LSG München, Urteil v. 15.06.2023 – L 12 KR 408/20

Titel:

Anspruch des Nierenspenders

Normenketten:

SGB V § 13 Abs. 4
SGB V § 13 Abs. 5
SGB V § 27 Abs. 1 a
TransplG § 8
TransplG § 8 a

Leitsatz:

Zu den Ansprüchen des im Übrigen gesetzlich versicherten Spenders einer Lebendniere auf Behandlung im In- und Ausland.

Schlagworte:

Auslandsbehandlung, Kostenerstattung, Nierenspende, Transplantation, Vorbehandlung, Organlebendspende, Sachleistungsanspruch, Vergleichsvereinbarung, Auslandskrankenbehandlung, Unaufschiebbarkeit, Fahrtkosten

Vorinstanz:

SG München vom 25.08.2020 – S 54 KR 182/15

Rechtsmittelinstanz:

BSG, Beschluss vom 14.01.2025 – B 1 KR 50/23 B

Tenor

I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 25.08.2020 wird zurückgewiesen.

II. Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1
Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten, die dem Kläger und Frau G. D., seiner damaligen Lebensgefährtin und späteren Ehefrau, die im August 2022 verstarb und an einer sog. Leichtketten-Amyloidose litt, im Zusammenhang mit Voruntersuchungskosten für eine geplante Lebendnierenspende des Klägers an die Ehefrau per Privatliquidation in Rechnung gestellt wurden. Die Voruntersuchungen fanden vorwiegend an der T-Klinik I., im Übrigen in Deutschland statt. Ferner werden Kosten wegen der Fahrten zu den Untersuchungsterminen geltend gemacht.

2
Die T-Klinik I., in dem der Kläger die Transplantation zunächst durchführen lassen wollte, berichtet von einem geplanten Operationstag am 12.07.2011. Die Transplantation selbst fand letztlich im Dezember 2011 im Klinikum R in M statt. Die Beklagte, bei welcher sowohl der Kläger als auch G.D. gesetzlich krankenversichert sind, übernahm hierfür die Kosten. Der Kläger war bis 1992 Leitender Oberarzt des Transplantationszentrums des R.

3
Mit Schriftsätzen vom 22./24.06.2010 hatten der Kläger und G.D bei der Beklagten die Vorbereitung und Transplantation einer Lebendnierenspende am T-Klinik I. beantragt.

4

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 28.06.2010 und – nachdem der Kläger mit Schriftsatz vom 14.07.2010 vorgetragen hatte, noch keine Leistungsentscheidung erhalten zu haben – erneut mit Bescheid vom 28.07.2010 ab. Der Bescheid wurde nicht angefochten.

5
Nachfolgend wurde die Erstattung der bis dahin bereits entstandenen Kosten für die Voruntersuchungen sowie (erneut) die Zustimmung zur stationären Behandlung anlässlich der geplanten Nierentransplantation in I. beantragt. Die Beklagte lehnte auch dies mit Bescheiden vom 24.08.2010 und 08.09.2010 sowie Widerspruchsbescheid vom 13.12.2010 ab. Der MDK war zuvor in seiner Stellungnahme vom 02.11.2010 zu der Einschätzung gelangt, dass die Versorgungsstruktur für Transplantationen im Inland gewährleistet sei. Die Transplantation einer Lebendnierenspende, auch bei Patienten mit Leichtketten-Amyloidose, sei daher in einem Transplantationszentrum in Deutschland möglich.

6
Im Rahmen der allein von G.D. hiergegen geführten Klage- und Antragsverfahren vor dem Sozialgericht München (S 2 KR 77/11 und S 2 KR 74/11 ER) – der Kläger dieses Verfahrens war nicht beigeladen – schlossen G.D, der Kläger dieses Verfahrens und die Beklagte im Erörterungstermin vom 31.03.2011, an dem G.D. durch den Kläger vertreten worden war, einen Vergleich folgenden Inhalts ab (Ziff. 3 wörtl. Wiederg. mit Numerusfehlern):

1. Die Beklagte/Antragsgegnerin erklärt sich bereit, der Antragstellerin/Klägerin im Wege der Sachleistung eine Lebendnierentransplantation in der U-Klinik I. zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung ist, dass das U-Klinikum I. nach den Sätzen, die für die Tiroler Gebietskrankenkassen gelten, abrechnet und zwar unmittelbar mit der Beklagten/Antragsgegnerin. Jegliche Privatliquidation scheidet aus.

2. Weitergehende Forderung, insbesondere die Erstattung von Privatliquidationen in Deutschland oder von anderen Privatliquidation in Österreich scheiden aus.

3. Die Kosten werden gegeneinander aufgehoben.

4. Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass mit diesem gerichtlichen Vergleich die Rechtsstreitigkeiten S 2 KR 74/11 ER und S 2 KR 77/11 erledigt sind.

5. Die Beteiligten gehen davon aus, dass dieser Vergleich eine Einzelfalllösung ist und er deswegen im Sinne des Patientendatenschutzes und Sozialgeheimnisses absolut vertraulich zu behandeln ist.

6. Für den Fall der Zuwiderhandlung gegen den Geheimhaltungsgrundsatz dieses Vergleiches, wird für jeden Fall der Zuwiderhandlung eine Vertragsstrafe in Höhe von 10.000 € fällig.

7. Die vorstehende Vereinbarung entfaltet Rechtswirksamkeit auch für H, L-Straße, M.

7
Der Vergleichsschluss wurde von G.D. unter dem Aktenzeichen S 2 KR 918/11 wegen Wegfalls der Geschäftsgrundlage angefochten. Zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vergleichs sei sie davon ausgegangen, dass die T-Klinik I. die entsprechenden medizinischen Leistungen, d.h. die Transplantation, zu den Bedingungen der Tiroler Krankenkasse übernehmen würde. Tatsächlich sei die Klinik nur bereit gewesen, gegen Zahlung von 40.000 Euro die Transplantation durchzuführen (Forts. nach Ruhen unter dem Aktenzeichen S 2 KR 561/13).

8
In der mündlichen Verhandlung vom 09.04.2014 erklärte G.D. die Anfechtungsrücknahme, nachdem der Kammervorsitzende darauf hingewiesen hatte, dass der gerichtliche Vergleich ausschließlich Ansprüche zwischen G.D. und der Beklagten zum Gegenstand habe. Die Beklagte hatte erklärt, diese Auffassung zu teilen.

9
Mit dem streitgegenständlichen Antrag vom 28.04.2014 machte der Kläger bei der Beklagten die Erstattung von insgesamt 12.607,46 Euro geltend. Der Betrag setzt sich zusammen aus Voruntersuchungskosten des Klägers und aus abgetretenem Recht auch der G. D. in Höhe von 5.137,13 Euro und Fahrtkosten i. H. v. 6.258,00 Euro für Fahrten nach I., H und innerhalb M zuzüglich Zinsen. Dem Antrag waren folgende Rechnungen beigefügt:

10
Medizinische Untersuchungen des Klägers:

T-Klinik I.:

* medizinische Untersuchung am 15.06.2010: Mahnung vom 17.08.2010 wegen Rechnung vom 21.07.2010 über 78,75 Euro

* Kassenbestätigung vom 30.06.2010 über Einzahlung von 21,48 Euro

* medizinische Untersuchung am 30.06.2010: Rechnung vom 29.07.2010 über 894,52 Euro (vollstationäre Krankenhausbehandlung)

* medizinische Untersuchung am 26.08.2010: Rechnung vom 4.11.2010 über 117,60 Euro

* medizinische Untersuchung am 12.11.2010: Rechnung vom 31.12.2010 über 750,75 Euro

11
Der Kläger und seine Ehefrau waren am 29.06.2010 dort stationär aufgenommen worden bei Entlassung am 30.06.2020.

12
Labor S:

* Rechnung vom 05.02.2010 über 38,62 Euro.

13
Medizinische Untersuchungen der G.D.:

T-Klinik I.:

* medizinische Untersuchung am 30.06.2010: Rechnung vom 29.07.2010 über 1.515,91 Euro (vollstationäre Krankenhausbehandlung)

14
Uniklinik K:

* medizinische Untersuchung am 12.11.2010: Rechnung vom 03.01.2011 über 447,22 Euro.

15
Radiologie am P:

* medizinische Untersuchung vom 08.07.2010: Rechnung vom 17.12.2010 über 948,02 Euro

* medizinische Untersuchung vom 28.12.2010: Rechnung vom 07.01.2011 über 275,01 Euro

16
Mit Schreiben vom 19.05.2014 teilte die Beklagte mit, dass sich der Antrag wegen des gerichtlichen Vergleichs vom 31.03.2011 ausschließlich auf Forderungen des Klägers beziehen könne.

17
Die Beklagte lehnte den Antrag hinsichtlich der ambulanten und stationären Vorbereitungskosten nebst den damit zusammenhängenden Fahrtkosten mit Bescheid vom 10.06.2014 und Widerspruchsbescheid vom 21.01.2015 ab. Der Widerspruchsbescheid vom 21.01.2015 führt aus, dass, soweit der Kläger bis zum 22.06.2010 ambulante Leistungen in Deutschland bzw. bis zum 28.07.2010 ambulante Leistungen in Deutschland sowie vorstationäre und stationäre Behandlungen in Österreich außerhalb des Sachleistungsprinzips in Anspruch genommen habe, der Anspruch auf Kostenerstattung daran scheitere, dass er zuvor keinen Antrag bei der Beklagten gestellt bzw. die Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet habe.

18
Ferner sei eine Erstattung der Kosten der vor und nach der Leistungsablehnung am 28.07.2010 durchgeführten stationären und vorstationären Behandlungen in der T-Klinik I. auch deshalb nicht möglich, weil die Beklagte zu Recht ihre Zustimmung zur stationären Krankenhausbehandlung in Österreich versagt habe. Eine Zustimmung zu einer stationären Behandlung in den Staaten des Europäischen

Wirtschaftsraums und in der Schweiz könne nur erteilt werden, wenn die Behandlung medizinisch notwendig sei und die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nicht in einem Vertragskrankenhaus in Deutschland erbracht werden kann (§ 13 Abs. 5 SGB V). Die Zustimmung habe vorliegend nicht erteilt werden können, da eine entsprechende stationäre Lebendnierentransplantation und die diesbezüglich erforderlichen (stationären und vorstationären) Voruntersuchungen ebenso gut im Inland hätten durchgeführt werden können. Dies bestätige nicht nur der MDK in seinem Gutachten vom 02.11.2010, sondern auch der tatsächliche Geschehensablauf, da die Transplantation letztendlich in Deutschland durchgeführt worden sei. Schließlich habe der Kläger auch keinen Anspruch aus abgetretenem Recht auf Erstattung von Kosten, welche G.D. aufgrund von privat durchgeführten Voruntersuchungen wegen der Organtransplantation entstanden sind. Es könne dahinstehen, ob und ggf. in welchem Umfang G.D. überhaupt Erstattungsansprüche gegenüber der Beklagten auf Grund der Voruntersuchungen zur Organtransplantation erworben habe. Denn jedenfalls wären etwaige derartige Erstattungsansprüche durch Erledigung untergegangen. G.D. habe durch den wirksamen gerichtlichen Vergleich vom 31.03.2011 verfügt, dass alle ihre Erstattungsansprüche gegenüber der Beklagten erledigt seien. Diese Verfügung müsse gemäß § 407 Abs. 2 BGB analog auch der Kläger gegen sich gelten lassen. Ausweislich der vom Kläger überreichten Abtretungserklärung habe G.D. bereits am 16.09.2010 sämtliche Ansprüche bzgl. der Voruntersuchungen zur Lebendnierentransplantation abgetreten. Die Abtretung sei daher vor Rechtshängigkeit der Klage S 2 KR 77/11 am 14.01.2011 erfolgt. Da der Kläger den Forderungsübergang jedoch erst am 21.06.2012 der Beklagten angezeigt habe und die Beklagte daher erst zu diesem Zeitpunkt von der Abtretung Kenntnis erlangt habe, müsse der Kläger den von G.D. am 31.03.2011 geschlossenen wirksamen gerichtlichen Vergleich gegen sich gelten lassen. Sämtliche Ansprüche der G.D. und damit auch des Klägers aus abgetretenem Recht seien auf jeden Fall nach § 407 Abs. 2 BGB analog erledigt.

19
Der Kläger hat am 10.02.2015 Klage erhoben (zunächst S 2 KR 182/15, aufgrund Änderung in der Geschäftsverteilung seit 1/2019: S 54 KR 182/15). Er trägt vor, dass sich der Zustand seiner Ehefrau ab Juni 2010 dramatisch verändert habe. Sie sei trotz fortschreitender Niereninsuffizienz infolge einer Amyloidose über den Fortgang und eine nötige Therapie durch die U-Klinik in M nicht umfassend aufgeklärt worden. Insbesondere sei sie nicht darüber informiert worden, dass in absehbarer Zeit eine Dialyse oder eine Lebendspende durchgeführt werden müsse. Die Krankheit der Amyloidose führe, wenn es eine Schwererkrankung wie im vorliegenden Fall sei, meistens zum Tod innerhalb von 24 Monaten ab Beginn der Dialyse. Da kein Vertrauen mehr in die U-Klinik bestanden habe, sei die weitere Diagnostik mit der Hausärztin durchgeführt worden. Die Behandlung habe zum Ziel gehabt, eine vorzeitige Dialyse, die die Transplantationsaussichten verschlechtert hätte, zu vermeiden. Im Hinblick auf die schwere Vorerkrankung (Amyloidose) habe ein Transplantationszentrum ausgesucht werden müssen, das auf dem Gebiet der Nierenlebendspende ausreichend Erfahrung bei dieser Vorerkrankung gehabt habe. Die Aufwendungen, die der Kläger im Rahmen dieser Klage geltend mache, habe er im Zeitraum Februar 2010 bis August 2011 aufgewendet, um die Lebendnierentransplantation zunächst in I. zu ermöglichen. Er habe als Spender den Anspruch auf die Zahlung der Gebühren nach privatärztlicher Abrechnung. Es komme hinzu, dass sämtliche Voruntersuchungen durch das Transplantationszentrum R, in dem letztlich die Transplantation durchgeführt wurde, verwendet worden seien (Vorlage einer entsprechenden Bestätigung der Klinik R). Die Fahrtkosten nach H seien erforderlich geworden, nachdem sich herausgestellt habe, dass das Transplantationsklinikum I. nicht bereit gewesen sei, die Transplantation zu den Bedingungen der Tiroler Gebietskrankenkasse durchzuführen.

20
Zusätzlich wurden weitere Rechnungen des T-Klinik I. wegen medizinischer Behandlungen des Klägers vorgelegt:

- medizinische Behandlung vom 26.04.2011: Rechnung vom 25.05.2011 über 60,62 Euro

- medizinische Behandlung vom 27.04.2011: Rechnung vom 25.05.2011 über 49,40 Euro

- medizinische Behandlung vom 07.06.2011: Rechnung vom 16.06.2011 über 802,29 Euro

- medizinische Behandlung vom 07. und 08.06.2011: Rechnung vom 11.07.2011 über 812,89 Euro

21

Ferner sind Abtretungsvereinbarungen zwischen G.D. und dem Kläger vom 16.09.2010 und 02.04.2012 vorgelegt worden, wonach G.D sämtliche ihr zustehenden Ansprüche gegenüber der Beklagten bzgl. der Durchführung der Voruntersuchungen zur Durchführung einer Nierentransplantation an den Kläger abtrete.

22
Als Anlage zu diesem Schriftsatz wird klägerseitig u. a. der Abdruck eines Schreibens des Klägers vom 24.06.2010 an die Geschäftsleitung der DAK vorgelegt. Dort heißt es:

„Da der potentielle Spender gerade in M und in der sogenannten „Transplantationsgemeinde“ einen besonderen Ruf genießt, ist es nicht ratsam, dass er sich als Transplantationschirurg weder im R noch in der U-Klinik operieren lässt. Auch ist dies dem Transplantationschirurgen (Spender) nicht zuzumuten, da der Chirurg gerade vom R zur U-Klinik gewechselt ist und eine begrenzte Erfahrung besitzt. Auch ist dieser ein ehemaliger Assistent von dem potentiellen Spender. Eine Nachbehandlung soll, falls erforderlich, im Krankenhaus H stattfinden.“

23
Mit Gerichtsbescheid vom 25.08.2020 wies das Sozialgericht sodann die Klage ab und führte zur Begründung aus:

24
Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Erstattung der geltend gemachten Behandlungskosten – weder aus eigenem (2.1.) noch aus abgetretenem Recht (2.2.). Der klagegegenständliche Bescheid vom 10.06.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.01.2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

25
2.1. Gemäß der Regelung des § 27 Abs. 1a SGB V – welche m.W.v. 01.08.2012 die bereits zuvor von den Krankenkassen auf der Grundlage der Rechtsprechung des BSG faktisch erbrachten Leistungen aus Gründen der Rechtssicherheit auf eine gesetzliche Grundlage gestellt hat (KassKomm/Nolte, 108. EL März 2020 Rn. 67a, SGB V § 27 Rn. 67a; Fahlbusch in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 27 SGB V (Stand: 15.06.2020), Rn. 88) – haben Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a und erforderlicher Fahrkosten; dies gilt auch für Leistungen, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel dieses Gesetzes, auf die ein Anspruch besteht, hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten. Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen, Geweben oder Blutstammzellen sowie anderen Blutbestandteilen (Empfänger).

26
Die Regelung schafft einen eigenen Leistungsanspruch der spendenden Person. Nach der Rechtsprechung des BSG waren die Leistungen gegenüber dem Spender noch Teil der Krankenhilfe für den Empfänger, quasi Nebenleistungen zu dessen Anspruch (Fahlbusch in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 27 SGB V (Stand: 15.06.2020), Rn. 88).

27
Der Umfang der Leistungsansprüche richtet sich nach dem Versicherungsverhältnis des Spenders (§ 27 Abs. 1a Satz 2 Halbsatz 2 SGB V). Die Versicherten der GKV erhalten die Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die GKV darf anstelle der Sach- und Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht (§ 13 Abs. 1 SGB V).

28
Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Kostenerstattung. Insbesondere sind die gesetzlichen Voraussetzungen der § 13 Abs. 3 bis 5 SGB V vorliegend nicht erfüllt.

29

2.1.1. Hinsichtlich der im Inland entstandenen Kosten (Rechnung des Labor S vom 05.02.2010) ist eine Anspruchsgrundlage nicht ersichtlich. Sie waren dem Kläger mehrere Monate, bevor er deren Erstattung bei der Beklagten beantragte, in Rechnung gestellt worden. Die Kosten entstanden dem Kläger weder, weil die Beklagte eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, noch, weil sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Es fehlt an der erforderlichen Kausalität („dadurch“) zwischen Kostenentstehung und Leistungsablehnung.

30
2.1.2. Hinsichtlich der von der T-Klinik I. in Rechnung gestellten Kosten kommt grundsätzlich ein Erstattungsanspruch aus § 13 Abs. 5 i.V.m. Abs. 4 SGB V in Betracht. Jedoch sind dessen Leistungsvoraussetzungen vorliegend ebenfalls nicht erfüllt.

31
Gemäß § 13 Abs. 4 SGB V sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

32
Gemäß § 13 Abs. 5 SGB V können abweichend von Absatz 4 in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf 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.

33
Die v.g. Vorschriften vollziehen die Rechtsprechung des EuGH über die Einwirkungen der überstaatlichen Grundfreiheiten auf die nationalen Systeme der GKV nach und integrieren sie in das deutsche Krankenversicherungsrecht (KassKomm/Schifferdecker, 108. EL März 2020, SGB V § 13 Rn. 148 m.w.N.). Wegen der ausdrücklichen Inbezugnahme von § 39 SGB V sind alle Formen der Krankenhausbehandlung, d.h. vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Krankenhausbehandlung, zustimmungspflichtig (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V (Stand: 22.06.2020), Rn. 184).

34
Klarzustellen ist, dass das Unionsrecht im Rahmen der EU-Auslandskrankenbehandlung nicht zu einer sachlichen Erweiterung der dem Versicherten nach innerstaatlichem Recht zustehenden Rechte führt (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V (Stand: 22.06.2020), Rn. 176 m.w.N.).

35
Auch deshalb kann für die vor Antragstellung und Bescheiderlass an der T-Klinik I. entstandenen Kosten nicht anderes gelten als für die im Inland entstandenen Kosten (vgl. oben 2.1.1.). Eine Erstattung kommt nicht in Betracht, weil diese Kosten bereits entstanden waren, bevor der Kläger bei der Beklagten die

vorherige Zustimmung zur Auslandsbehandlung beantragt hat und die Verbescheidung durch die Beklagte erfolgt war.

36
Aber auch hinsichtlich der im Übrigen von der T-Klinik I. in Rechnung gestellten Kosten besteht kein Erstattungsanspruch. Zum einen fehlt es auch insoweit an dem erforderlichen Kausalitätszusammenhang zwischen Kostenentstehung und Leistungsablehnung. Der Kläger war auf eine Durchführung der Voruntersuchungen und der Transplantation an der T-Klinik I. bereits festgelegt, weil er eine Behandlung in M aufgrund seiner früheren beruflichen Tätigkeit für nicht zumutbar hielt und kein Vertrauen mehr zur U-Klinik hatte. Zum anderen hat die Beklagte ihre Zustimmung zu Recht nicht erteilt, weil die gleiche oder eine für den Kläger ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Beklagten im Inland hätte erlangt werden können. Die Kammer sieht keinerlei Anlass, an dieser Einschätzung der Beklagten bzw. des MDK zu zweifeln, zumal die Transplantation letztlich doch und erfolgreich in M durchgeführt wurde und der Kläger sich erst dann um eine Alternative im Inland (H) bemühte, nachdem sich die geplante Transplantation in I. als nicht finanzierbar erwies.

37
2.2. Hinsichtlich etwaiger aus abgetretenem Recht geltend gemachter Erstattungsansprüche gelten die v.g. Ausführungen entsprechend. Hinzu kommt, dass etwaigen Erstattungsansprüchen der am 31.03.2011 geschlossene Vergleich entgegensteht. Es wird insoweit gemäß § 136 Abs. 3 SGG auf die Begründung des klagegegenständlichen Widerspruchsbescheids verwiesen, wobei es sich aus Sicht der Kammer allerdings nicht um einen Fall des § 407 Abs. 2 BGB analog, sondern um eine direkte Anwendung von § 407 Abs. 1 BGB handelt. Am Ergebnis ändert dies freilich nichts.

38
Dagegen hat der Kläger am 17.09.2020 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht einlegen lassen. Zunächst sei die Sachverhaltsdarstellung im Tatbestand unrichtig. Der Kläger habe sich nicht an das Klinikum I. gewandt, weil es nicht ratsam sei, sich als Transplantationschirurg im eigenen Krankenhaus R oder in der U-Klinik operieren zu lassen. Alleiniger Grund hierfür sei gewesen, dass die Erkrankung der jetzigen Ehefrau von einem deutschen Transplantationszentrum nicht habe erbracht werden können. Auch habe in Ansehung des § 13 SGB V ein Notfall vorgelegen, sodass ein Abwarten auf eine Entscheidung nicht tunlich gewesen sei. Zum Zeitpunkt des Vergleichsschlusses seien der Kläger und die Ehefrau davon ausgegangen, dass die Transplantation in I. zu den Bedingungen der Tiroler Gebietskrankenkasse ausgeführt werden könnte. Das Klinikum habe aber die Durchführung der Transplantation zu diesen Bedingungen abgelehnt und einen zusätzlichen Betrag von 40.000 € gefordert. Nach dem Vergleich stünden alle Regelungen untereinander in einem Bedingungszusammenhang. Da die Annahme in Ziffer 1 des Vergleiches sich als unzutreffend herausgestellt habe, könnten die weiteren Regelungen des Vergleiches keine Regelungswirkung entfalten.

39
Der Kläger beantragt,

1. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 25.08.2020 sowie der Bescheid der Beklagten vom 10.06.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.01.2015 wird aufgehoben.

2. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger einen Gesamtbetrag von 7.628,01 € mit 12,75 Prozentpunkten Zinsen aus einem Betrag von 7.628,1 € ab dem 03.08.2011 zu bezahlen.

3. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger Fahrtkosten in Höhe von 3.334,00 € nebst 12,75 Zinsen seit dem 03.08.2011 zu bezahlen.

4. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger für außergerichtliche Interessenwahrnehmung den Betrag von 837,52 € nebst fünf Prozentpunkten über dem Diskontsatz seit dem 01.08.2016 zu bezahlen.

5. Die Beklagte wird verurteilt, die außergerichtlichen Mahnkosten von 286,55 € nebst fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Zustellung der Klage zu bezahlen.

40
Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

41
Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

42
Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Streitakte des Sozialgerichts München sowie der Verfahrensakte des Bayerischen Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

43
Die zulässige Berufung erweist sich als nicht begründet.

44
Der Senat sieht von einer Darstellung der Entscheidungsgründe ab und verweist auf die Gründe des Sozialgerichts in seinem Gerichtsbescheid vom 25.08.2020, denen der Senat folgt (§ 153 Abs. 2 SGG).

45
Vertiefend zu ergänzen ist:

46
Zutreffend hat das Sozialgericht die Anspruchsgrundlage des im Übrigen gesetzlich versicherten Klägers hinsichtlich der Kosten der Nierenspende (jetzt: § 27 Abs. 1a SGB V) erläutert. Der Gesetzgeber hat den Anspruch des Spenders, der ja selbst nicht erkrankt ist, so dass der bestehende Anspruch auf Leistungen bei Krankheit zumindest ergänzungsbedürftig ist, versichertenartenkongruent ausgestaltet. Im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21.7.2012 wurde mit dem 1.8.2012 Abs. 1a in § 27 SGB V eingefügt (BGBl. I 2012, 1601, 1609). Bis dahin war der Anspruch des Organlebendspenders auf Übernahme der Behandlungskosten und Erstattung der mit der Organlebendspende verbundenen Aufwendungen gegen die Krankenkasse des Organempfängers nur durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts begründet (BSG Urt. v. 12.12.1972 – 3 RK 47/70, BSGE 35, 102 = SozR Nr. 54 zu § 182 RVO). Der Umfang der Leistungsansprüche richtet sich nach dem Versicherungsverhältnis des Spenders. Hat dieser Anspruch auf Leistungen auch über den Katalog der Leistungen der GKV hinaus, sollen diese – um den Spender keine Einschränkungen seiner krankenversicherungsrechtlichen Absicherung erleiden zu lassen – auch von der GKV übernommen werden. Der gesetzlich Versicherte, wie der Kläger, erhält hinsichtlich seiner Behandlungsaufwendungen einen eigenen Sachleistungsanspruch nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Krankenbehandlungsanspruch des SGB V ist als sog. Sachleistungsanspruch ausgestaltet (§ 2 Abs. 1 SGB V). Einen Kostenerstattungsanspruch nach vorheriger Selbstbeschaffung der Leistung sieht das Gesetz nur im Ausnahmefall vor (§§ 2 Abs. 1a, 13 SGB V).

1. Kostenerstattung Inlandsuntersuchungen

47
1. 1 Für Fälle des sog. „Systemversagens“ sieht § 13 Abs. 3 SGB V einen Kostenerstattungsanspruch vor, sofern die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor.

48
Es liegt keine Unaufschiebbarkeit vor. Der Senat verkennt nicht, dass der Gesundheitszustand der Ehefrau der Klägerin eine baldige Nierenspende erforderte. Gleichwohl erschien auch im Juni 2010 die Dringlichkeit nicht derart hoch, dass eine Erbringung im Sachleistungssystem nicht hätte abgewartet werden können. Dafür spricht nach Überzeugung des Senats die doch zeitlich tendenziell lose Abfolge der Voruntersuchungen. Die T-Klinik I. hatte den letztlich nicht durchgeführten Eingriff im Juli 2011, mithin mehr als ein Jahr nach Antragstellung, geplant. Der Senat hält die Darstellung des Klägers zu einer im Juni 2010 bestehenden Dringlichkeit für nicht wahr. Der Eingriff selbst war dann im Dezember 2011 durchgeführt worden.

49
Die Leistung wurde auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Die Laboruntersuchung des Labors S v. 05.02.2010 war bereits vor Genehmigungsbeantragung durchgeführt worden. Der Kläger und seine Ehefrau haben mit den sonstigen Voruntersuchungen am 29.06.2010 durch stationäre Aufnahme zur ersten Voruntersuchung begonnen. Der erste Antrag war am 22./24.06.2010, mithin nicht mehr als eine Woche vor Aufnahme, gestellt worden. Termine für eine stationäre Aufnahme zu planbaren Untersuchungen werden nicht adhoc vergeben, sondern erfordern einen zeitlichen Vorlauf. Für den Senat steht daher fest, dass der Kläger und seine Ehefrau die Entscheidung der Beklagten nicht abwarten wollten, sondern den Weg der Selbstbeschaffung unabhängig davon, wie die Beklagte entscheiden würde, einschlugen. Damit beruht die Kostenverursachung nicht auf dem Ausgang der Genehmigungsentscheidung der Beklagten. Der Kläger und seine Ehefrau hatten im Übrigen ausschließlich Leistungen an der T-Klinik I. / Österreich (dazu vgl. 2.) beantragt. Die inländischen Leistungen hätten unproblematisch im Sachleistungssystem erbracht werden können.

50
1. 2 Davon abgesehen steht dem Anspruch auf Erstattung der Kosten der Ehefrau aus abgetretenem Recht Ziffer 2 des Vergleichs vom 31.03.2011 entgegen. Darin ist vereinbart, dass weitergehende Forderungen, insbesondere die Erstattung von Privatliquidationen in Deutschland und von anderen Privatliquidationen in Österreich ausscheiden. Aufgrund dieser Regelungen sind die damals streitbefangenen Kostenerstattungsablehnungsbescheide vom 24.08.2010 bzw. 08.09.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.12.2010 bestandskräftig geworden.

51
Der Senat sieht überdies keinen Bedingungszusammenhang dergestalt, dass die Ziffern 2 ff. des Vergleichs in ihrer Wirksamkeit von der Durchführung der Nierenspende am T-Klinik I. abhingen. Der Senat legt Ziffer 1 des Vergleichs vom 31.03.2011 dahingehend aus, dass die Beklagte sich zur Sachleistungsgewährung einer Lebendnierentransplantation in der T-Klinik I. nur unter der Voraussetzung bereit erklärt, dass das T-Klinikum nach den Sätzen der Tiroler Gebietskrankenkasse abrechnet. Den Worten, „Voraussetzung ist …“, kann unschwer entnommen werden, dass der Vergleich das Risiko der fehlenden Leistungsbereitschaft des T-Klinikums, die Transplantation (zu den Sätzen der Tiroler Gebietskrankenkasse) durchzuführen, der Ehefrau (und Klägerin des früheren Verfahrens) auferlegt. Nur unter dieser Einschränkung hat die Beklagte die Transplantation an der T-Klinik I. genehmigt. Als ihren Teil des gegenseitigen Nachgebens im Rahmen des Vergleichsabschlusses erklärte sich deshalb die Ehefrau in Ziffer 2 des Vergleichs bereit, entstandene oder entstehende Kostenerstattungsansprüche aufgrund Privatliquidation nicht mehr bei der Beklagten geltend zu machen. Damit stehen sich die nur bedingte Genehmigung zur stationären Auslandstransplantation (unter Direktabrechnung mit dem Krankenhaus) einerseits und die unbedingte Nichterhebung von Kostenerstattungsforderungen andererseits gegenüber. Eine Verknüpfung dergestalt, dass die Nichtgeltendmachung von Kostenerstattungsforderungen bei Nichtbereitschaft des ausländischen Krankenhauses zu einer Leistungserbringung auflösend entfallen soll, vermag der Senat dem Vergleichstext nicht zu entnehmen.

52
1. 3 Soweit der Kläger später auf eine vorgängige Abtretung verweist, wonach seiner Ansicht nach die Ehefrau zum Zeitpunkt des Vergleichsschlusses sich nur solcher Ansprüche begeben habe, über die sie nicht mehr habe verfügen können, scheitert der Kostenerstattungsanspruch aus abgetretenem Recht dennoch, weil gem. Ziff. 7 die Vergleichsvereinbarung Rechtswirksamkeit auch für den Kläger entfaltet. Der Kläger hat damit nicht dem Untergang seiner Voruntersuchungskosten, jedoch der auf ihn übergegangenen vermeintlichen Ansprüche auf Kostenerstattung der Ehefrau zugestimmt. Zwar war der Kläger nicht Beteiligter des Verfahrens, jedoch kann die materiellrechtliche Wirkung des gerichtlichen Vergleichs auf einen formal am gerichtlichen Verfahren Nichtbeteiligten erstreckt werden. Der Kläger hat den Vergleich – ausdrücklich – sowohl als Bevollmächtigter der Ehefrau als auch im eigenen Namen mit abgeschlossen und genehmigt. Davon abgesehen muss der Kläger den Vergleich als Abtretungsempfänger gem. § 407 Abs. 1 BGB gegen sich geltend lassen.

2. Kostenerstattung – Auslandsbehandlung in Österreich

53

2. 1 Hinsichtlich der Behandlungskosten an der T-Klinik I. sind eigenständige Kostenerstattungsansprüche geschaffen. § 13 Abs. 4 SGB V berechtigt Versicherte, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

54
Abweichend von § 13 Abs. 4 SGB V können nach Absatz 5 in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf 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.

55
Die am 29./30.06.2010 durchgeführten Untersuchungen (Kläger und Ehefrau) sind als stationäre Krankenhausbehandlung damit grundsätzlich zustimmungspflichtig gewesen. Die weiteren Leistungen sind an der T-Klinik I. wohl nicht im vollstationären Setting erbracht worden. Gleichwohl sind gem. § 13 Abs. 5 SGB V alle Formen der Krankenhausbehandlung des § 39 SGB V, zu denen auch ambulante und vorstationäre Krankenhausbehandlung gehört, grds. zustimmungspflichtig. Ambulante Leistungen können im Bundesgebiet als ambulante Krankenhausleistungen oder auch als Leistungen des ambulanten Versorgungsbereichs erbracht werden, wenn das Krankenhaus z. B. durch eine ermächtigte Einrichtung am Krankenhaus tätig wird. Nach Durchsicht der Rechnungen handelt es sich durchgehend nicht um Leistungen einer Ambulanz, sondern um ambulante Krankenhausleistungen, die Leistungen nach § 39 SGB V sind.

56
Eine Zustimmung der Beklagten hinsichtlich der Voruntersuchungsleistungen an der T-Klinik I. liegt nicht vor. Die vielmehr ergangene Versagung war rechtmäßig, da die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland hätte erlangt werden können. Der Senat schließt sich hierzu der Stellungnahme des MDK vom 02.11.2010 an, wonach auch zum damaligen Zeitpunkt in Deutschland Transplantationszentren auch zur Transplantationsbehandlung von Patienten mit Leichtketten-Amyloidose fachlich imstande und bereit waren. Grund für die Kostenerstattungsbehandlung in I. waren nach Auffassung des Senates dann auch nicht die klägerischen fachlichen Zweifel an der Kompetenz des Transplantationszentrums des Klinikums R sondern, wie das Schreiben vom 24.10.2010 an die Geschäftsleitung der DAK beweist, seine persönliche frühere Einbindung in die genannte Klinik. Dem hätte unschwer durch die Inanspruchnahme einer Behandlung (zu Sachleistungsbedingungen) in einem anderen deutschen Transplantationszentrum begegnet werden können. Nach der finanziell motivierten Weigerung des T-Klinik I. wurde die Transplantation im Dezember 2010 dann erfolgreich am Klinikum R durchgeführt.

57

2. 2 In der Rechtsprechung des EuGH sind jedoch zwei Fallgruppen anerkannt, in denen ausnahmsweise ohne die von Art. 20 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004 geforderte Vorabgenehmigung ein Anspruch auf Kostenerstattung gegeben sein kann. Neben dem Tatbestand der unrechtmäßigen Versagung der beantragten Genehmigung ist dies der Fall, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund der Dringlichkeit außerstande war, den Antrag zu stellen bzw. die Entscheidung abzuwarten. Die letzteren Maßstäbe bestätigt der EuGH aktuell mit Urteil v. 23.09.2020 (C-777/18 – ECLI:ECLI:EU:C:2020:745). Die vom EuGH entwickelten Maßstäbe bestimmen im Wege europarechtskonformer Auslegung die Anwendung von § 13 Abs. 5 SGB V (Helbig, in Engelmann/Schlegel, Komm. z. SGB V, § 13 Rn. 183.1).

58
Auch diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Die stationäre Aufnahme zur ersten Voruntersuchung (I.) erfolgte bereits am 29.06.2010. Der Antrag war am 22./24.06.2010 gestellt worden. Für den Senat steht aufgrund dieser Daten fest, dass der Kläger und seine Ehefrau die Entscheidung der Beklagten nicht abwarten wollten, sondern den Weg der Selbstbeschaffung unabhängig davon, wie die Beklagte entscheiden würde, einschlugen. Damit beruht die Kostenverursachung nicht auf der Entscheidung der Beklagten.

59
Eine Unaufschiebbarkeit lag nicht vor (siehe oben 1.1). Ansprüche bzgl. Untersuchung der Spendenempfängerin aus abgetretenem Recht bestehen aufgrund von Ziffer 2 des Vergleichs vom 31.03.20211 nicht (siehe oben 1.2 und 1.3) .

60
2. 3. Die EGVO 883/2004 normiert im Übrigen für den Kläger keine weitergehenden Kostenerstattungsansprüche.

3. Fahrtkosten:

61
Wie der Tenor der Widerspruchsentscheidung vom 21.01.2015 zeigt, entschied die Beklagte auch über die mit den Voruntersuchungen zusammenhängenden Fahrtkosten. Gleichwohl ist ein Anspruch auf Übernahme von Fahrtkosten tatbestandlich nicht gegeben (§ 60 SGB V).

4. Schriftsatzfristanträge

62
Dem in der mündlichen Verhandlung des Senats am 15.06.2023 gestellten Antrag, eine Schriftsatzfrist einzuräumen, um noch zur Frage der Unaufschiebbarkeit der Voruntersuchungen ab Juni 2010 vorzutragen, war nicht zu entsprechen. Dazu hatte im gesamten Verfahren Gelegenheit bestanden, zumal zuletzt das Sozialgericht in seinem Gerichtsbescheid vom 25.08.2020 sich auf das Nichtvorliegen der Unaufschiebbarkeit gestützt hatte (dort: Entscheidungsgründe 2.1.1). Im Übrigen war dazu auch vorgetragen worden.

63
Auch dem weiteren Schriftsatzfristantrag, zu ersparten Sachleistungsaufwendungen infolge der privat bezahlten Voruntersuchungskosten Stellung nehmen zu können, war mangels Relevanz nicht zu entsprechen. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nach dem SGB V nicht dann, wenn ansonsten erforderliche Sachleistungsaufwendungen für die Kasse nicht angefallen sind. Nur umgekehrt mag ein gesetzlich tatsächlich bestehender Kostenerstattungsanspruch auf die im Sachleistungssystem angefallenen Aufwendungen begrenzt sein (vgl. § 13 Abs. 2 und 4 SGB V). Anzumerken bleibt, dass grds. die Krankenkassen im ambulanten Versorgungsbereich quartalsweise mit befreiender Wirkung Gesamtvergütungen entrichten, die sämtliche anfallenden ambulanten ärztlichen Leistungen abgelten. Die Gesamtvergütung bleibt gleich, wenn ambulante Sachleistungen durch Vertragsärzte nicht erbracht werden, weil statt Sachleistung eine Privatbehandlung gewählt wird (Ausn: § 13 Abs. 2 SGB V). Auch im Krankenhausbereich existieren ähnliche Mechanismen.

64
Damit ist die Berufung in vollem Umfang zurückzuweisen.

65

Aufgrund der Erfolglosigkeit der Berufung kann der Kläger von der Beklagten nicht die Erstattung seiner außergerichtlichen Auslagen verlangen.

66
Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar.