



Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Im Namen des Volkes

Urteil

L 16 KR 452/23

S 42 KR 142/19 Sozialgericht Osnabrück

Zugestellt am 22. Januar 2026
A., Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

B.

– Kläger und Berufungsbeklagter –

Prozessbevollmächtigte:

C.

gegen

D.

– Beklagte und Berufungsklägerin –

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen ohne mündliche Verhandlung am 20. Januar 2026 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am E., die Richterin am Landessozialgericht F. und den Richter am Landessozialgericht G. sowie die ehrenamtlichen Richter H. und I. für Recht erkannt:

Auf die Berufung wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Osnabrück vom 23. August 2023 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen

Tatbestand

Der Kläger begehrt Kostenerstattung für eine in den Niederlanden durchgeführte Nierentransplantation.

Der 1959 geborene Kläger ist bei der Beklagten freiwillig gesetzlich krankenversichert. Er litt an einer IgA-Nephropathie (histologisch nachgewiesen 2002) mit weit fortgeschrittener Niereninsuffizienz Stadium 5. Seit dem 19. März 2020 war der Kläger dialysepflichtig.

Am 11. Dezember 2018 beantragte er bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine Nierentransplantation in J.. Aufgrund seines Wohnortes (K.) habe er Kontakt mit der nächstgelegenen Klinik, dem UL., aufgenommen. Das UM. benötige bereits vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Bestätigung der Beklagten zur Kostenübernahme für eine Nierentransplantation. Der Kläger legte neben anderen medizinischen Unterlagen ua die Bescheinigung der nephrologischen Gemeinschaftspraxis dialyse-N. vom 26. Dezember 2018 vor. Danach sei die Aufnahme auf eine Transplantationswarteliste sinnvoll, da die bestehende Niereninsuffizienz mittlerweile das Stadium 5 erreicht habe. Aufgrund der Grenznahe sei die Universitätsklinik J. das nächsterreichbare Zentrum. Dort sei aufgrund des Allokationsverfahrens bei Eurotransplant die Wartezeit für einen Leichennierentransplantation mit ca zwei Jahren deutlich kürzer als in Deutschland, sodass wahrscheinlich eine längere und teure Dialysebehandlung vermieden würde. Darüber hinaus legte er das Schreiben des Facharztes für Nephrologie O., MD, PHD vom UM. vom 18. Januar 2019 vor, wonach in J. deutsche Patienten aus der Grenzregion akzeptiert und seit Jahren Patienten aus P. und dem Q. transplantiert würden. Bei einer Leistung in den Niederlanden sei die Wartezeit bis zur Transplantation etwa vier bis fünf Jahre kürzer als in Deutschland.

In seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2019 sah der beteiligte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Voraussetzungen einer Kostenübernahme als nicht erfüllt an.

Mit Bescheid vom 16. Januar 2019 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Der MDK sei zu der Beurteilung gekommen, dass eine medizinische Indikation für eine Nierentransplantation nicht erkennbar sei; eine Nierentransplantation stelle zum aktuellen Zeitpunkt eine prophylaktische Maßnahme dar. Gegen den Bescheid legte der Kläger Widerspruch ein.

Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte das Gutachten des MDK vom 18. Februar 2019 ein. Der Beginn der Nierenersatztherapie sei indiziert, es sei keine prophylaktische Maßnahme. Die für eine Nierentransplantation erforderlichen Voruntersuchungen sollten eingeleitet werden. Da beim Kläger eine Lebensnierenspende nicht zur Verfügung stehe,

werde parallel zu den Transplantationsvorbereitungen mit einem Dialyseverfahren begonnen. Unter der durchgeführten Dialyse bestehe ausreichend Zeit für die Planung einer Transplantation und Aufnahme auf die Warteliste bei Eurotransplant für eine Leichennierentransplantation. Aus medizinischer Sicht könnten Vorbereitung und Nierentransplantation gleichermaßen in einem deutschen Transplantationszentrum durchgeführt werden. Die nächstliegenden deutschen Transplantationszentren seien R., S. und T..

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. April 2019 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Eine Zustimmung zur stationären Behandlung zur Vornahme einer Nierentransplantation in den Niederlanden werde nicht erteilt, die Kosten würden nicht übernommen. Nach § 30 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) würden die Vorschriften des SGB nur für Personen gelten, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hätten. Der Versicherungsschutz der Deutschen Krankenkassen ende deshalb grundsätzlich an den Grenzen der Bundesrepublik (§ 16 Abs 1 Nr 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch <SGB V>). Versicherte könnten im Geltungsbereich der Verordnung (EG) Nr 883/2004 iVm der Verordnung (EG) 987/2009 Krankenhausleistungen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch nehmen (Artikel 20). Diese Verordnung gelte für die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes und für die Schweiz. Eine Zustimmung für eine stationäre Behandlung in den vorgenannten Staaten könne gemäß § 13 Abs 5 SGB V nur erteilt werden, wenn die Behandlung medizinisch notwendig sei und gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nicht rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden könne.

Im Rahmen der vorzunehmenden Interessenabwägung überwiege das Interesse der Solidargemeinschaft. Die begehrte Nierentransplantation zähle sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden zu den gefestigten medizinischen Standardtherapien. Bei gleicher oder gleichwertiger Behandlungsmöglichkeit bestehe ein Vorrang zu Gunsten inländischer Leistungserbringer. Eine medizinische dringliche Notwendigkeit sei beim Kläger nicht ersichtlich, eine Dialysepflicht bestehe noch nicht. Es bestehe kein medizinischer Vorteil durch die Anbindung an das Transplantationszentrum in J.. Die deutschen Transplantationszentren in R., S. und T. seien vom Wohnort des Klägers gut zu erreichen. Unter diesen Umständen sei eine Zustimmung der Beklagten nach § 13 Abs 5 SGB v rechtlich unzulässig und könne nicht erteilt werden. Die Voraussetzungen nach § 2 Abs 1a SGB V würden vom Kläger nicht erfüllt.

Der Kläger hat am 10. Mai 2019 Klage beim Sozialgericht (SG) Osnabrück erhoben, gerichtet auf eine Kostenübernahme für die begehrte Nierentransplantation in J.. Zur Begründung hat

er sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren wiederholt und überdies die Auffassung vertreten, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a Satz 1 SGB V greife. Der Antrag auf Kostenübernahme sei bei der Beklagten am 11. Dezember 2018 eingegangen und erst mit Bescheid vom 16. Januar 2019 abgelehnt worden. Damit sei die Entscheidung über den Antrag erst fünf Wochen und einen Tag nach Antragstellung erfolgt. Falls das Gericht die Voraussetzungen einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a Satz 6 SGB V nicht als gegeben ansehe, bestehe jedenfalls ein Anspruch auf Kostenübernahme nach § 13 Abs 5 Satz 2 SGB V. Aus der bereits im Vorverfahren von Prof O. vom UM. übersandten Email sei ersichtlich, dass die statistische Wartezeit ab Dialysebeginn bis zur Nierentransplantation in den Niederlanden deutlich geringer sei als in Deutschland. Die Behandlung in J. könne daher deutlich rechtzeitig erlangt werden. Durch eine Listung in J. könne eine längere und teurer Dialysebehandlung vermieden werden. Voraussetzung für eine Listung sei jedoch die Zustimmung der Beklagten.

Am 14. Mai 2019 hat der Kläger einstweiligen Rechtsschutz beantragt, den das SG mit Beschluss vom 1. Juli 2019 abgelehnt hat (Az S 42 KR 146/19). Es fehle an der Glaubhaftmachung eines Anordnungsgrundes, da der Kläger (noch) nicht dialysepflichtig sei und die Wartezeit für ein Spenderorgan erst mit dem ersten Tag der Dialysebehandlung beginne.

Im Klageverfahren hat der Kläger mitgeteilt, dass ihm am 19. März 2020 ein Katheter für die Dialyse gelegt und die erste Spülung vorgenommen worden sei, sodass er seit dem 19. März 2020 dialysepflichtig sei

Die Beklagte hat vorgetragen, ihre Zustimmung zu einer Nierentransplantation in J. auch weiterhin nicht zu erteilen. Die Kostenübernahme stationärer Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands ohne zwingende Notwendigkeit führe zu einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit und damit der Gewähr einer ausgewogenen und allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung. Die finanzielle Stabilität der Krankenversicherungssysteme der Mitgliedsstaaten sei gefährdet, wenn Versicherte ohne zwingenden Grund im Ausland regelhaft Leistungen zu Lasten der GKV durchführen lassen könnten.

Ausweislich des Arztbriefes der Gemeinschaftspraxis dialyseU. vom 19. April 2022 ist der Kläger am 22. Januar 2022 in J. erfolgreich nierentransplantiert worden. Mit Schriftsatz vom 6. Dezember 2022 hat er seinen ursprünglichen Klageantrag von Kostenübernahme auf Kostenerstattung in Höhe von 42.214,85 Euro umgestellt unter Beifügung von Rechnungen und Zahlungsbelegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 23. August 2023 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 16. Januar 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. April 2019 verurteilt, dem Kläger die Kosten für die in J. durchgeführte Nierentransplantation nebst Vor- und Nachsorge in Höhe von 42.214,85 Euro zu erstatten. Es könne dahinstehen, ob der Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs 3a SGB V in Fällen des § 13 Abs 5 SGB V eröffnet sei (offengelassen Bundessozialgerichts <BSG>, Urteil vom 26. Mai 2020 - B 1 KR 21/19 R -). Der Kostenerstattungsanspruch des Klägers folge jedenfalls aus § 13 Abs 5 iVm Abs 4 SGB V.

Nach § 13 Abs 4 SGB V seien Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn Behandlungen für diesen Personenkreis in einem anderen Staat seien auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterlägen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Nach § 13 Abs 5 SGBV könnten abweichend von Absatz 4 in einem anderen Mitgliedsstaat 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 Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung dürfe nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden könne. Der Inhalt des § 13 Abs 5 SGB V sei darauf beschränkt, hinausgehend über Abs 4 Satz 1 das zusätzliche Erfordernis der vorherigen Zustimmung der Krankenkasse für die stationäre Auslandsbehandlung aufzustellen, soweit sich Versicherte planmäßig zu einem stationären Aufenthalt ins Ausland begeben (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 – B 1 KR 22/08 R).

Der Kläger habe rechtzeitig vor dem stationären Krankenhausaufenthalt die vorherige Zustimmung bei der Beklagten beantragt und erst die abschlägige Entscheidung abgewartet, bevor er die Leistung in Anspruch genommen habe. Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten hätte die Zustimmung spätestens mit Eintritt der Dialysepflicht im März 2020 erteilt werden müssen. Denn seitdem sei die Nierentransplantation erforderlich gewesen, die Leistung eine solche, die auch nach dem System der (deutschen) Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen und eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung sei. Insbesondere habe der Kläger nicht eine nach dem deutschen Transplantationsgesetz verbotene sog Lebendspende eines fremden

Spenders entgegengenommen (unter Hinweis auf SG Berlin, Urteil vom 12. März 2019 - S 76 KR 1425/17 mwN).

Die Kammer teile nicht die auf Basis vom Urteil des BSG vom 17. Februar 2004 (B 1 KR 5/02 R) nach alter Rechtslage zu § 18 Abs 5 SGB V geäußerte Rechtsauffassung, die Behandlung sei „nicht nur im Ausland möglich“ gewesen. Entscheidend sei vielmehr, dass die Nierentransplantation bei einer vier bis fünf Jahre in Deutschland länger dauernden Wartezeit „nicht rechtzeitig“ im Sinne des § 13 Abs 5 SGB V in der anzuwendenden Fassung gewesen sei. Der Kläger sei entgegen der von der Beklagten geäußerten Rechtsauffassung auch – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – bei Eurotransplant angemeldet worden und habe das Organ über Eurotransplant zugeteilt bekommen, weswegen keine „Umgehung“ des Vergabeverfahrens vorliege.

Gegen den ihr am 28. August 2023 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 26. September 2023 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, es bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung für die Nierentransplantation in den Niederlanden. Eine Zustimmung der Beklagten zu der stationären Leistung sei rechtlich unzulässig. Das SG verkenne, dass Wartezeiten keinen Grund für die Erteilung einer Zustimmung für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland darstellten. Die Voraussetzungen, unter denen Versicherte zu Lasten der Krankenversicherung Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union in Anspruch nehmen könnten, ergäben sich in erster Linie aus dem Europäischen Gemeinschaftsrecht, das in allen Mitgliedstaaten unmittelbar gelte und den jeweiligen nationalen Rechtsvorschriften vorgehe (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 – B 1 KR 26/99 R-). Die Umsetzung des Gemeinschaftsrechts sei in § 13 Abs 4 und Abs 5 SGB V erfolgt. Der Anspruch entstehe nur, wenn feststehe, dass diese Krankheit – unabhängig vom konkreten Einzelfall – nicht im Inland behandelt werden könne (unter Hinweis auf LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 24. April 2008 - L 1 KR 31/07). Bei gleicher oder gleichwertiger Behandlungsmöglichkeit bestehe ein Vorrang zu Gunsten inländischer Leistungserbringer (unter Hinweis auf jurisPK -SGB V – Helbig § 13 Rn 86). Es bestehe grundsätzlich der Vorrang zugunsten vertraglich an die Krankenkasse gebundener inländischer Leistungserbringer, es sei denn, der Versicherte könne eine notwendige stationäre medizinische Behandlung im Inland nicht oder nicht rechtzeitig erhalten, oder er sei während eines Aufenthalts im EG- bzw EWR-Ausland (bzw in der Schweiz) auf eine unverzügliche entsprechende Behandlung angewiesen (unter Hinweis auf LSG Baden-Württemberg Urteil vom 4. Dezember 2012 – L 11 KR 1806/12).

Die Existenz von Wartelisten sei kein hinreichender Grund für die Erteilung einer Zustimmung für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland (unter Hinweis auf EuGH, Urteil vom 13. Mai

2003 – C-385/99 Müller-Fauré/van Riet; Schifferdecker in: KassKomm, SGB V § 13 Rn 193). Unabhängig hiervon fehlten Ausführungen des Sozialgerichts hierzu in Gänze. Die Nierentransplantation gehöre in Deutschland zu den gefestigten medizinischen Standardtherapien, sodass eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende und den medizinischen Fortschritt berücksichtigende Behandlung des Klägers nicht „nur im Ausland möglich“ sei. Die sich in Deutschland ggf. ergebende längere Wartezeit auf ein geeignetes Spenderorgan könne mit einer Dialysebehandlung überbrückt werden, die ebenfalls dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entspreche (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Februar 2004 – B 1 KR 5/02 R).

Die Kostenübernahme einer stationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands ohne zwingende medizinische Notwendigkeit führe zu einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit und damit der Gewähr einer ausgewogenen und allen Versicherten zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung, denn die Zahl der Krankenhäuser, ihre geographische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen, über die sie verfügen oder auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten könnten, müssten planbar sein. Durch diese Planung werde gewährleistet, dass in dem betreffenden Staat ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung in ausreichendem Maß zugänglich sei (unter Hinweis auf EuGH, Urteil vom 13. Mai 2003 – C-385/99 Müller-Fauré/van Riet). Infolge der in den Niederlanden geltenden Widerspruchslösung stünden dort grundsätzlich mehr Organe zur Verfügung. Dies führe aber nicht dazu, dass diese auch allen Versicherten der Mitgliedsstaaten zustünden. Ausdrücklich vom Gesetzgeber vorgesehen sei die Anmeldung bei Eurotransplant in den einzelnen Mitgliedsstaaten, um die Möglichkeit einer Organzuteilung zu ermöglichen. Damit gebe es ein gerechtes und für alle betroffenen Personen zugängliches Vergabeverfahren in den jeweiligen Staaten, sodass es sich - entgegen der Auffassung des SG - um eine Umgehung des Vergabesystems zugunsten des Klägers und zulasten der Solidargemeinschaft handele. Insoweit habe die Beklagte all ihre Versicherten gleich zu behandeln.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Osnabrück vom 23. August 2023 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach den bindenden Feststellungen des SG sei die Organtransplantation des Klägers im Mai 2020 (*richtig: 22. Januar 2022*) medizinisch indiziert gewesen sei und lege artis im Klinikum **J.** durchgeführt worden sei. Ein Anspruch des Klägers scheitere auch nicht daran, dass eine qualitativ gleichwertige und unter zumutbaren Bedingungen verfügbare Behandlungsmöglichkeit im Inland bestanden habe. Es bestehe in Deutschland ein quantitatives Versorgungsdefizit, was sich in der Wartezeit auf ein Spenderorgan niederschlage. Es liege auch keine Verletzung des nach dem Transplantationsgesetz (TPG) maßgeblichen Vergabeverfahren vor. Nach § 12 Abs 3 TPG seien die vermittlungspflichtigen menschlichen Organe von einer Vermittlungsstelle nach Regeln zu vermitteln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprächen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit; diese Vermittlungsstelle könne - wie die im niederländischen **Leiden** ansässige "Eurotransplant International Foundation" - auch eine international tätige Einrichtung außerhalb Deutschlands sein (§ 12 Abs 2 TPG). Der hierin zum Ausdruck kommende Gesichtspunkt der Chancengleichheit bei der Möglichkeit zur Erlangung eines Spenderorgans (vgl. BT-Drucks 13/4355 S 26 zu § 11 Abs 3 des Entwurfs; Klinkhammer, DÄBl 1998, A-1503 f) werde weiter konkretisiert durch die auf der Grundlage des § 16 TPG von der Bundesärztekammer erlassenen Richtlinien über die Organvermittlung zur Nierentransplantation. Die Richtlinien stellten einen Kriterienkatalog auf, der die schon in der Gesetzesbegründung zu § 12 Abs 3 TPG geforderte angemessene Gewichtung der maßgeblichen Umstände vornehme und dabei die bereits verstrichene Wartezeit sowie eingetretene bzw. absehbare zusätzliche gesundheitliche Belastungen einbeziehe (BT-Drucks 13/4355, ebenda). Der Kläger sei allein in den Niederlanden über Eurotransplant für ein Spenderorgan gelistet. Ein transplantationsbedürftiger Patient könne nur in einem EU-Land gelistet werden. Da der Kläger offensichtlich unter Einhaltung aller gesetzlichen Regelungen, auf Anraten der Uniklinik **T.**, für eine solche Listung an das Klinikum **J.** in den Niederlanden übergeben worden sei, habe er auf die Kostenübernahme der Beklagten vertrauen dürfen. Die Beklagte zitiere die rechtlichen Aspekte zu einer Organtransplantation außerhalb des europäischen Auslands, die sich nach § 18 SGB V ergäben und hier nicht einschlägig seien. Für Ansprüche des Klägers im Sinne eines Eintretens der Krankenkassen für sog Systemversagen sei in dem hier gegebenen Fall der Organtransplantation im europäischen Ausland nach § 13 Abs 5 iVm Abs. 4 SGB V gerade der gesetzliche Regelungsraum eröffnet. Denn mit dem gesetzlich anerkannten, im Inland verbindlichen Verteilungssystem werde dem Gesichtspunkt Rechnung getragen, dass die Leistungsträger im Zusammenwirken mit

anderen Institutionen alle nötigen Anstrengungen unternehmen müssten, um Behandlungsansprüche der Versicherten auch bei Versorgungsengpässen erfüllen zu können (vgl § 17 Abs 1 Nr 1 und 2, Abs 3 SGB I). Die Zuteilungskriterien des TPG beinhalteten eine objektive Gewichtung der maßgeblichen medizinisch-ethischen Gründe für die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Transplantation und ermöglichten nur so eine sachgerechte und für alle Beteiligten hinnehmbare Bewältigung des Mangels an Spenderorganen.

Die in J. erfolgte Nierentransplantation des Klägers habe einer bedarfsgerechten Versorgung entsprochen, die sich an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit orientiere. Die Behandlung sei in einem Umfang erfolgt, die dem Kläger nach § 12 Abs 1 SGB V auch im Inland zugestanden hätte. Mit dem Vorhalten des Vergabeverfahrens nach § 16 TPG und den von der Bundesärztekammer erlassenen Richtlinien für die Organvermittlung zur Nierentransplantation werde das Merkmal der krankenversicherungsrechtlichen Notwendigkeit in zulässiger Weise konkretisiert. Da der Kläger in den Niederlanden am Wartesystem von Eurotransplant teilgenommen habe, sei eine am Gleichheitssatz und an der medizinischen Erforderlichkeit orientierte Verteilung gerade möglich gemacht.

Die Beteiligten haben sich mit Schriftsätzen vom 11. Dezember und vom 15. Dezember 2025 mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

Der Senat konnte über den Rechtsstreit gemäß § 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten schriftsätzlich damit einverstanden erklärt haben.

Die Berufung der Beklagten ist gemäß §§ 143 f SGG form- und fristgerecht eingelegt worden. Sie ist auch begründet. Der Senat vermag sich dem Gerichtsbescheid des SG Osnabrück nicht anzuschließen.

Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ist zulässig, erweist sich jedoch als unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in den Niederlanden, einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, durchgeführte Nierentransplantation.

1. Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich weder aus § 13 Abs 5 iVm Abs 4 SGB V (*dazu unter a*) noch aus § 2 Abs 1a SGB V (*dazu unter b*).

a) Versicherte sind nach § 13 Abs 4 SGB V (*idF durch Art 4 Nr 3 Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22. Juni 2011, BGBl I 1202, mWv 29. Juni 2011*) 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 aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Wie sich aus der Formulierung "anstelle der Sach- oder Dienstleistung" in § 13 Abs 4 Satz 1 SGB V ergibt, setzt die Vorschrift einen Anspruch auf die entsprechende Naturalleistung nach dem SGB V voraus (*vgl BSG Urteil vom 30. Juni 2009 - B 1 KR 19/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr 21 Rn 10; BSG, Urteil vom 18. November 2014 - B 1 KR 19/13 R - BSGE 117, 212 = SozR 4-2500 § 27 Nr 26 Rn 29*). Sie entspricht unter diesem Aspekt den Bestimmungen über gewillkürte und sachleistungsersetzende Kostenerstattung wegen Systemversagens (*BSG, Urteil vom 26. Mai 2020 – B 1 KR 21/19 R Rn 11mwN*).

Für Behandlungen im Krankenhaus gemäß § 39 SGB V gilt allerdings nach § 13 Abs 5 Satz 1 SGB V zusätzlich, dass diese nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Aus teleologischen Gründen ist das Erfordernis einer vorherigen Zustimmung auf den Regelfall einer geplanten Krankenhausbehandlung zu beschränken; bei unvorhersehbaren Erkrankungen kommt eine nachträgliche Genehmigung durch die Krankenkasse in Betracht (*Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Aufl, § 13 SGB V (Stand: 11. November 2025, Rn 198)*). Bei der streitbefangenen Nierentransplantation in J. handelt es sich um eine geplante Krankenhausbehandlung.

Der Kläger hat sich *planmäßig* zu einem stationären Aufenthalt in die Niederlande und damit in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union begeben, sodass die Behandlung der *vorherigen* Zustimmung der Beklagten bedurfte. Dementsprechend hat er vor dem stationären

Krankenhausaufenthalt und Aufnahme auf die niederländische Warteliste für eine Nierentransplantation die vorherige Zustimmung der Beklagten beantragt und ihre Entscheidung abgewartet. Der Kläger hat die Nierentransplantation in J. erst am 22. Januar 2022 – während des Klageverfahrens – durchführen lassen. Insoweit hat er den Beschaffungsweg eingehalten.

Allerdings steht einem Kostenerstattungsanspruch entgegen, dass eine qualitativ gleichwertige Versorgung und unter zumutbaren Bedingungen verfügbare Behandlungsmöglichkeit im Inland bestanden hat.

§ 13 Abs 5 SGB V regelt den grundsätzlichen Zustimmungsvorbehalt der Krankenkassen für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union. Nach § 13 Abs 5 Satz 2 SGB V darf die Zustimmung 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. Das BSG hat bereits entschieden, dass eine Auslandsbehandlung - zumal in stationärer Form unter den erschwerten (europarechtskonformen) Voraussetzungen des § 13 Abs 5 SGB V - unter dem allgemeinen, sich auch in § 13 Abs 4 Satz 6 SGB V niederschlagenden Regime des § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V *nicht* allein unter Hinweis auf den Patientenwunsch oder die Inanspruchnahme der europarechtlichen passiven Dienstleistungsfreiheit beansprucht werden kann. Aus § 18 SGB V hat das BSG vielmehr hergeleitet, dass dafür ein qualitatives oder quantitatives Versorgungsdefizit im Inland zu fordern ist. Ein solches Defizit besteht nicht schon dann, wenn das Leistungsangebot im Ausland wegen einer besonders modernen technischen Ausstattung eines Krankenhauses oder wegen des auch international herausragenden fachlichen Rufs des dortigen Arztes eine überdurchschnittliche Qualität aufweist. Denn eine solche Spitzenmedizin bildet nicht den Maßstab für die Leistungen der GKV. Die Krankenkassen schulden den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik; sie haben die Leistungen zu gewähren, die zur Heilung und Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind (§ 2 Abs 1 Satz 3, § 12 Abs 1, § 27 Abs 1, § 70 Abs 1 SGB V). Auf eine optimale, über den beschriebenen gesetzlichen Standard hinausgehende Versorgung besteht dagegen kein Anspruch (*BSG, Beschluss vom 8. November 2024 – B 1 KR 29/24 BH Rn 7, 8*). Damit hat das BSG seine Rechtsprechung im Urteil vom 17. Februar 2004 (*B 1 KR 5/02 R*) zu § 18 SGB V bestätigt und auf § 13 Abs 5 SGB V erweitert.

Nach diesen Maßstäben bestand in Bezug auf die vom Kläger im europäischen Ausland begehrte Nierentransplantation in Deutschland weder ein qualitatives noch ein quantitatives Versorgungsdefizit. Ein solches Defizit besteht nicht schon, wenn im Ausland wegen der dort geltenden Widerspruchslösung kürzere Wartezeiten auf eine Leichenspende bestehen. Denn trotz längerer Wartezeiten auf ein Spenderorgan hätte eine entsprechende Behandlung im Inland rechtzeitig erlangt werden können, sodass eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung sichergestellt war.

aa) Der Eintritt der Dialysepflichtigkeit begründet kein *qualifiziertes* Versorgungsdefizit. Die Zeit des Wartens auf ein geeignetes Spenderorgan konnte beim Kläger mit einer laufenden Dialysebehandlung überbrückt werden, die ihrerseits dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entspricht (*vgl BSG, Urteil vom 17. Februar 2004- B 1 KR 5/02 R Rn 17*).

Der Senat kann der Auffassung des SG nicht folgen, dass die Beklagte ihre Zustimmung zu einer Nierentransplantation in den Niederlanden bereits mit Eintritt der Dialysepflicht im März 2020 hätte erteilen müssen. Das SG hat diese Annahme auch nicht begründet. Der Eintritt der Dialysepflicht begründet die Indikation für eine Nierenersatztherapie und ist eine Voraussetzung für die Aufnahme auf eine Warteliste. Mit dem ersten Tag der chronischen Dialysebehandlung beginnt die Berechnung der Wartezeit für ein Spenderorgan; damit knüpft die Wartezeit an den Eintritt der Dialysepflicht an. Aus dem Eintritt der Dialysepflicht darüber hinaus eine Zustimmungspflicht der Krankenkasse nach § 13 Abs 5 Satz 2 SGB V zu einer Transplantation in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (hier: der Niederlande) herzuleiten, läuft Sinn und Zweck des europarechtskonformen Zustimmungsvorbehalts der Krankenkassen zuwider. Es erscheint schon deshalb fragwürdig, weil auch in den Niederlanden – trotz der dort geltenden Widerspruchslösung – Organmangel herrscht und Wartezeiten bestehen.

Sinn und Zweck des grundsätzlichen Zustimmungsvorbehalts in § 13 Abs 5 SGB V würden ausgehöhlt, wenn in Bezug auf eine Nierentransplantation - abstrakt - mit Eintritt der Dialysepflichtigkeit – ein gebundener Anspruch des Versicherten auf Erteilung der Zustimmung entstünde. Absatz 5 vollzieht die Urteile des EuGH nach, in denen dieser Regelungen, die die Kostenübernahme für die Versorgung in einem Krankenhaus in einem anderen Mitgliedstaat von einer vorherigen Zustimmung der Krankenkasse abhängig machen, unter bestimmten Voraussetzungen für vereinbar mit den Artikeln 49 und 50 EG (jetzt Art 56 f AEUV) gehalten hat. Eine Beeinträchtigung der Binnenmarktfreiheiten kann gerechtfertigt sein, wenn anderenfalls die finanzielle Stabilität der Krankenversicherungssysteme der

Mitgliedstaaten gefährdet sei. Das hat der EuGH bei Krankenhausleistungen bejaht (*Helbig, aaO, Rn 198*).

Die Zustimmung darf nach § 13 Abs 5 Satz 2 SGB V versagt werden, wenn eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse erhalten werden kann. Bei gleicher bzw gleichwertiger Behandlungsmöglichkeit besteht somit ein Vorrang zu Gunsten inländischer Leistungserbringer. Ob eine derartige Behandlungsmöglichkeit gegeben ist, haben die Krankenkassen in entsprechender Anwendung von § 275 Abs 2 Nr 3 SGB V durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Ebenso wie im Anwendungsbereich von § 18 SGB V kann eine solche Prüfung nicht abstrakt erfolgen, sondern muss bei dem aktuellen Krankheitszustand des Versicherten ansetzen (*Helbig, aaO, Rn 201*). Ob eine Behandlung im Inland nicht rechtzeitig erbracht werden kann, bestimmt sich nach dem konkret-individuellen Behandlungsbedarf des Versicherten (*Schifferdecker in Kassler Kommentar, § 13 SGB V, Stand Mai 2024 Rn 308*). Ergibt sich danach, dass der Versicherte eine notwendige stationäre medizinische Behandlung im Inland nicht oder nicht rechtzeitig erhalten kann, hat er einen gebundenen Anspruch auf Erteilung der Zustimmung (*Helbig, aaO, Rn 201*).

In dieser Weise ist die Beklagte verfahren, als sie im Widerspruchsverfahren die nochmalige Prüfung einer Nierentransplantation im Inland durch den MDK nach § 275 Abs 2 Nr 3 SGB V beauftragt hat. Der MDK ist in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 18. Februar 2019 zu der Beurteilung gekommen, dass der Kläger eine gleiche, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Transplantation im Inland hätte erlangen können. Die Nierentransplantation zählt in Deutschland und den Niederlanden gleichermaßen zu den gefestigten medizinischen Standardmaßnahmen bei gleicher oder gleichwertiger Behandlungsmöglichkeit. Dazu hat der MDK in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2019 ausgeführt, dass aus rein medizinischer Sicht die Nierentransplantation gleichermaßen in einem deutschen Transplantationszentrum durchgeführt werden kann. Ein rein medizinischer Vorteil durch die Anbindung an das Transplantationszentrum in J. besteht nicht. Als zum damaligen Wohnort des Klägers in K. hat der MDK die nächstliegenden deutschen Transplantationszentren in R., S. und T. benannt, die von der Kilometerzahl nur etwas weiter entfernt sind. Der MDK hat explizit darauf hingewiesen, dass die genannten deutschen Transplantationszentren von K. gut zu erreichen sind und die Entfernung nicht maßgeblich für eine Transplantation in J. spricht.

bb) Entgegen der Auffassung des Klägers begründet die in Deutschland bestehende längere Wartezeit auf ein Spenderorgan auch kein *quantitatives* Versorgungsdefizit. Ein die Zustimmungspflicht begründendes Versorgungsdefizit könnte nur angenommen werden, wenn eine Behandlung im Inland aus Kapazitätsgründen und dadurch bedingter Wartezeiten *nicht rechtzeitig* erfolgen kann. Das war hier nicht der Fall.

Dabei wird zugunsten des Klägers unterstellt, dass in Deutschland eine zwei bis vier Jahre längere Wartezeit für ein Spenderorgan besteht. Allerdings ist im Blick zu behalten, dass es sich bei diesen Angaben – statistisch betrachtet - um durchschnittliche Wartezeiten handelt, die für den Einzelfall nur bedingt aussagekräftig sind (*vgl BSG, Urteil vom 17. Februar 2004, aaO, Rn 18*). Ob eine Behandlung im Inland nicht rechtzeitig erbracht werden kann, bestimmt sich nach dem konkret-individuellen Bedarf des Versicherten. Allein die Existenz von Wartelisten ist kein hinreichender Grund für die Erteilung einer Zustimmung für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland (*Schifferdecker aaO unter Hinweis auf EUGH vom 13. Mai 2003 - C-385/99 -*).

Krankenkassen schulden ihren Versicherten auch bei einer Auslandsbehandlung mithin keine Versorgung, die alle dort bestehenden Behandlungsmöglichkeiten bis an ihre medizinisch-technischen Grenzen um jeden Preis ausschöpft. Den Versicherten steht bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen außerhalb Deutschlands regelmäßig (nur) eine bedarfsgerechte Versorgung zu, die ebenso an die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit gebunden ist wie der Behandlungsanspruch im Inland (§ 12 Abs 1 SGB V). Wie sich zusätzlich aus § 70 Abs 1 Satz 1 SGB V ergibt, ist daneben auf eine gleichmäßige Versorgung zu achten, was durch den verfassungsrechtlichen allgemeinen Gleichheitssatz bestärkt wird. Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) begründet die verfassungsrechtliche Pflicht, die Versicherten bei der Versorgung mit Leistungen auch in bestehenden Mangelsituationen nicht willkürlich ungleich zu behandeln (*vgl zB BVerfGE 33, 303, 345 ff; 43, 291, 314 ff; 59, 1, 21 ff*). Vor diesem Hintergrund erlangt das "Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen - Transplantationsgesetz" (TPG) vom 5. November 1997 (BGBl I 2631) besondere Bedeutung. Dieses Gesetz wurde ua in der Erkenntnis geschaffen, dass Spenderorgane nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen und nur begrenzt vermehrbar sind und dass sich daraus zahlreiche Probleme im Zusammenhang mit der Versorgung von Behandlungsbedürftigen mit diesen Organen ergeben können. Das TPG verfolgt das Ziel, die Voraussetzungen für die Spende und Entnahme menschlicher Organe zum Zwecke der Transplantation rechtssicher zu regeln (*vgl BT-Drucks 13/4355 S 1 und S 14 f*) und stellt dazu in seinem § 12 verbindliche Regeln über die Organvermittlung auf (*BSG, Urteil vom 17. Februar 2004 – B 1 KR 5/02 R –, Rn 20 mwN*).

Die Niere gehört nach § 1a Nr 2 TPG zu den vermittlungspflichtigen Organen. Gemäß § 12 Abs 3 Satz 1 TPG sind die vermittlungspflichtigen Organe von den Vermittlungsstellen nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln. Die Wartelisten der Transplantationszentren sind dabei als einheitliche Liste zu behandeln. Die Bundesärztekammer stellt den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien fest ua für die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs 2 NR 2 einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme nach § 16 Nr 2 und die Regeln zur Organvermittlung nach § 12 Abs 3 Satz 1, § 16 Nr 5 TPG. Dies ist geschehen durch die im vorliegenden Rechtsstreit maßgebliche Richtlinie zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG vom 15. Mai 2020.

In der hier maßgeblichen Richtlinie wird unter II. 1c) ausdrücklich verlangt, dass die Vermittlung insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit erfolgen und dem Grundsatz der Chancengleichheit entsprechen muss. Der Chancengleichheit dient insbesondere, dass die Wartelisten als bundeseinheitliche Warteliste zu behandeln sind. Unter 1e) wird die Dringlichkeit weiter konkretisiert. Der Grad der Dringlichkeit richtet sich nach dem gesundheitlichen Schaden, der durch die Transplantation verhindert werden soll.

Dass beim Kläger eine besondere medizinische Dringlichkeit bestanden hat, die eine Verkürzung der Wartezeit medizinisch notwendig gemacht hat, wird weder vorgetragen noch ergibt sie sich aus den medizinischen Unterlagen. Das allgemeine Vorbringen des Klägers, eine möglichst kurze Dialysebehandlung sei grundsätzlich günstiger, reicht für den Nachweis eines speziellen Versorgungsbedarfs nicht aus.

Unter II. 1f) der Richtlinie wird für die Chancengleichheit der Organzuteilung zum einen verlangt, dass die Aussicht auf ein Organ insbesondere nicht vom Wohnort, sozialem Status, finanzieller Situation und der Aufnahme in die Warteliste eines bestimmten Transplantationszentrums abhängen darf. Zum anderen sollen schicksalhafte Nachteile wie seltene Blutgruppen oder bestimmte medizinische Merkmale möglichst ausgeglichen werden.

Damit sind unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten sachliche Kriterien für eine möglichst gleichmäßige Vergabepaxis geschaffen worden sind. Gegen die dieser maßen ausgestaltete Chancengleichheit verstößt der Kläger, indem er seinen Kostenerstattungsanspruch – entgegen II. 1f) der Richtlinie zur Organtransplantation - mit seinem früheren Wohnort in K. und dessen räumlicher Nähe zu den Niederlanden begründet.

b) Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich auch nicht nach § 2 Abs 1a SGB V.

Nach § 2 Abs 1a SGB V können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von den allgemeinen Qualitäts- und Wirksamkeitsanforderungen des § 2 Abs 1 Satz 3 SGB V abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Eine Erkrankung ist lebensbedrohlich oder regelmäßig tödlich, wenn sie in überschaubarer Zeit das Leben beenden kann und dies eine notstandsähnliche Situation herbeiführt, in der Versicherte nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen (*vgl BVerfG vom 10. November 2015 - 1 BvR 2056/12 -, Rn18*). Nach den konkreten Umständen des Falles muss bereits drohen, dass sich mit großer bzw - gleichbedeutend - hoher Wahrscheinlichkeit der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums verwirklichen wird (*stRspr; vgl BVerfG <Kammer> vom 11. April 2017 - 1 BvR 452/17*).

Es genügt nicht, dass die Erkrankung unbehandelt zum Tode führt. Dies trifft auf nahezu jede schwere Erkrankung ohne therapeutische Einwirkung zu (*vgl zB BSG vom 26. September 2006 - B 1 KR 3/06 R- Rn 34; BSG vom 17. Dezember 2013 - B 1 KR 70/12 R Rn 29*). Die Erkrankung muss trotz des Behandlungsangebots mit vom Leistungskatalog der GKV regulär umfassten Mitteln lebensbedrohlich sein. Kann einer Lebensgefahr mit diesen Mitteln hinreichend sicher begegnet werden, besteht kein Anspruch aus grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts. Die notstandsähnliche Situation muss sich nach den konkreten Umständen des einzelnen Falles ergeben. Ein nur allgemeines mit einer Erkrankung verbundenes Risiko eines lebensgefährlichen Verlaufs genügt hierfür nicht. Es muss nach den konkreten Umständen des Falles eine durch nahe Lebensgefahr gekennzeichnete individuelle Notlage vorliegen, die durch die Gefahr geprägt ist, dass die betreffende Krankheit in überschaubarer Zeit mit hoher Wahrscheinlichkeit das Leben beenden kann, sodass Versicherte nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen (*BSG, Urteil vom 29. Juni 2023 – B 1 KR 35/21 R Rn 18 – 22 mwN*).

Diese Voraussetzungen sind beim Kläger nicht erfüllt; beim Kläger bestand keine notstandsähnliche Situation. Zwar würde der bei ihm im März 2020 eingetretene

Nierenfunktionsausfall – unbehandelt – zum Tode führen. Jedoch steht mit der Dialyse zur Überbrückung der Wartezeit für ein Spenderorgan ein anerkanntes, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechendes Behandlungsverfahren zur Verfügung.

2. Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich auch *nicht* aufgrund einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V.

Insoweit kann offenbleiben, ob der Anwendungsbereich des § 13 Abs 3a SGB V eröffnet ist für Fälle, in denen Versicherte – wie hier der Kläger – auf eine zuvor zu treffende Entscheidung der Krankenkasse angewiesen sind, um ihr Selbstbeschaffungsrecht ausüben zu können. Dies betrifft das Zustimmungserfordernis nach § 13 Abs 5 SGB V (*vgl BSG, Urteil vom 26. Mai 2020 - B 1 KR 21/19 R Rn 33*).

Jedenfalls ist die Fiktion der Genehmigung nach § 13 Abs 3a SGB V nicht eingetreten. Die Beklagte hat die Fünf-Wochen-Frist des § 13 Abs 3a SGB V mit einem hinreichenden Grund wirksam verlängert. Maßgeblich für den Fristbeginn ist der Eingang des Kostenübernahmeantrags bei der Beklagten am 11. Dezember 2018.

Nach § 13 Abs 3a S 1 SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (§ 13 Abs 3a S 2 SGB V). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (§ 13 Abs 3a S 3 SGB V). Eine hiervon abweichende Frist ist nur für den Fall der Durchführung eines im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens bestimmt (§ 13 Abs 3a S 4 SGB V: ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (§ 13 Abs 3a S 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (*BSG, Urteil vom 7. November 2017 – B 1 KR 24/17 R Rn 29*)

Ein hinreichender Grund für die Nichteinhaltung der Frist kann insbesondere die im Rahmen der Amtsermittlung (§ 20 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - SGB X-) gebotene Einholung von weiteren Informationen beim Antragsteller oder Dritten sein, um abschließend über den Antrag entscheiden zu können. In diesem Sinne führen die Gesetzesmaterialien beispielhaft an, "dass die Versicherten oder Dritte nicht genügend oder rechtzeitig bei einer körperlichen

Untersuchung mitgewirkt oder von einem Gutachter angeforderte notwendige Unterlagen beigebracht haben" (*vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zum PatRVerbG-Entwurf, BT-Drucks 17/11710 S 30 zu § 13 Abs 3a S 4 SGB V*), (*BSG, Urteil vom 7. November 2017 – B 1 KR 24/17 R Rn 30 - 31*).

Die Beklagte hat dem Kläger, der die angeforderten medizinischen Unterlagen erst verzögert eingereicht hat, die Gründe für eine Verzögerung der Entscheidung über seinen Antrag rechtzeitig schriftlich dargelegt.

Die Beklagte hat im Verwaltungsverfahren beim Kläger mit Schreiben vom 14. Dezember weitere medizinische Unterlagen angefordert, die dieser bis zum 27. Dezember einreichen sollte und eine Entscheidung bis zum 2. Januar 2019 in Aussicht gestellt. Mit Schreiben vom 21. Dezember hat die Beklagte den Kläger an die Übersendung der Unterlagen mit Frist bis zum 24. Januar 2019 erinnert und eine Entscheidung bis zum 4. Februar avisiert. Die angeforderten Unterlagen sind vom Kläger mit Posteingang bei der Beklagten am 4. Januar 2019 übersandt worden. Mit Schreiben vom 10. Januar hat die Beklagte den Kläger über die Beteiligung des MDK unterrichtet und mitgeteilt, dass sie bis zum 4. Februar 2019 entscheiden werde. Der ablehnende Bescheid ist am 16. Januar 2019 mit wirksamer Fristverlängerung ergangen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Der Senat musste die Revision nicht zulassen.

Eine ungeklärte Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung nach § 160 Abs 2 SGG liegt nicht vor. Das BSG hat seine Rechtsprechung, dass Anspruch auf eine geplante Krankenhausbehandlung im Ausland (§ 18 SGB V) ein qualitatives oder quantitatives Versorgungsdefizit im Inland voraussetzt im Beschluss vom 8. November 2024 – B 1 KR 29/24 BH – auf § 13 Abs 5 SGB V erstreckt. Der EUGH hat bereits entschieden, dass die Existenz von Wartelisten kein hinreichender Grund für die Erteilung einer Zustimmung für eine Krankenhausbehandlung im EU-Ausland ist (*Urteil vom 13. Mai 2003 – C-385/99 – Müller-Faure/van Riet*).

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Beschwerde als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt ab 1. Januar 2026 für die nachfolgend unter Nrn. 2. bis 7. genannten Personen und Organisationen (§ 65d Satz 2 SGG). Die Beschwerde muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften des Bundessozialgerichts:

bei Brief und Postkarte	bei Eilbrief, Paket und Päckchen
34114 Kassel	Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
Telefax-Nummer:	
0561-3107475	

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder

von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,

5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem Sozialen Entschädigungsrecht oder der Menschen mit Behinderungen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Begründung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Gleiches gilt ab 1. Januar 2026 für die oben unter Nrn. 2. bis 7. genannten Personen und Organisationen (§ 65d Satz 2 SGG).

In der Begründung muss dargelegt werden, dass
die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder

die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder

ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Gleiches gilt ab 1. Januar 2026 für die oben unter Nrn. 2. bis 7. genannten Personen und Organisationen (§ 65d Satz 2 SGG).

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.