nicht notwendig ist eine Auslandsbehandlung dagegen, wenn im Inland gleich oder ähnlich wirksame und damit zumutbare Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Februar 2004 – [B 1 KR 5/02 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 18 Nr. 2 m.w.N.).

Die Durchführung einer Pars-plana-Vitrektomie mit anschließender Bulbusfällung mittels eines Gasgemischs sowie Entfernung einer Cerclage

gehörte im vorliegenden Fall zum damaligen Zeitpunkt (1999) zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Es bestand eine qualitativ gleichwertige und unter zumutbaren Bedingungen verfügbare Behandlungsmöglichkeit auch im Inland.

Nach den vom Senat eingeholten Stellungnahmen verschiedener Direktoren von Universitäts-Augenkliniken stand der Klägerin die Möglichkeit der Durchführung einer Pars-plana-Vitrektomie einschließlich Entfernung einer Cerclage auch im Leistungsbereich des SGB V zur Verfügung. Prof. Dr. V1 äußerte dazu am 05. April 2005 aus, das übliche operative Vorgehen einer Pars-plana-Vitrektomie wäre in der Mehrzahl der deutschen Universitätsaugenkliniken möglich gewesen. In der Charité-Augenklinik würden über 1.000 glaskörperchirurgische Operationen pro Jahr durchgeführt. Prof. Dr. O1 berichtete mit Schreiben vom 05. April 2005, in Deutschland gebe es mehrere Universitätskliniken, die auf Netzhaut- und Glaskörperchirurgie spezialisiert seien. Alle nur denkbaren operativen Maßnahmen könnten dort mit höchster Präzision und Sicherheit erfolgen. In seiner Stellungnahme vom 19. April 2005 teilte Prof. Dr. P1 mit, die Durchführung einer Pars-plana-Vitrektomie sowohl unter Verwendung einer Gastamponade, Silikonamponade sowie einer Bulbustonisierung mit Elektrolytlösung wäre im Februar 1999 an seiner Einrichtung (Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums C in D) bei bestehender Indikationsstellung möglich gewesen. Ende der 1990er Jahre sei eine Pars-plana-Vitrektomie als Therapieoption zumindest an allen universitären Einrichtungen mit Netzhautschwerpunkt vorhanden gewesen. Ebenso hätte bei der Wahl der möglichen Endotamponaden keine Einschränkung bestanden. Eine Vitrektomie unter Verwendung eines Gas-Gel-Gemisches kein Silikonamponade und Entfernung einer Cerclage hätte im Februar 1999 auch in der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums L durchgeführt werden können (vgl. Auskunft von Prof. Dr. W1 vom 02. Juni 2005). Eine Vitrektomie könne sowohl mit Gas- als auch mit Silikonamponade in den meisten großen Universitätskliniken in Deutschland durchgeführt werden. Prof. Dr. D1 äußerte unter dem 29. Juni 2005 aus, die Durchführung einer Pars-plana-Vitrektomie und einer anschließenden Bulbusfällung mittels eines Gasgemisches sowie die Entfernung einer Cerclage hätten grundsätzlich auch in der Universitäts-Augenklinik H durchgeführt werden können.

Sofern die Klägerin einwendet, die Verwendung eines Gas-Gel-Gemisches als Endotamponadematerial habe letztendlich nur in Israel durchgeführt werden können, ist dies nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. D1 hat dazu ausgeführt, da der Einsatz von Silikonamponade immer mit gewissen Problemen behaftet sein könne, hätten sich verschiedene Zentren auch mit der Nutzung anderer Endotamponadematerialien befasst, so z.B. Prof. Dr. E1 von der Augenlinik des Krankenhauses F, Prof. K1 von der Universitäts-Augenklinik K und Herr PD H1 von der Universitäts-Augenklinik L. Hier haben zudem verschiedene, die Klägerin untersuchende Ärzte (der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universität L, der Augenlinik und Poliklinik der Medizinischen Fakultät der Universität R) den Einsatz von Silikonamponade zumindest als ernsthafte Mög-

lichkeit auf der Basis der sich in der intraoperativen Situation ergebenden Behandlungs-notwendigkeiten empfohlen (vgl. die Stellungnahme von Prof. Dr. W1 [â¶](#) und Dr. J1 [â¶](#) vom 02. Juni 2005, Blatt 130 f. der LSG-Akte). Es ergeben sich daher keine Anhaltspunkte dafür, dass die Verwendung von Silikon- als Endotamponadenmaterial oder einer Gas-tamponade keine medizinisch vertretbare Therapieentscheidung gewesen wäre.

Schon hiernach hat der Senat keinen Zweifel, dass für die Behandlung der Amotio bzw. Ablatio retinae der Klägerin ausreichend Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland be-standen, und zwar nicht nur abstrakt hinsichtlich möglicher Behandlungssituationen und generell hinsichtlich des Personenkreises, sondern auch hinsichtlich des konkreten Erkran-kungsbildes in der Person der Klägerin. Hätte die Behandlungsmethode im Sinne der oben dargestellten Rechtsprechung des BSG eine völlig andere Qualität gehabt, ist davon auszu-gehen, dass jedenfalls nicht alle befragten Professoren der Ophthalmologie die Überlegen-heit der Methode von Dr. L2 [â¶](#) unerwähnt gelassen hätten. Denn den vom Senat befrag-ten Lehrstuhlinhabern auf dem Gebiet der Ophthalmologie waren die ins Deutsche -israelischen Behandlungsunterlagen mit konkreten Fragen vorgelegt worden. Ins-besondere war auch ausdrück-lich gefragt worden: "Hätte die am 18.02.1999 in Israel durchgeföhrte Operation (Vitrektomie unter Verwendung eines Gas-/Galgemisches - kein Silikon- und Entfernung der Cerclage) im Februar 1999 grundsätz-lich auch in der von Ihnen geleiteten Klinik durchgeföhr- werden können, unterstellt die notwendige Indikation hierfür hätte vorgelegen." Ganz im Gegenteil geht aus den Stellungnahmen hervor, dass es zwar unterschiedliche Füllungs-materialien gibt, es aber innerhalb der Methode Gasfüllung keine signifikanten Unterschiede gibt. Ansonsten hätten die zahlreich befragten Professo-ren der Ophthalmologie auf etwa bestehende erhebliche Unterschiede hingewiesen. Der Senat hat daher keinen Anlass gesehen, von Amts wegen ein Gutachten zu der Frage ein-zuholen, ob die von Dr. L2 [â¶](#) im Falle der Klägerin angewendete Methode einen deut-lichen Unterschied zum Besseren gegenüber den in deutschen UniversitÄtskliniken damals eingesetzten Gastamponaden beinhaltet hat. Dies hätte bedeutet, an der Wahrhaftigkeit der -bereinstimmenden Angaben sÄmtlicher befragter Professoren der Ophthalmologie zu zweifeln. Angesichts deren -bereinstimmender Angaben ergaben sich insoweit aber keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit einer weiteren Sachverhaltsermittlung. Im Übrigen hat die anwaltlich vertretene Klägerin, die zudem seit 2005 selbst als RechtsanwÄltin zuge-lassen ist, weder einen Beweisantrag im Sinne von [Â§ 106 SGG](#) noch einen Antrag nach [Â§ 109 SGG](#) gestellt.

Die Klägerin macht allerdings geltend, dass die Silikon-füllung für sie wegen vermuteter Silikonunverträglichkeit unzumutbar gewesen sei. Auf Befragen des Senats in der mündli-chen Verhandlung hat sie dazu ausgeföhr- t, eine Silikonunverträglichkeit sei bei ihr nicht gesichert. Eine mit ihr befreundete OrthopÄdin habe aufgrund der klÄgerischen Schilderun-gen über Unverträglichkeitsreaktionen den begründeten Verdacht geäußert. Der diagnosti-sche Nachweis, wenn er privatÄrztlich erbracht worden wäre, wäre sehr teuer gewesen. Eine allergische Reaktion der Klägerin bei der Verwendung

von SilikonÃ¶l ist aus den vor-liegenden Ã¶rztlichen Unterlagen nicht nachgewiesen, beschrieben ist lediglich eine Chrom-/Nickelallergie (vgl. Krankenunterlagen der Klinik und Poliklinik fÃ¼r Augenheilkunde in L. â€¦). Selbst wenn man unterstellt, dass in der Mehrzahl oder in fast allen UniversitÃ¤ts-kliniken der Wunsch der KIÃ¤gerin nach einer Operation ohne Einsatz von SilikonÃ¶l nicht beachtet worden wÃ¤re, der Einsatz von SilikonÃ¶l unter prÃ¤ventiven Gesichtspunkten der KIÃ¤gerin aber nicht zumutbar gewesen wÃ¤re und sich daraus im konkreten Fall eine Ver-sorgungs-lÃ¼cke hÃ¤tte ergeben kÃ¶nnen, steht zur Ã¼berzeugung des Senats aufgrund der schriftsÃ¤tzlichen Angaben der KIÃ¤gerin und ihrer AusfÃ¼hrungen in der mÃ¼ndlichen Ver-handlung sowie aufgrund der Angaben von Prof. Dr. E1. â€¦ vom 31. August 2005 fest, dass die KIÃ¤gerin, wÃ¤re sie nicht in Israel gewesen, am 18. Februar 1999 in den StÃ¤dtischen Kliniken F. â€¦ von Prof. Dr. E1. â€¦ im Wege der Pars-plana-Vitrektomie unter Ein-satz einer Gastamponade am linken Auge operiert worden wÃ¤re. Es findet sich zudem in den Behandlungsunterlagen von Prof. Dr. E1. â€¦ der ausdrÃ¼ckliche Vermerk: "Stat. Termin: CA [Chefarzt] ppV + Gas (Pat. wÃ¼nscht Bedenkzeit, evtl. telefon. Absage)".

Auch die von der KIÃ¤gerin gewÃ¼nschte und â€¦ angeblich â€¦ verweigerte Entfernung der Cerclage rechtfertigt keine Auslandsbehandlung. Auch insoweit verweist der Senat auf die schlÃ¼ssige Stellungnahme von Prof. Dr. E1. â€¦, dass er sich zwar nicht mehr erinnern kÃ¶nne, ob die Cerclage bei der Operation habe entfernt werden sollen, er aber der KIÃ¤gerin die Entfernung derselben nicht verweigert habe, sondern nur auf das Risiko hingewiesen habe. Der Senat ist daher davon Ã¼berzeugt, dass die KIÃ¤gerin bei insoweit ausdrÃ¼cklicher Haf-tungsfreistellung des operierenden Arztes auch in Deutschland die Entfernung der Cerclage hÃ¤tte erreichen kÃ¶nnen. Zudem kommt hinzu, dass im System der gesetzlichen Krankenversicherung der Arzt derjenige ist, der den Behandlungsanspruch des Versicherten konkretisiert. WÃ¤re die Rechtsauffassung der KIÃ¤gerin zutreffend, kÃ¶nnte ein Versi-cherter auch durch unsinnige Anforderungen an den Arzt eine Auslandsbehandlung er-zwingen, wenn kein Arzt im Inland bereit wÃ¤re, dem Ansinnen des Versicherten nachzu-kommen.

Ferner scheidet der KostenÃ¼bernahmeanspruch nach [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) auch daran, dass die KIÃ¤gerin nicht zuvor die Behandlung der Krankheit im Ausland beantragt hat.

Bei einer Behandlung, zu der sich ein Versicherter ins Ausland begibt, kommt eine Kos-tenÃ¼bernahme durch die Krankenkasse nur in Betracht, wenn die Voraussetzungen des [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) erfÃ¼llt sind und der Versicherte die KostenÃ¼bernahme vor Behand-lungsbeginn beantragt und der Kasse Gelegenheit zur PrÃ¼fung und Entscheidung gegeben hat. Letzteres ergibt sich allerdings aus [Â§ 18 Abs. 1](#) und 2 SGB V selbst nicht. [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) muss aber im Zusammenhang mit der Regelung in [Â§ 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) gele-sen werden. Darin wird den Krankenkassen vorgeschrieben, fÃ¼r die Ã¼bernahme der Kosten einer Auslandsbehandlung durch den MDK prÃ¼fen zu lassen, ob die Behandlung im Inland mÃ¶glich ist. Da eine solche PrÃ¼fung nicht abstrakt erfolgen kann, sondern bei dem aktuel-len Krankheitszustand des Versicherten ansetzen muss, der die Behandlung erhalten soll, kann sie sinnvoll nur im Vorfeld der geplanten

Maßnahme durchgeführt werden. Auch für Behandlungen im Ausland gilt der Grundsatz, dass der Krankenkasse eine Möglichkeit zur Überbrückung des Leistungsbegehrens einzuräumen ist, bevor dem Versicherten erlaubt wird, sich die benötigte Leistung außerhalb des Sachleistungssystems selbst zu beschaffen. (BSG, Urteil vom 03. September 2003 – [B 1 KR 34/01 R](#) – [SozR 4-2500 Â§ 18 Nr. 1](#)).

Zu dem insoweit gleichgelagerten Rechtsproblem im [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gilt: Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt einen Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten voraus. Ohne diesen Zusammenhang ist die in [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V](#) (vgl. "dadurch entstanden") geregelte Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz (vgl. [Â§ 2 Abs. 2 Satz 1](#), [Â§ 13 Abs. 1 SGB V](#)) nicht erfüllt. Ein Anspruch nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte. Der Versicherte ist indessen vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems grundsätzlich gehalten, sich an seine Krankenkasse zu wenden, die Leistungsgewährung zu beantragen und die Entscheidung der Krankenkasse darüber abzuwarten. Bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen wird die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse zwar im Allgemeinen eine Zensur sein und ist die Kostenerstattung daher nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Das kann allerdings nur gelten, wenn die nachträglich getroffene Entscheidung der Krankenkasse überhaupt noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. Waren mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung die weiteren Schritte quasi bereits endgültig vorgezeichnet und festgelegt, fehlt selbst bei dieser Konstellation der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt. Das ist dann der Fall, wenn sich die Behandlung als einheitlicher Vorgang darstellt, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lässt (BSG, Urteil vom 22. März 2005 – [B 1 KR 3/04 R](#)). Diese Rechtsprechung ist auf [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) übertragbar.

Die Klägerin hat hier schon beim Abflug nach Israel den Willen gehabt, sich in Israel operieren zu lassen. Hiervon ist der Senat aufgrund des zeitlichen Ablaufs überzeugt. Aufgrund des Kaufs des Flugtickets nach Israel am 02. Februar 1999 in Dresden und dem ersten Kontakt mit Dr. L2 am selben Tag nach der Untersuchung bei Prof. Dr. E1 hat die Klägerin die Behandlung in Israel begonnen, ohne zuvor einen Antrag bei der Beklagten gestellt zu haben. Aber selbst wenn man den Behandlungsbeginn erst auf die ärztliche Konsultation am 07. Februar 1999 datiert, hat die Klägerin, unter Beachtung der im Tatbestand wörtlich wiedergegebenen Formulierung im Widerspruchsschreiben den unbedingten Willen gehabt, die Operation in Tel Aviv von Dr. L2 durchführen zu lassen. Diesen Eindruck hat die Klägerin auch in der mündlichen Verhandlung

vermittelt. Bezeichnend ist und geradezu den Grundtenor auch ihrer Ausführungen in der zweistündigen mündlichen Verhandlung wiedergebend ist, ist ihr schriftsätzliches Vorbringen, sie habe angesichts der fehlgeschlagenen Operationen das Vertrauen in die ärztliche Kunst und vor allen Dingen zu den deutschen Ärzten verloren. Dies rechtfertigt jedoch keine Auslandsbehandlung unter Übernahme der Kosten durch die Beklagte. Die Anrufe der Klägerin am 11. und 12. Februar 1999 waren daher nicht geeignet dem Antragserfordernis gerecht zu werden.

Ebenso wenig hat die Klägerin einen Anspruch auf Kostenerstattung aus dem Rechtsinstitut des so genannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Voraussetzung dieses Anspruchs ist die Pflichtverletzung (Leistungsstörung im weiteren Sinne) eines Leistungsträgers, die zu einem (rechtlichen) Schaden in Form des Ausbleibens von Vorteilen (insbesondere Anwartschaften, Ansprüchen, Leistungen) geführt haben, die an sich im Sozialrecht vorgesehen sind und insbesondere dem betroffenen Bürger zugute kommen sollen, wobei der Anspruch auf Herstellung des Zustandes geht, der eingetreten wäre, wenn die Verwaltung sich nicht rechtswidrig verhalten hätte (vgl. KassKomm-Seewald, Stand September 2005, Vor §§ 38 Abs. 47 SGB I Rn. 30). Dazu hat die Klägerin vorgetragen, sie sei über mögliche Behandlungseinrichtungen im Bundesgebiet von der Beklagten nicht individuell beraten worden, sondern vielmehr mit ihren Problemen allein gelassen worden. Sie habe auf sich gestellt und auf öffentliche Medien angewiesen Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland selbst suchen müssen.

Es kann dahingestellt bleiben, ob Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind, dass die Klägerin vor Durchführung der Operation am 18. Februar 1999 in Israel einen Beratungsbedarf hinsichtlich einer Pars-plana-Vitrektomie unter Einsatz einer Gastamponade bei der Beklagten geltend gemacht hat. Sofern Dr. F1 Abs. 1 im MDK-Gutachten vom 20. Januar 1999 ausgeführt hat, die Versicherte suche eine Augenklinik, die die Cerclage entferne und eine Vitrektomie nur mit Gas vornehme, könnte sich für die Beklagte daraus ein solcher Anhaltspunkt ergeben haben. Letztlich kann dies dahingestellt bleiben, weil die Klägerin mit den städtischen Kliniken F Abs. 1 und Prof. Dr. E1 Abs. 1 tatsächlich ein entsprechendes Krankenhaus und einen Operateur gefunden hat. Zudem ergibt sich auch aus einem von der Klägerin mit einer Mitarbeiterin der Beklagten am 28. Januar 1999 geführten Telefonat (Vermerk vom 28. Januar 1999), dass sie sich zur Behandlung in die Augenklinik F Abs. 1 begeben wollte und die Beklagte damit Kenntnis davon erlangt hat, dass die Klägerin ein Krankenhaus gefunden hat.

Es war aber für die Beklagte nicht erkennbar, dass die Klägerin im Hinblick auf eine Auslandsrankenbehandlung einen Beratungsbedarf hatte. Weder gegenüber Dr. F1 Abs. 1 anlässlich der Begutachtung am 11. Januar 1999 noch direkt gegenüber der Beklagten hat die Klägerin von ihren aufgrund der ersten Untersuchung in Tel Aviv um die Jahreswende 1998/99 sehr konkreten Absichten berichtet, sich dort möglicherweise operieren zu lassen.

Da bereits keine Kostenübernahme für die Hauptleistung

(Krankenhausbehandlung) besteht, besteht erst recht kein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Kosten für die angefallenen Nebenleistungen (Fahrtkosten, Hotelkosten, Telefonkosten, Flugkosten), da diese grundsätzlich wie die Hauptleistungen zu behandeln sind.

Ein Erstattungsanspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Hierbei kann dahinstehen, ob dieser Anspruch auch im Falle der Auslandsbehandlung neben [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) treten kann, was zweifelhaft erscheint. Jedenfalls wird der Anspruch auf Sachleistungen nicht deswegen in einen Kostenerstattungsanspruch nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) umgewandelt, weil die Krankenkasse aus rechtlichen Gründen im Ausland keine Sachleistung gewähren kann (vgl. KassKomm-Häfler, Stand: Juni 2005, [Â§ 13 SGB V](#) RdNr. 35 m. w. N.). Der Senat neigt zu der Auffassung, dass [Â§ 18 SGB V](#) eine abschließende Sonderregelung bei Behandlungen im Ausland darstellt und die Anwendung des [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) insgesamt verdrängt. Aus den vorliegenden Akten sind jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Beklagte eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (vgl. [Â§ 13 Abs. 3](#) 1. Alternative SGB V), da die Klägerin wie bereits oben ausgeführt einen Operationstermin in der Augenklinik der Städtischen Kliniken F am 18. Februar 1999 hatte. Ebenso wenig liegt die Fallgestaltung einer zu Unrecht abgelehnten Leistung vor (vgl. [Â§ 13 Abs. 3](#) 2. Alternative SGB V). Wie von der Klägerin selbst eingeräumt hat die Beklagte einer stationären Behandlung in F zugestimmt.

Auch der hilfsweise gestellte Klageantrag hatte keinen Erfolg. Es existierte zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung abgesehen von dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch keine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Kostenübernahme bzw. Erstattung der Kosten, die der Klägerin bei der Operation im Inland entstanden waren. Das mit dem Herstellungsanspruch Begehrte muss "rechtlich zulässig sein"; zumindest muss das Begehrte "Handeln in seiner wesentlichen Struktur im Gesetz vorgesehen sein". Wie bereits oben ausgeführt, scheidet eine Kostenübernahme der in Israel durchgeführten Operation jedoch bereits daran, dass eine qualitativ gleichwertige und unter zumutbaren Bedingungen verfügbare Behandlungsmöglichkeit im Inland bestand. Allerdings könnte die Klägerin bei einem Beratungsfehler gegebenenfalls geltend machen, so gestellt zu werden, als hätte sie die Operation in einem Vertragskrankenhaus in Deutschland durchführen lassen. Ein dahingehender Beratungsfehler liegt jedoch nicht vor. Insbesondere ist der Senat aufgrund der Ausführungen von Prof. Dr. E1 in seinem Schreiben vom 31. August 2005 davon überzeugt, dass er die Klägerin weder ermuntert noch aufgefordert hat, die Operation in Israel durchzuführen. Aufgrund der oben schon dargelegten Gründe des unbedingten Willens der Klägerin für eine Operation in Israel (Verlust des Vertrauens in die deutsche Ärzteschaft, Kauf eines Flugtickets nach Israel am 02. Februar 1999 in Dresden vor der Konsultation von Prof. Dr. E1) und der Reservierung eines Operationstermins am 18. Februar 1999 durch Prof. Dr. E1 schenkt der Senat den insoweit anders lautenden Behauptungen der Klägerin keinen Glauben. Es kann daher auch dahingestellt bleiben, ob sich die Beklagte eine eventuelle Falschberatung durch Prof. Dr. E1 zurechnen lassen müsste.

Einen allgemeinen Anspruch auf Vorteilsausgleich gibt es nicht. Die insoweit völlig un-haltbare Rechtsauffassung der Klägerin hätte zur Folge, dass bei objektiver Behandlungsbedürftigkeit ein Versicherter sich immer im Ausland mit Anspruch auf Kostenerstattung behandeln lassen und darauf verweisen könnte, der Krankenkasse seien durch die Auslandsbehandlung Kosten im inländischen Leistungserbringungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung erspart geblieben. Dann hätte [Â§ 18 SGB V](#) nur noch die Funktion einer Anspruchsgrundlage für eventuelle im Ausland entstandene Mehrkosten. Dies deckt sich aber nicht mit dem Zweck des [Â§ 18 SGB V](#). Insoweit wird auf die oben dargestellten Gründe des Gesetzgebers und ihre Auslegung durch die Rechtsprechung des BSG verwiesen.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch nach [Â§ 18 Abs. 3 SGB V](#). Dies folgt schon aus dessen Satz 3, wonach eine Kostenübernahme nicht zulässig ist, wenn Versicherte sich gerade zum Zweck der Behandlung ins Ausland begeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

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

Erstellt am: 10.05.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024