

L 16 KR 46/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 152/06
Datum
29.01.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 46/08
Datum
12.06.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 29. Januar 2008 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Kostenerstattung über 2.775,64 EUR für zwei von ihm selbst in einer Privatklinik beschaffte ambulante transurethrale Radiofrequenz-Thermoablationen (Hyperthermie-Behandlung) bei Verdacht auf Prostatakarzinom.

Bei dem im Mai 1934 geborenen und bei der Beklagten gegen Krankheit versicherten Kläger bestand im Juli 2005 der Verdacht auf ein Prostatakarzinom (Befundbericht des Urologen Dr. A, F, vom 19.07.2005). Der behandelnde Urologe schlug zur Behandlung eine Prostataektomie vor, zu der sich der Kläger allerdings nicht entschließen wollte. Auf seine Nachfrage hin übersandte ihm die Beklagte über ihr Medizinisches Servicecenter eine Liste mit Ärzten, die als Behandlungsform Hyperthermie bei Prostatakarzinom durchführten (Antwortschreiben vom 22.08.2005). Das Schreiben enthielt als einleitenden Satz den ausdrücklichen Hinweis, dass der Kläger "vorab die Kostenübernahme" mit seiner zuständigen Sachbearbeiterin in seiner Geschäftsstelle klären müsse, erst im Anschluss daran wurden die einzelnen Ärzte benannt.

Ohne weitere Rücksprache mit der Beklagten begab sich der Kläger am 12.09.2005 in die Behandlung des ca 650 km entfernt praktizierenden Vertragsarztes und Internisten Dr. E. Dieser Arzt befundete eine benigne Prostatahyperplasie mit beginnender Blasenentleerungsstörung und zog das Vorliegen eines Prostatakarzinoms "in Erwägung" (Bericht vom 14.11.2005). Der Kläger lehnte eine weitere Diagnostik und invasive Therapie ab (Bericht vom 14.11.2005: " ... Patient wünschte zunächst keine weitere Diagnostik"), sondern schloss nach entsprechender Belehrung (Auskunft Dr. E vom 03.07.2007) mit der Privatklinik St. Georg Hospital GmbH GmbH (im folgendem St. Georg Hospital), C, einen privatärztlichen Behandlungsvertrag zur Durchführung einer sog IGEL-Leistung in Form 2 er ambulant durchgeführter transurethraler Radiofrequenz-Thermoablationen. Bereits am 12.09.2005 quittierte ihm das St. Georg Hospital den Erhalt einer Zahlung von 2.775,64 EUR. Die Behandlungen wurden mit Erfolg am 15. und 16.09.2005 dort durchgeführt. Bei dieser Behandlung erfolgte jeweils über 3 Stunden eine Wärmebehandlung der Prostata, die eine Temperatur von 48° Celsius erreichte (Bericht vom 14.11.2005). Die Schlussrechnung des St. Georg Hospitals enthielt anstelle von Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nur klinikinterne Leistungspositionen und wies einen Gesamtbetrag von 2.776,00 EUR aus (Schlussrechnung vom 16.09.2005).

Mit Schreiben vom 15.11.2005 (Eingang bei der Beklagten am 16.11.2005) beantragte der Kläger die Erstattung von 2.776,00 EUR, wobei er darauf hinwies, dass er aufgrund der Dringlichkeit die Zahlung bereits "vorgestreckt" habe. Mit Bescheid vom 22.11.2005 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung ab, da der vom Gesetzgeber eingesetzte Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) entschieden habe, dass die durchgeführte Hyperthermie-Behandlung nicht als vertragsärztliche Behandlungsmethode erbracht werden dürfe. Der hiergegen vom Kläger am 04.12.2005 (Eingang bei der Beklagten am 07.12.2005) eingelegte Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 07.04.2006).

Gegen diese Entscheidung hat der Kläger am 15.05.2006 vor dem Sozialgericht (SG) Köln mit der Begründung Klage erhoben, aufgrund der Eilbedürftigkeit seiner Krebserkrankung sei er davon ausgegangen, dass er die Beklagte über die von ihm gewählte Behandlungsmethode hinreichend informiert habe. Dabei habe die von der Beklagten unter dem 22.08.2005 erteilte Auskunft zu den in Betracht kommenden Ärzten keinen Hinweis enthalten, dass die von ihm beabsichtigte Therapieform nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zähle. Ebenso wenig sei er über alternative Behandlungsmethoden aufgeklärt worden. Letztlich sei die von ihm gewählte Hyperthermie-Behandlung für ihn die einzig mögliche Behandlungsform gewesen, denn die gängige Behandlungsmethode einer Prostataektomie werde nur bei Patienten bis zum 70. Lebensjahr und bei gutem Allgemeinzustand empfohlen.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22.11.2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 07.04.2006 zu verurteilen, ihm 2.775,64 Euro zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie sich auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides bezogen.

Zur Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes hat das SG den ärztlichen Entlassungsbericht der Gemeinschaftspraxis E, C, beigezogen (Bericht vom 14.11.2005) und von Dr. E einen Befund- und Behandlungsbericht (Auskunft vom 03.07.2007) eingeholt.

Mit Urteil vom 29.01.2008 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, der vom Kläger geltend gemachte Anspruch auf Kostenerstattung sei nach [§ 13 Abs 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bereits aufgrund des nicht eingehaltenen Beschaffungsweges ausgeschlossen. Die Behandlung sei im September 2005 durchgeführt worden, der Kläger habe jedoch vorab keinen Antrag bei der Beklagten gestellt. Er sei aufgrund des Schreibens vom 22.08.2005 auch von der Beklagten hinreichend deutlich informiert worden. Selbst bei rechtzeitiger Antragstellung bestünde kein Anspruch auf Kostenübernahme, denn die durchgeführte Hyperthermie-Behandlung sei in der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) (BUB-Richtlinie) in Anlage B der Methoden, die als nichtvertragsärztliche Leistung zu Lasten der GKV nicht erbracht werden dürfen, aufgelistet. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 - 1 BvR 327/98 - Sozialrecht (SozR) 4-2500 § 31 Nr 4). Zum hier maßgeblichen Zeitpunkt der selbstbeschafften Operation habe lediglich ein Verdacht auf ein eventuell bestehendes Prostatakarzinom wegen eines erhöhten PSA-Wertes bestanden; zudem stehe für diese Erkrankung eine von der GKV getragene Standardbehandlung zur Verfügung.

Gegen diese, dem Bevollmächtigten des Klägers am 25.02.2008 zugestellte Entscheidung hat der Kläger erst am 26.03.2008 vor dem erkennenden Gericht Berufung eingelegt und gleichzeitig unter Vorlage einer Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie-Psychotherapie C1 aus L die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beantragt (fachärztliche Stellungnahme vom 28.03.2008). Mit Beschluss vom 09.04.2008 hat der Senat dem Kläger wegen Versäumung der Berufungsfrist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt.

Unter Vertiefung seines bisherigen Vorbringens begründet der Kläger die Berufung dahingehend, dass er aufgrund seiner akuten Erkrankung keine vorherige Entscheidung der Beklagten habe einholen können. Dies hätte für ihn bedeutet, dass er letztlich statt der erfolgreichen Hyperthermie-Behandlung nicht zuletzt aufgrund der damit für ihn verbundenen Vollnarkose sich einem deutlich erhöhten Gesundheitsrisiko bei einer Prostataektomie hätte aussetzen müssen. Dies sei weder mit dem Sinn der BUB-Richtlinie des GBA noch mit der Ratio der Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 zu vereinbaren. Zudem habe das SG Duisburg in einer Entscheidung vom 18.10.2006 - Az L 11 B 134/06 KR ER - bereits Kassen zur Tragung der Kosten einer Hyperthermie-Behandlung verurteilt. Schließlich ließe der bisherige Schriftverkehr mit der Beklagten erkennen, dass die Beklagte inhaltlich auch bei rechtzeitiger Antragstellung zu keinem anderen Ergebnis gelangt wäre.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 29.01.2008 zu ändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 22.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.04.2006 zu verurteilen, ihm aus Anlass der Behandlungen am 15. und 16.09.2005 im St. Georg Hospital, C, 2.775,64 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung bezieht sie sich auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet, denn das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihm für die ambulante privatärztliche Behandlung im St. Georg Hospital am 15. und 16.09.2005 entstandenen Kosten von 2.775,64 Euro.

Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das SG einen Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung nach der als Anspruchsgrundlage allein ernsthaft in Betracht kommenden Vorschrift des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) abgelehnt, weil der Kläger sich jedenfalls die Hyperthermie-Behandlung selbst beschafft hat, ohne zuvor in geeigneter Weise eine Entscheidung der Beklagte herbeizuführen. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der Senat nach eigener Prüfung insoweit auf die zutreffenden Ausführungen der angefochtenen Entscheidung, [§ 153 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Ergänzend ist lediglich darauf hinzuweisen, dass [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) als Ausnahme für das im SGB V verankerte Sachleistungsprinzip ([§§ 2 Abs 1 Satz 1, 13 Abs 1 SGB V](#)) einen Anspruch auf Kostenerstattung nur dann einräumt, wenn eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung in Folge eines Mangels im Leistungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden

konnte. Dies setzt voraus, dass die Behandlung im Rahmen des allgemeinen Sachleistungsanspruchs erfolgen konnte, dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung Kosten entstanden sind, die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder dass die Krankenkasse sie zu Unrecht abgelehnt hatte (2. Alternative).

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt.

Anders als das SG lässt es der Senat im Ergebnis offen, ob die Hyperthermie-Behandlung überhaupt vom Sachleistungssystem der GKV umfasst war. Durch Beschluss vom 18.01.2005 (Bundesanzeiger (BanZ) 2005, 7485) hat der GBA die Hyperthermie-Behandlung als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode der Anlage B der BUB-Richtlinie (mittlerweile: Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) vom 17.01.2006 (BANZ 2005, 1523)) dem Katalog der nicht anerkannten Leistungen zugeordnet. Die Behandlung ist damit nach der Richtlinie nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) iVm [§ 135 Abs 1 SGB V](#) verbindlich von der Leistungspflicht der GKV nach den [§§ 2 Abs 1, 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1, 28 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) ausgenommen, [§ 91 Abs 9 SGB V](#) (stRspr, BSG Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R - SozR 4-2500 § 27 Nr 8](#); Urteil vom 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R - SozR 4-2500 § 27 Nr 11](#); Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R - juris.de](#)). Verfassungsrechtlich ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Hyperthermie-Behandlung trotz ausdrücklicher gegenteiliger Entscheidung des GBA in besonderen Ausnahmefällen zu Lasten der GKV doch erbracht werden darf (BVerfG, Kammerbeschluss vom 29.11.2007 - [1 BvR 2496/07 - juris.de](#)).

Der Senat brauchte dem jedoch nicht weiter nachzugehen (wie hier: LSG NRW, Urteil vom 08.03.2007 - [L 11 KR 58/06 - juris.de](#)), da bereits die weiteren Voraussetzungen nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) nicht vorliegen: Ein Anspruch auf Kostenerstattung scheidet bereits deshalb aus, weil dem Kläger keine erstattungsfähigen Kosten entstanden sind. Hierauf ist der Kläger im Hinweisschreiben des Senats vom 09.04.2008 ausdrücklich hingewiesen worden. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) (Urteil vom 23.07.1998 - [B 1 KR 3/97 R - SozR 3-2500 § 13 Nr 17](#); zuletzt Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R - juris.de](#) (jeweils mwN)) setzt [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) voraus, dass dem behandelnden Arzt gegenüber dem Versicherten, der sich die Leistung selbst beschafft hat, jedenfalls ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch aus der Behandlung erwachsen ist. Dies war hier nicht der Fall. Die vom Kläger zur Erstattung eingereichte Schlussrechnung des St. Georg Hospitals vom 16.09.2005 enthält keine Gebührensätze nach der GOÄ und entspricht damit nicht den Fälligkeitsvoraussetzungen nach [§ 12 Abs 2 GOÄ](#). Der Kläger hat hier im Voraus auf eine bis heute nicht durchsetzbare Forderung gezahlt, so dass für die Kostenlast bereits nicht ein in [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) vorausgesetzter Systemmangel ursächlich geworden ist.

Zudem liegen auch die weiteren Voraussetzungen der 1. und 2. Alternative des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) nicht vor:

Eine unaufschiebbare Behandlung iSd 1. Alternative des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) lag nicht vor. Der Kläger verkennt dabei bereits, dass ein Kosten- bzw. Freistellungsanspruch nach dieser Vorschrift ausgeschlossen ist, wenn eine Notfallbehandlung iSd [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vorgelegen haben sollte. In Fällen, in denen bereits die Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Leistungserbringers und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt (Notfall), steht dem nicht zugelassenen Leistungserbringer seine Vergütung nicht gegenüber dem Versicherten, sondern nur gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder - bei stationärer Notfallbehandlung - allein gegenüber der Krankenkasse zu (stRspr, BSG, Urteil vom 18.07.2006 - [B 1 KR 9/05 R - Urteilssammlung Krankenversicherung \(USK\) 2006-79](#); Beschluss vom 14.12.2006 - [B 1 KR 114/06 B - juris.de](#)). Tatsächlich war nach Lage der Akten eine vorherige Einschaltung der Beklagten mehr als möglich: Der behandelnde Urologe Dr. A befandete den Verdacht auf ein Prostatakarzinom bei dem Kläger bereits im Juli 2005. Dieser hat anschließend allgemein bei der Beklagten nach Ärzten bezüglich der besonderen Therapierichtung "Hyperthermie-Behandlung" nachgefragt und sich dann erst am 12.09.2005 in Behandlung des ca 650 km entfernt praktizierenden Dr. E begeben. Die Zeitspanne zwischen Diagnosestellung und Behandlung in C war damit so ausreichend bemessen, dass es dem Kläger ein Leichtes gewesen wäre, sich vor der Beschaffung der Behandlung in einer Privatklinik mit der Beklagten ins Benehmen zu setzen. Zudem sprachen selbst die von Dr. C am 12.09.2005 erhobenen Befunde (Bericht vom 14.11.2005, ein Prostatakarzinom sei "in Erwägung zu ziehen") nachdrücklich für die Möglichkeit, die Behandlung (geringfügig) zeitlich später durchzuführen, um der Beklagten zunächst eine Prüfung zu ermöglichen.

Die Voraussetzungen der 2. Alternative des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) liegen ersichtlich ebenfalls nicht vor: Der Kläger hat sich erst nach Durchführung der Behandlung am 15. und 16.09.2005 im November 2005 an die Beklagte gewandt. Somit fehlt es bereits begrifflich an dem notwendigen Ursachenzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand, nämlich der rechtswidrigen Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten (dazu: BSG, Urteil vom 19.02.2003 - [B 1 KR 18/01 R - SozR 4-2500 § 135 Nr 1](#)). An diesem Ergebnis ändert auch der Umstand nichts, dass sich der Kläger im August 2005 an die Beklagte gewandt hat. Tatsächlich hat er hier nur ein Beratungersuchen ([§ 14 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#)) und keinen konkreten Leistungsantrag gestellt.

Schließlich ist die Beklagte im Vorfeld der Behandlung ihren Auskunft- und Beratungspflichten im vollen Umfang nachgekommen (zum Verhältnis des Instituts des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs gegenüber Ansprüchen aus [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#), BSG Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R - juris.de](#)). Die Beklagte hat in ihrem Schreiben vom 22.08.2005 ausdrücklich und unmissverständlich auf das Erfordernis einer vorherigen Antragstellung ("Bitte klären Sie vorab ...") hingewiesen; auch der vom Kläger eingeschaltete Vertragsarzt Dr. E hat den Kläger (Auskunft vom 03.07.2007) unwidersprochen auf den privatärztlichen Charakter der selbst beschafften Leistung vorab ausdrücklich aufmerksam gemacht. Ebenfalls kann sich der Kläger, wie von ihm in seinem Berufungsvorbringen erstmals vorgetragen, nicht darauf berufen, dass die Beklagte die Behandlung im St. Georg-Hospital ohnehin selbst bei rechtzeitiger Antragstellung abgelehnt hätte. Auf eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung, kann nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) nicht verzichtet werden (stRspr BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [aaO](#); Urteil vom 14.12.2006 - [B 1 KR 8/06 R - SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#); zuletzt Beschluss vom 21.02.2008 - [B 1 KR 123/07 B - juris.de](#)). Die Pflicht zum Abwarten einer Entscheidung der Krankenkasse liegt zudem, wie der hier zur Entscheidung stehende Fall deutlich zeigt, auch im Interesse des Versicherten selbst. Die Entscheidung entlastet ihn ggf von dem Risiko, die Behandlungskosten selbst tragen zu müssen, wenn kein Ausnahmestatbestand vorliegt. Es ist deshalb weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über ihre Leistungspflicht zu entscheiden. Aus der dogmatischen Herleitung dieser Pflicht zum Abwarten der Entscheidung der Krankenkasse folgt nachvollziehbar, dass die Schwere der Erkrankung bei diesem Tatbestandsmerkmal des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) keine eigenständige Bedeutung hat. Selbst wenn, was der Senat angesichts der vorliegend dokumentierten Befunde und dem GKV-konformen Behandlungsvorschlag von Dr. A mehr als nur in Zweifel zieht, eine lebensbedrohende Krankheit iSd Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 vorgelegen haben sollte, war der

Beschaffungsweg vom Kläger grundsätzlich einzuhalten und der Beklagten Gelegenheit zur Entscheidung zu geben (BSG, Urteile vom 14.12.2006 - [B 1 KR 12/06 R](#) - SozR 4-500 § 31 Nr 8; [B 1 KR 8/06](#) - aaO).

Die Kostenentscheidung folgt aus den [§§ 183](#) und [193 SGG](#).

Anlass, die Revision zum BSG zuzulassen, hat nicht bestanden, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-09-15