

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2007.00011 vom 28. Februar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2007.00011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2007.00011 du 28 février 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2007.00011 del 28 febbraio 2008

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin stellte sich im angefochtenen Entscheid und in ihrer Vernehmlassung auf den Standpunkt, dass sich die Beschwerdeführerin zwecks Behandlung nach Deutschland begeben habe und keine medizinische Indikation für eine Auslandsbehandlung vorgelegen habe, insbesondere auch kein Notfall (Urk. 2, 10).

2.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet, sich zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland begeben zu haben. Sie habe sich am 23. Juni 2004 ferienhalber in Deutschland aufgehalten, als sie wegen akuter Beschwerden die Frauenklinik in _____ aufgesucht habe. Eine Reise wäre nicht angemessen gewesen. Das Gespräch mit Prof. Dr. A. _____ habe ihr verdeutlicht, dass eine Bauchoperation nicht mehr zu umgehen sei. In _____ habe sich ihr die Möglichkeit geboten, die Operation - anders als in der Schweiz, wo ihr 2001 im D. _____ die Hysterektomie aufgedrängt worden sei - mittels einer Myomektomie organerhaltend durchzuführen. Für sie als betroffene Person habe es sich um einen Notfall gehandelt. Zudem sei die Operation in Deutschland dringend indiziert gewesen, weil sie in dieser Form in der Schweiz nicht hätte durchgeführt werden können (Urk. 1).

E. 3

3.1 Vorweg ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin anhand des nationalen Rechts zu prüfen. Anschliessend werden die Ansprüche aus Staatsvertragsrecht zu prüfen sein.

3.2 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; in Kraft seit 1. Januar 2003) sind auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das KVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht (Art. 1 Abs. 1 KVG). Sie finden unter anderem im Bereich der Zulassung und des Ausschlusses von Leistungserbringern (Art. 35 - 40 und 59 KVG) und im Bereich der Tarife, Preise und des Globalbudgets (Art. 43 - 55 KVG) keine Anwendung (Art. 1 Abs. 2 lit. a und b KVG).

3.3 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die

ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführt oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) sowie den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG).

3.4 Voraussetzung für die Kostenübernahme sind neben dem Erfordernis der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 35 ff. KVG) unter anderem Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Art. 32 Abs. 1 KVG; vgl. BGE 125 V 95, 127 V 138). Diese Voraussetzungen gelten auch für im Ausland erbrachte Leistungen. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der in der Schweiz von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen wird gesetzlich vermutet (vgl. Art. 33 Abs. 1 KVG; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 283 f. Erw. 3).

3.5 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25-33 übernehmen. Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann bestimmen, in welchen Fällen die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer Entbindung übernimmt, die aus andern als medizinischen Gründen im Ausland erfolgt. Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

3.6 Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erlassen. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung bezeichnet das Departement nach Anträgen der zuständigen Kommission die Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 29 des Gesetzes, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt sodann die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben (Abs. 2). Bis anhin hat das eidgenössische Departement des Innern eine Liste von Auslandsleistungen im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV nicht erstellt.

3.7 Nach der Rechtsprechung (BGE 128 V 75) kann ein Recht auf Auslandsbehandlung nicht direkt aus Art. 34 Abs. 2 KVG abgeleitet werden. Denn diese Bestimmung ermächtigt den Bundesrat zwar zur Bestimmung der Kosten von Leistungen, welche aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden, verpflichtet ihn hingegen nicht dazu (BGE 128 V 80 Erw. 3c). Der Bundesrat hat mit Erlass von Art. 36 Abs. 1 KVV die Bezeichnung der Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können, an das Departement des Innern subdelegiert. Der Umstand, dass das Departement des Innern bis anhin noch keine Liste solcher Auslandsleistungen

erstellt hat, steht der Vergütung solcher Kosten nicht zum Vornherein entgegen. Nach der Rechtsprechung ist trotz Fehlens einer Liste von Auslandsleistungen die gesetzliche Regelung vielmehr genügend klar, um direkt angewendet werden zu können. Die Leistungen im Sinne der Art. 25 Abs. 2 und 29 KVG müssen allerdings einerseits dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz entsprechen und tatsächlich nicht in der Schweiz erbracht werden können sowie andererseits den Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen (BGE 128 V 81 Erw. 4b, 131 v 275 Erw. 3.1).

3.8 Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG setzt den Nachweis voraus, dass entweder:

1. in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder aber:
2. im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsalternative für die betroffene Person erheblich höher, wesentliche Risiken mit sich bringt und damit eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret nicht gewährleistet ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bloss geringfügige, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode, aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung im betreffenden Fachgebiet verfügt, vermögen für sich allein noch keinen "medizinischen Grund" im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG abzugeben (BGE 131 V 275 f. Erw. 3.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen K. vom 14. Oktober 2002, K 39/01, Erw. 1.3; vgl. auch BGE 127 V 147 Erw. 5 betreffend ausserkantonale Leistungen gemäss Art. 41 Abs. 2 KVG). Grundsätzlich dürfte es sich dabei um Fälle hoher technischer Spezialisierung oder um sehr seltene oder schwierige Behandlungen handeln, für welche auf Grund der Seltenheit der Krankheit in der Schweiz die notwendige diagnostische oder therapeutische Erfahrung fehlt (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Rz 482).

E. 4

4.1 Die medizinischen Akten zeigen folgendes Bild:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. E. ___ des D. ___, stellte in ihrem Bericht vom 28. Juni 2001 die Diagnose eines Uterus myomatosus bei einer 47-jährigen prämenopausalen Patientin mit einmaliger Metrorrhagie im März/April 2001 (anamnestisch). Prognostisch stellte Dr. E. ___ fest, dass je nach Verlauf allenfalls eine Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) indiziert sei; aktuell wünsche die Beschwerdeführerin jedoch keine Operation (Urk. 11/4). Am 22. Mai 2001 und 3. September 2001 unterzog sich die Beschwerdeführerin im D. ___ jeweils einer gynäkologischen Ultraschalldiagnostik, welche einen riesigen Uterus myomatosus zeigte bei vier intramuralen Myomen (Urk. 11/3 und 11/5). Die Empfehlung vom 3. September 2001 lautete auf Durchführung einer intravenösen Pyelographie mit eventuell anschliessender abdominaler Hysterektomie (Urk. 11/5).

4.2 Prof. Dr. A. ___ stellte gestützt auf seine Besprechung und klinische Untersuchung (Tastuntersuchung) vom 23. Juni 2004 die Diagnose eines exzessivsten

Uterus myomatosus (das gesamte Abdomen bis zum Oberbauch ausfüllend) mit beginnendem einseitigem Nierenstau und kompletter Verdrängungsproblematik. Als zusammenfassendes Gesprächsergebnis hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin in erster Linie daran interessiert sei, den Uterus zu erhalten. Er habe ihr erklärt, auf Myomoperationen spezialisiert zu sein und das bisher immer geschafft zu haben. In jedem Fall befürwortete Prof. Dr. A. eine absolut dringliche Operationsindikation, da ansonsten in erster Linie die Niere, aber auch andere Organe Schaden nehmen könnten. Der Untersuchungsbefund lautete dahingehend, dass sich bei der Tastuntersuchung eine extrem dicke Bauchdecke und darunter multiple Myomkonglomerate gezeigt hätten, die bis an beide Beckenwände bis zur Symphyse und weit in den Oberbauch hineinreichen würden und sich nicht abgrenzen lassen würden (Urk. 11/7). Prof. Dr. A. wies auf den vereinbarten stationären Aufnahmetermin zur Narkoseuntersuchung, Quelaparotomie und Myomentfernung unter Uterus- und Adnexerhalt hin (Urk. 11/7). Gemäss Operationsbericht von Prof. Dr. A. vom 3. August 2004 ergab sich aufgrund der Grösse und Lage der Myome die Notwendigkeit einer Hemisektion des Corpus uteri (Urk. 11/10). In seiner Stellungnahme vom 23. November 2006 zu von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen betreffend Abklärung ihrer Leistungspflicht verneinte Prof. Dr. A. das Vorliegen eines Notfalls. Die Frage Ziff. 3 nach medizinischen Gründen, die gegen eine Behandlung in der Schweiz gesprochen haben, beantwortete er dahingehend, dass der Beschwerdeführerin in Deutschland zugesagt worden sei, die Gebärmutter trotz der riesigen Myome zu erhalten, was ihrem ausdrücklichen Wunsch entsprochen habe. In der Schweiz wäre die Gebärmutter gemäss Angaben der Beschwerdeführerin ganz entfernt worden. Die Zumutbarkeit der Rückreise in die Schweiz für eine stationäre Behandlung bejahte Prof. Dr. A. (Beilage zu 11/13).

4.3.4 Dr. F. des medizinischen Dienstes der Beschwerdegegnerin hielt in einer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erstellten Stellungnahme vom 24. April 2007 fest, dass die Myomektomie (Entfernung von Myomen ohne Entfernung der Gebärmutter) eine Operationstechnik darstelle, welche in der Schweiz seit Langem beherrscht werde. Diese Technik sei im Allgemeinen Situationen vorbehalten, in denen die Reproduktionsfunktion erhalten oder wiederhergestellt werden müsse. Bei einer Frau um die 50 sei das Vermeiden einer Hysterektomie kein Ziel an sich, da die heutigen Operationstechniken erlauben würden, den Gebärmutterhals und die Eierstockfunktion zu erhalten. Die Ärzte des D. hätten höchstwahrscheinlich die totale Hysterektomie wegen des Alters der Beschwerdeführerin und der erheblichen Grösse und Zahl der Myome empfohlen. Dies entspreche ganz und gar den Regeln der Kunst. Zudem führe die Myomektomie gemäss verschiedenen Lehrmeinungen in fast allen Fällen zu Verwachsungen, welche Bauchschmerzen verursachen oder beim Geschlechtsverkehr unangenehm empfunden würden. Als Fazit verneinte Dr. F. wohl das Vorliegen eines Notfalls und hielt fest, dass die Operation auch in der Schweiz durchführbar gewesen wäre. Mangels Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sei sie jedoch nicht empfohlen worden (Urk. 11/17).

E. 5

5.1.1 Aus den oben erwähnten medizinischen Unterlagen ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 Erw. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.) das Vorliegen eines Notfalls im Sinne von

Art. 36 Abs. 2 KVV auszuschliessen. Dr. A.____ verneinte in seinem Schreiben vom 23. November 2006 das Vorliegen eines Notfalls ausdrücklich und bejahte die medizinische Zumutbarkeit einer RÄ¼ckreise (Beilage zu Urk. 11/13). Unabhängig von der Frage, ob sich die BeschwerdefÄ¼hrerin gezielt zum Zwecke der Behandlung nach ____ begeben hat (vgl. dazu unten Erw. 7.2.2), ist das Vorliegen einer Notfallsituation gestÄ¼tzt auf diese unmissverständlichen Aussagen von Prof. Dr. A.____ zu verneinen, zumal die Zumutbarkeit der RÄ¼ckreise fÄ¼r die Behandlung auch unter BerÄ¼cksichtigung nicht medizinischer Kriterien, wie demjenigen des VerhÄ¼ltnisses der Kosten der RÄ¼ckreise und der Kosten der Behandlung sowie der Dauer der RÄ¼ckreise aus dem nahen sÄ¼ddeutschen ____ zweifellos als gegeben zu betrachten ist (Urteil des EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts vom 23. August 2002 in Sachen B., K 7/02, Erw. 4).

5.2ÄÄÄÄ Was die Behandlung im Ausland aus medizinischen GrÄ¼nden anbelangt, ergibt sich sowohl aufgrund der Parteivorbringen als auch aufgrund der medizinischen Akten, dass das Motiv der BeschwerdefÄ¼hrerin fÄ¼r die Behandlung im UniversitÄ¼tsklinikum ____ war, die Myome unter Erhaltung der Organe, insbesondere des Uterus entfernen zu lassen, wofÄ¼r sich dieses Institut gemÄ¼ss Prof. Dr. A.____ als spezialisiert erklÄ¼rt (vgl. Urk. 3/2).

ÄÄÄÄÄÄÄÄ Unter dem Blickwinkel der in Erw. 3.8 angefÄ¼hrten Voraussetzungen fÄ¼r ein ausnahmsweises Abweichen vom TerritorialitÄ¼tsprinzip gestÄ¼tzt auf Art. 34 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 1 KVV ist zunÄ¼chst festzuhalten, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin ihre Behauptung, dass in der Schweiz Ä¼berhaupt keine BehandlungsmÄ¼glichkeit bestanden habe, im Wesentlichen darauf abstÄ¼tzte, dass das D.____ aufgrund seiner Untersuchungen vom Mai und September 2001 die Operationstechnik einer abdominalen Hysterektomie empfohlen hatte (vgl. Urk. 1, 11/3-5). Ihre Behauptung, dass die GynÄ¼kologen in der Schweiz mit der besonderen Technik der Myomektomie (HerausschÄ¼len von Myomen unter Organerhaltung) nicht vertraut gewesen seien und ihr eine entsprechende Operation nicht hÄ¼tten anbieten kÄ¼nnen (Urk. 1 S. 4), belegte sie in keiner Weise. An der diesbezÄ¼glichen Aussage des versicherungsinternen Arztes Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 24. April 2007, wonach die Myomektomie eine Technik sei, die seit langem in der Schweiz beherrscht werde (Urk. 11/17), rechtfertigen sich denn auch keine ernsthaften Zweifel.

ÄÄÄÄÄÄÄÄ Dass das UniversitÄ¼tsklinikum ____ mÄ¼glicherweise Ä¼ber mehr Erfahrung in dieser Behandlungstechnik verfÄ¼gt als das D.____, vermag fÄ¼r sich allein noch keinen "medizinischen Grund" im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG zu liefern (vgl. Erw. 3.8). Alleine hieraus kÄ¼nnte denn auch nicht geschlossen werden, dass eine Behandlung in der Schweiz im Vergleich zur Behandlung im UniversitÄ¼tsklinikum ____ fÄ¼r die BeschwerdefÄ¼hrerin mit erheblich hÄ¼heren und wesentlichen Risiken verbunden gewesen wÄ¼re, so dass eine medizinische verantwortbare und zweckmÄ¼ssige Behandlung in der Schweiz nicht gewÄ¼rleistet gewesen wÄ¼re.

5.3ÄÄÄÄ Des Weiteren kann das TerritorialitÄ¼tsprinzip nicht dadurch umgangen werden, dass eine von einem schweizerischen Leistungserbringer als nicht zweckmÄ¼ssig oder wirtschaftlich erachtete Behandlung durch eine diesbezÄ¼glich andere Beurteilung eines auslÄ¼ndischen Leistungserbringers quasi ersetzt wird. Ob die zustÄ¼ndigen Ä¼rzte des D.____ im Ä¼brigen einzig die von ihnen im Jahr 2001 empfohlene Hysterektomie als zweckmÄ¼ssig und wirtschaftlich betrachtet haben, lÄ¼sst sich den Akten nicht abschliessend entnehmen. Die BeschwerdefÄ¼hrerin verzichtete offensichtlich nach den

entsprechenden Untersuchungen im Frühjahrssommer/Herbst 2001 im D. ___ auf weitere diesbezügliche medizinische Abklärungen in der Schweiz.

5.4. Letztendlich ist die Beschwerdeführerin im Rahmen der Prüfung des nationalen Rechts darauf hinzuweisen, dass der von ihr angerufene Art. 41 Abs. 1 KVG (Urk. 1 letzte Seite) lediglich die Wahlfreiheit sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich unter den in der Schweiz zugelassenen Leistungserbringern betrifft (Eugster, a.a.O, Rz 942).

5.5. Nach dem Gesagten besteht nach nationalem Recht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung der am Universitätsklinikum ___ durchgeführten Behandlung. Besteht keine Pflichtleistung für die Behandlung im Ausland, steht der Beschwerdeführerin auch kein Leistungsanspruch im Umfange dessen, was eine Behandlung in der Schweiz gekostet hätte, zu (BGE 131 V 276 Erw. 3.2). Ihrem Eventualantrag auf Übernahme der Kosten einer Hysterektomie ist gestützt auf das nationale Recht somit ebenfalls kein Erfolg beschieden.

E. 6

6.1. Zu prüfen bleibt im Folgenden ein allfälliger Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin aus Staatsvertragsrecht.

6.2. Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, FZA) in Kraft getreten. Laut seiner Präambel ist es Ausdruck des Entschlusses der Vertragsparteien, die Freizügigkeit zwischen ihnen auf der Grundlage der in der Europäischen Gemeinschaft geltenden Bestimmungen zu verwirklichen. Soweit für seine Anwendung Begriffe des Gemeinschaftsrechts herangezogen werden, wird hierfür nach Art. 16 Abs. 2 FZA die einschlägige Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) vor dem Zeitpunkt der Unterzeichnung vom 21. Juni 1999 berücksichtigt. Überdies ist es den schweizerischen Behörden im Allgemeinen nicht verwehrt, die nach dem 21. Juni 1999 ergangene EuGH-Rechtsprechung autonom nachzuvollziehen (BGE 128 V 320 Erw. 1c). Dies gilt jedenfalls dann, wenn es sich bei dem nach dem 21. Juni 1999 ergangenen EuGH-Urteil nicht um eine neue Rechtsprechung im engeren Sinn handelt (vgl. BGE 130 II 113 ff., 119 f. Erw. 5.2 mit Hinweis auf Kay Hailbronner, Freizügigkeit nach EU-Recht und dem bilateralen Abkommen mit der Schweiz über die Freizügigkeit der Personen, in EuZ 2003, S. 48 ff., 52).

6.3. Gemäss Art. 8 FZA regeln die Vertragsstaaten die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, indem sie unter anderem die anwendbaren Rechtsvorschriften in Übereinstimmung mit Anhang II des Abkommens bestimmen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 Anhang II FZA in Verbindung mit Abschnitt A/1 Anhang II FZA wenden die Vertragsstaaten zum Zweck dieser Koordinierung die Normen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der Sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, an (nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71). Zudem enthält Abschnitt A/1 lit. b-p Anhang II FZA Anpassungen, die gleichsam Einträge in die acht Anhänge der Verordnung Nr. 1408/71 darstellen. Diese Einträge beinhalten

insbesondere einzelstaatliche Besonderheiten und Ausnahmeregelungen, welche den allgemeinen Koordinationsbestimmungen der Verordnung Nr. 1408/71 vorgehen (vgl. Botschaft vom 23. Juni 1999 zur Genehmigung der sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG, BBL 1999 VII 6320; Edgar Imhof, Eine Anleitung zum Gebrauch des Personenfreizügigkeitsabkommens und der Verordnung Nr. 1408/71, in: Hans-Jakob Mosimann, Hrsg., Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zürich 2001, S. 42 f.).

6.4. In sachlicher Hinsicht beschließt die Verordnung Nr. 1408/71 laut ihrem Art. 4 Abs. 1 lit. a unter anderem die Rechtsvorschriften der Vertragsstaaten über Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft. Da die Qualifizierung der in Art. 4 Abs. 1 lit. a-h der Verordnung Nr. 1408/71 aufgezählten Risiken vertragsautonom zu erfolgen hat, kann die Abgrenzung zwischen den einzelnen aufgezählten Risiken von den in den landesrechtlichen Gesetzen enthaltenen Abgrenzungen abweichen (vgl. Edgar Imhof, a.a.O., S. 19 ff. und S. 32). Die vorliegend strittigen medizinischen Krankenhausleistungen sind unter den Begriff der Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft in Art. 4 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung Nr. 1408/71 zu subsumieren, weshalb die für diese Leistungen geltenden besonderen Koordinationsregeln in Art. 18-36 der Verordnung Nr. 1408/71 anzuwenden sind.

6.5.1

Das Freizügigkeitsabkommen räumt EU-Bürgern in der Schweiz und Schweizer Bürgern in der EU Rechte ein. Gemäss Art. 2 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 gilt diese Verordnung für Arbeitnehmer und Selbständige, für welche die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, soweit sie Staatsangehörige eines Mitgliedstaates sind oder als Staatenlose oder Flüchtlinge im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, sowie für deren Familienangehörige und Hinterbliebene. Nach der Legaldefinition in Art. 1 lit. a/i der Verordnung Nr. 1408/71 gilt als Arbeitnehmer oder Selbständigerwerbender jede Person, die gegen eine oder mehrere Risiken, die von den Zweigen eines Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige oder einem Sondersystem für Beamte erfasst werden, pflichtversichert oder freiwillig weiterversichert ist. Die Zuerkennung der sozialversicherungsrechtlichen Arbeitnehmer- oder Selbständigeneigenschaft im Sinne von Art. 1 lit. und Art. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 setzt nicht notwendig voraus, dass eine Person als Erwerbstätige im Sinne des nationalen Sozialversicherungsrechts dem nationalen System angeschlossen ist. Geht es, wie vorliegend, um einen Sozialversicherungszweig, welchem ein obligatorisches Einwohnersystem zugrunde liegt, ist dieser unter die Legaldefinition von Art. 2 lit. a/ii der Verordnung Nr. 1408/71 zu subsumieren (Edgar Imhof, Über den sozialversicherungsrechtlichen Arbeitnehmerbegriff im Sinne des persönlichen Anwendungsbereichs der Verordnung Nr. 1408/71, Sonderdruck aus "Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge", Band 52, 2008, Heft 1, S. 35 f.).

Hinsichtlich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt dabei Folgendes: Wenn ein schweizerischer Träger zuständiger Träger für die Gewährung von Leistungen im Falle von Krankheit und Mutterschaft nach Titel III Kapitel 1 der Verordnung Nr. 1408/71 ist, gilt gemäss dem Anhang II Abschnitt A/1 lit. c FZA und damit gleichsam Anhang I Teil I lit. o der Verordnung Nr. 1408/71 als Arbeitnehmer im Sinne des Artikels 1 Buchstabe a Ziffer ii der Verordnung jede Person, die im Sinne des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)

Arbeitnehmer ist. Bei Zuständigkeit eines schweizerischen Trägers gilt gemäss Anhang II Abschnitt A/1 lit. d FZA und damit gleichsam Anhang I Teil II lit. o der Verordnung Nr. 1408/71 für die Feststellung auf Sachleistungen nach Titel III Kapitel 1 der Verordnung als Familienangehöriger der Ehegatte sowie die Kinder unter 18 Jahren und Kinder unter 25 Jahren, die eine Schule besuchen, ein Studium betreiben oder eine Lehre absolvieren.

6.5.2 Aus den Akten ist nicht ersichtlich, ob die Beschwerdeführerin das Nationalitätserfordernis von Art. 2 der Verordnung Nr. 1408/71 erfüllt. Wie die folgenden Erwägungen zeigen, erbringen sich jedoch diesbezügliche Abklärungen und eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung im vorliegenden Fall.

E. 7

7.1 Unter anderem unter dem Titel "Notwendigkeit, sich zwecks angemessener Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben" ist in Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 der Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen durch den aushelfenden Träger nach dem Recht des aushelfenden Trägers geregelt.

E. 7.2

7.2.1 Gemäss Art. 22 Abs. 1 Buchst. a Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71 hat ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen erfüllt und dessen Zustand während eines Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats unverzüglich Leistungen erfordert, Anspruch auf Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts nach den für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften, und zwar als ob er bei diesem versichert wäre; die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates. Der zuständige Träger ist laut der Legaldefinition in Art. 1 Buchst. o lit. i der Verordnung Nr. 1408/71 jener Träger, bei dem die in Betracht kommende Person im Zeitpunkt des Antrags auf Leistungen versichert ist. Träger des Wohnorts und Träger des Aufenthaltsorts ist nach Art. 1 Buchst. p der Verordnung Nr. 1408/71 insbesondere jener Träger, der nach den Rechtsvorschriften, die für ihn gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betreffende Person wohnt oder sich aufhält.

Ein solcher Anspruch setzt voraus, dass sich Sachleistungen während des Aufenthalts im Gebiet des anderen Mitgliedstaats unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Durch Art. 22 Abs. 1 Buchst. a lit. i, wie auch Art. 25 Abs. 1 Buchst. a der Verordnung Nr. 1408/71 sind die medizinisch notwendigen Sachleistungen erfasst, die der versicherten Person gewährt werden, damit diese nicht vorzeitig in den zuständigen Staat zurückkehren muss, um dort die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten, die versicherte Person soll ihren Aufenthalt unter Berücksichtigung der geplanten Aufenthaltsdauer unter medizinisch unbedenklichen Bedingungen fortsetzen können (Beschluss Nr. 194 der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer vom 17. Dezember 2003 zur einheitlichen Anwendung von Art. 22 Abs. 1 Buchstabe a) Ziffer 1) der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 im Aufenthaltsmitgliedstaat, ABI. 2004, L 104, S. 127; Silvia Bucher, Hospitalisation im

Zweck der medizinischen Behandlung nach _____ begeben hat. Ob sie sich sodann entsprechend ihren Angaben tatsächlich bis am 12. August 2004 (Urk. 11/6) ununterbrochen in Deutschland aufgehalten hat, kann weder den Ausführungen der Parteien noch den Akten abschliessend entnommen werden. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie sich in der Zeit zwischen der Besprechung vom 23. Juni 2004 und dem stationären Aufenthalt vom 3. bis 12. August 2004 im Universitätsklinikum _____ tatsächlich ferienhalber in Deutschland aufgehalten hat. Dies änderte jedoch nichts an obiger Schlussfolgerung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit kann ein Anspruch auf Kostenübernahme für die Behandlung in Deutschland aus Art. 22 Abs. 1 Buchst. a Ziff. i der Verordnung nicht abgeleitet werden.

7.3 Ä Ä Ä Ä Nach Art. 22 Abs. 1 Bst. c Ziff. i (in Verbindung mit Abs. 2 Unterabs. 2) der Verordnung Nr. 1408/71 kann ausserdem ein Anspruch auf Sachleistungen bestehen, sofern vom zuständigen Träger vorgängig die Genehmigung erteilt worden ist, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaats zu begeben, um dort eine dem Gesundheitszustand angemessene Behandlung zu erhalten. Nicht auf Art. 22. Abs. 1 lit. c der Verordnung Nr. 1408/71 kann sich berufen, wer um Genehmigung nicht nachgesucht hat (Eugster, a.a.O., Ä Rz 541).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Aktenlage gelangte die Beschwerdeführerin erstmals mit Schreiben vom 27. Oktober 2005 mit dem Gesuch um Kostenübernahme an die Kasse (Urk. 11/11). Folglich steht eine Berufung auf den sogenannten Zustimmungsfall ausser Frage.

E. 8

8.1 Ä Ä Ä Ä Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdeführerin gestützt auf die passive Dienstleistungsfreiheit einen Leistungsanspruch geltend machen kann.

8.2 Ä Ä Ä Ä Seit den Entscheidungen des EuGH vom 28. Juni 1998 in der Rechtssache C-158/96, Kohll, Slg. 1998 I-1931, und in der Rechtssache C-120/95, Decker, Slg. 1998 I-1831, gibt es nebeneinander zwei Wege der grenzüberschreitenden Leistungsbeanspruchung bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Vertragsstaat als dem Staat des zuständigen Trägers. Neben dem Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen durch den aushelfenden Träger und nach dem Recht des aushelfenden Trägers gemäss Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71 besteht bei grenzüberschreitender Leistungsbeanspruchung zwischen zwei Mitgliedstaaten der Europäischen Union gemäss der Rechtsprechung des EuGH direkt aus Art. 49 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften (in der Fassung gemäss dem Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte vom 10. November 1997; nachfolgend: EGV) ein Recht auf grenzüberschreitende Leistungsbeanspruchung nach dem Recht des zuständigen Trägers und - wird dieses Recht nicht gewährt - ein Recht auf Erstattung der Kosten der Leistungsbeanspruchung im Ausland in Höhe der Sätze, die der zuständige Träger nach dem für ihn geltenden Recht zu zahlen gehabt hätte. Dieser Anspruch aus Art. 49 EGV richtet sich weder nach Art. 22 der Verordnung Nr. 1408/71, noch steht ihm Art. 22 Abs. 1 lit. c der Verordnung Nr. 1408/71 entgegen (Maximilian Fuchs, Hrsg., Europäisches Sozialrecht, Baden-Baden 2005, Art. 22 Verordnung Nr.

1408/71, Rz 2 f.).

8.3. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich hat die Rechtsprechung des EuGH zur passiven Dienstleistungsfreiheit in seinem Urteil vom 19. Februar 2004 in Sachen B., IV.2003.00221, welches medizinische Massnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens nach Art. 13 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) betrifft, im Rahmen des FZA berücksichtigt. Zur Begründung führte es in Erw. 6.4 seines Entscheides aus, anders als die aktive Dienstleistungsfreiheit kenne die passive Dienstleistungsfreiheit weder sektorielle noch zeitliche Einschränkungen. Demnach falle der Bezug von medizinischen Behandlungen durch einen Vertragsstaatsangehörigen im Hoheitsgebiet eines anderen Vertragsstaates unter die Garantie der passiven Dienstleistungsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 FZA.

Der Bundesrat hat sich in seiner Antwort vom 31. August 2005 auf die parlamentarische Anfrage von Nationalrat J. Alexander Baumann vom 2. Juni 2005 über "unkontrollierte Auswirkungen der Personenfreizügigkeit mit der EU" im gegenteiligen Sinne geäußert. Er erklärte, das FZA sehe die volle Dienstleistungsfreiheit im Sinne des Acquis communautaire nicht vor; vielmehr regle es im Bereich des freien Dienstleistungsverkehrs nur den Aufenthalt auf dem Territorium einer anderen Vertragspartei, um dort eine Dienstleistung zu erbringen oder erhalten zu können (05.1055; Amtl. Bull. 2005 N 1532).

In BGE 133 V 624 hat sich nunmehr das Bundesgericht zu dieser umstrittenen Frage im Zusammenhang mit einer ambulanten medizinischen Auslandbehandlung eines Kindes geäußert und ist zum Schluss gekommen, dass die Dienstleistungsfreiheit, wie sie der EG-Vertrag und die zu dessen Anwendung ergangene Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften regelt, nicht Bestandteil des "acquis communautaire" bilde.

In Nachachtung der höchstgerichtlichen Rechtsprechung zur ambulanten medizinischen Behandlung sowie unter Berücksichtigung, dass im stationären Bereich anders als bei ambulanten Behandlungen nach der Rechtsprechung des EuGH die Kostenübernahme zusätzlich von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht werden kann, welche dann versagt werden darf, wenn die Voraussetzung der Notwendigkeit der Behandlung im Ausland nicht gegeben ist, mithin wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Inland erbracht werden kann (EuGH Urteile Smiths/Peerebooms, Rn. 103; vgl. auch Urteil vom 16. Mai 2006 in Sachen S., KV.2005.00058 Erw. 8.7 und 8.8), kann vorliegend ein Anspruch auf Übernahme der Kosten nicht aus Art. 5 Abs. 3 FZA abgeleitet werden. Wie unter Erw. 5.2 festgehalten, rechtfertigen sich keine ernsthaften Zweifel daran, dass die in _____ durchgeführte Operationstechnik auch in der Schweiz beherrscht wird und theoretisch hätte durchgeführt werden können und zwar rechtzeitig. Dass die entsprechende Behandlungsmethode im Inland ärztlicherseits möglicherweise als nicht zweckmässig und die im Jahr 2001 vorgeschlagene Hysterektomie allenfalls als wirksamer betrachtet worden ist, was den medizinischen Akten jedoch nicht abschliessend zu entnehmen ist, ändert an dieser Beurteilung nichts, sondern spricht im Gegenteil zusätzlich gegen den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin der in Art. 4 Ziff. 4 der Allgemeinen Bedingungen, Ausgabe 1997, statuierten Pflicht, zur Einholung einer schriftlichen Genehmigung (Urk. 11/1 S. 2), bevor sie sich zur Behandlung ins Ausland begeben hat, ohnehin nicht nachgekommen ist.

E. 9

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend steht der Beschwerdeführerin folglich weder nach nationalem Recht noch nach Staatsvertragsrecht ein Anspruch auf Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung der am Universitätsklinikum _____, Deutschland, durchgeführten Behandlung zu.

10. Ä Ä Ä Ä Was den Anspruch der Klägerin gestützt auf ihre Zusatzversicherung UNO+ betrifft, ist vollumfänglich auf die zutreffenden Erwägungen der Beklagten in der Klageantwort vom 25. April 2007 zu verweisen (Urk. 9 S. 8 f.). In Art. 17 Ziff. 1 der Speziellen Bedingungen der Zusatzversicherung UNO+ (Beilage zu Urk. 9/1 S. 3) werden die von der Zusatzversicherung zu erbringenden Leistungen unmissverständlich lediglich in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht und als "Restbetrag" bezeichnet. Mangels Leistungsanspruch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entfällt folglich auch ein Anspruch gestützt auf die Zusatzversicherung UNO+.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die Klage ist vollumfänglich abzuweisen.

Die Einzelrichterin erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Klage wird abgewiesen.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- B. _____

- Intras Krankenkasse

- Intras Versicherungen AG

- Bundesamt für Gesundheit

- Bundesamt für Privatversicherungen

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen Dispositiv Ziffer 1 dieses Entscheids kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da der Streitwert unter Fr. 30'000.-- liegt, kann gegen Dispositiv Ziffer 2 dieses Entscheids innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht

