

S 13 (2) KR 81/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 (2) KR 81/07
Datum
28.10.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer ambulant - privatärztlich - durchgeführten interstitiellen Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation (im Folgenden: Brachytherapie) in Höhe von 8.439,56 EUR.

Bei dem 00.00.1900 geborenen Kläger wurde im August 2006 ein Prostatakarzinom ohne Metastasierung festgestellt. Der behandelnde Urologe empfahl ihm eine Brachytherapie. Am 27.09.2006 sprach der Kläger mit dem leitenden Arzt des Westdeutschen Prostatazentrum "Klinik am Ring" in Köln (im Folgenden: WPZ Köln) über die Therapie. Es fand eine Beratung und Diagnosestellung statt, es wurden erste Untersuchungen (z.B. Sonografie) und Testverfahren durchgeführt. Der Kläger erhielt am selben Tag eine Kostenübersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten für den empfohlenen ambulanten Eingriff über 8.158,21 EUR zuzüglich der Kosten einer Vollnarkose von ca. 400,00 bis 600,00 EUR. Ausweislich einer ausführlichen Stellungnahme des WPZ Köln vom 27.09.2006 entschied sich der Kläger aufgrund der mit ihm "ausführlich erörterten Zusammenhänge, insbesondere der geringeren Komplikationsrate im Vergleich zur radikalen Prostatektomie und dennoch vergleichbaren Wirksamkeit," für die ambulante Brachytherapie. Anfang Oktober 2006 in der 40. Kalenderwoche wandte sich der Kläger an die Geschäftsstelle der Beklagten, legte dort den Kostenvoranschlag des WPZ Köln vor und fragte, ob die Beklagte die Kosten übernehme. Nach kurzer Rücksprache mit dem Fachbereich teilte die Mitarbeiterin der Beklagten dem Kläger mit, dass die Kosten für eine Brachytherapie nicht übernommen würden.

Am 23.10.2006 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme der Kosten der Brachytherapie im WPZ Köln unter Vorlage von befürwortenden Stellungnahme des behandelnden Urologen und des WPZ Köln sowie des Kostenvoranschlags des WPZ Köln vom 27.09.2006. Der Kläger trug vor, er wisse, dass er keinen Rechtsanspruch auf Übernahme der Kosten habe und bitte daher um Entgegenkommen.

Durch Bescheid vom 26.10.2006 lehnte die Beklagte den Kostenübernahmeantrag ab unter Hinweis auf eine fehlende positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu der neuen Behandlungsmethode "Brachytherapie".

Am 02.11.2006 erfolgte im WPZ Köln ambulant die Seed-Implantation im Rahmen der Brachytherapie. Am 16.11.2006 legte der Kläger gegen die Ablehnung der Kostenübernahme Widerspruch ein. Er wisse von Fällen, in denen die Techniker Krankenkasse (TK) die Kosten der Behandlung übernommen habe. Die Brachytherapie sei eine seit langem anerkannte Behandlungsmethode. Die Beklagte habe es unterlassen ihn darüber aufzuklären, dass die Brachytherapie eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei, wenn sie von einer vertragsärztlichen zugelassenen Einrichtung ambulant oder stationär erbracht werde. Solche Einrichtungen seien z.B. die Kliniken Berlin, Münster, Saarbrücken oder Göttingen.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 28.09.2007 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 25.10.2007 Klage erhoben. Er ist der Auffassung, es liege ein Aufklärungs- und Beratungsverschulden der Beklagten vor; bei seiner persönlichen Vorsprache in der Geschäftsstelle sei er nicht auf eine ambulante Behandlung festgelegt gewesen, auch nicht auf eine bestimmte Einrichtung. Die Mitarbeiterin der Beklagten habe in dem Gespräch die Kostenübernahme für eine Brachytherapie generell abgelehnt und es unterlassen, ihn darüber zu belehren, dass er die Behandlung in einer Klinik durchführen lassen könne, die mit der Beklagten vertragsärztlich verbunden sei. Wäre er so belehrt worden, hätte er den Eingriff in einer Vertragseinrichtung -

stationär - durchführen lassen. Der Kläger trägt vor, dass Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen habe in den Verfahren [L 11 KR 80/07](#) und L 11 KR 105/07 in gleichgelagerter Rechtsstreitigkeiten am 30.07.2008 u.a. die Hinweise erteilt, der Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung sei rechtlich überholt und nicht mehr aufrecht zu erhalten; die Krankenkasse habe sowohl auf ambulante als auch auf stationäre Möglichkeiten hinzuweisen, auch dann, wenn der Versicherte einen Antrag vorlege, der sich auf eine ambulante Behandlung beziehe; beide Therapieformen - die ambulante wie die stationäre Brachytherapie - beinhalteten die gleiche medizinische Maßnahme. Der Kläger hat über die ambulant durchgeführte Brachytherapie im WPZ Köln eine privatärztliche Rechnung vom 07.11.2006 über 8.029,31 EUR und eine weitere privatärztliche Rechnung des Anästhesisten vom 10.11.2006 über 410,25 EUR vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26.10.2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 28.09.2007 zu verurteilen, ihm die entstandenen

Kosten für eine ambulant durchgeführte interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation in Höhe von 8.439,56 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, ihre Aufklärungs- und Beratungspflichten nicht verletzt zu haben. Ein Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung bestehe nur, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichend seien. Der Umstand, dass die Ärzte des WPZ Köln eine ambulante des Klägers für ausreichend erachtet hätten, zeige, dass eine stationäre Behandlung nicht notwendig gewesen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen, den Kläger betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Der Kläger wird durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne des [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, da sie nicht rechtswidrig sind. Er hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihm geltend gemachten Kosten, die ihm anlässlich der privatärztlich ambulant durchgeführten Brachytherapie im WPZ Köln entstanden sind.

Als Anspruchsgrundlage käme allein [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Betracht. Danach hat der Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe der entstandenen Kosten für eine selbst beschaffte notwendige Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Beide Voraussetzungen liegen nicht vor. Weder handelte es sich bei der im WPZ durchgeführten Brachytherapie um eine unaufschiebbare Leistung, noch hat die Beklagte eine Kostenübernahme der Brachytherapie zu Unrecht abgelehnt.

Maßstab für die Leistungsverpflichtung der Beklagten sind [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wonach die Krankenbehandlung u.a. die ärztliche Behandlung umfasst, und [§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V](#). Danach haben die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) zur Verfügung zu stellen, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig und unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Ergänzend hierzu regelt [§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) als Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden dürfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung. Bei der streitbefangenen Brachytherapie handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode, für die es zum Zeitpunkt der Leistungserbringung an der erforderlichen positiven Empfehlung des Bundesausschusses fehlte (vgl. dazu BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#); Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 116b Nr. 1](#)).

Dass - wie der Kläger geltend macht - die interstitielle Brachytherapie mit der Permanent-Seed in der stationären Versorgung zu den von einer Krankenkasse geschuldeten Leistungen gehören kann, führt ebenfalls - auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs - zur Erstattung der Kosten für die ambulant im WPZ Köln durchgeführte Behandlung.

Bei der Leistungserbringung im ambulanten und stationären Bereich bestehen grundsätzliche rechtliche Unterschiede. Während für den Bereich der ambulanten Versorgung bezüglich neuer Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 SGB V](#) ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt, ist die rechtliche Konstruktion für den stationären Bereich durch [§ 137c SGB V](#) so ausgestaltet, dass neuartige Behandlungsverfahren im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung keiner besonderen Zulassung bedürfen und nur dann ausgeschlossen sind, wenn eine Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach [§ 91 SGB V](#) ergeben hat, dass die Methode nicht den Kriterien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Der sachliche Grund für diese unterschiedliche rechtliche Behandlung liegt darin begründet, dass der Gesetzgeber die Gefahr des Einsatzes zweifelhafter oder unwirksamer Maßnahmen wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen Vergütungsstrukturen im Krankenhausbereich geringer eingestuft hat als bei der Behandlung durch einzelne niedergelassene Ärzte (BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)).

Allein der Umstand, dass die ambulante Brachytherapie nicht in Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fällt, jedoch die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung, in deren Verlauf die Brachytherapie durchgeführt worden wäre, möglicherweise von der Krankenkasse zu übernehmen gewesen wäre, begründet keine Verpflichtung der Beklagten, den Kläger darauf hinzuweisen, dass er sich die Brachytherapie im Rahmen einer stationären Behandlung hätte verschaffen können.

Dabei kann dahinstehen, ob der Kläger bei der Vorsprache in der Geschäftsstelle Anfang Oktober und auch bei der Antragstellung am 23.10.2006 noch nicht darauf festgelegt war, ob er die Brachytherapie ambulant in WPZ Köln oder stationär bei einem anderen Leistungserbringer durchführen lassen wollte. Immerhin hatte er bei dem Gespräch in der Geschäftsstelle bereits den Kostenvoranschlag des WPZ Köln vom 27.09.2006 vorgelegt und war der Antrag vom 23.10.2006 nur auf Übernahme der Kosten der (ambulanten) Behandlung im WPZ Köln gerichtet. Der Kläger hat seinem Antrag das ausführliche Schreiben des WPZ Köln vom 27.09.2006 und den Kostenvoranschlag vom selben Tag beigelegt. Wie sich dem Schreiben des WPZ Köln entnehmen lässt, hatte sich der Kläger zu diesem Zeitpunkt bereits für die ambulante Brachytherapie entschieden. Die Beklagte konnte und durfte also davon ausgehen, dass es dem Kläger mit seinem Beratungsgesprächen und dem späteren Antrag allein um Übernahme der Kosten der ambulanten Brachytherapie im WPZ Köln ging.

Selbst wenn aber die Anfrage des Klägers und der folgende Antrag so zu verstehen gewesen wären, dass er die Brachytherapie als Kassenleistung erhalten wollte, sei es ambulant oder stationär, hat die Beklagte auch einen derart weit gefassten Antrag nicht zu Unrecht abgelehnt. Für eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Durchführung der Brachytherapie ergibt sich das daraus, dass diese nicht erforderlich war. Das WPZ Köln hat nach eingehender Diagnosestellung und Untersuchung des Klägers ausdrücklich eine ambulante Behandlung für zweckmäßig und ausreichend gehalten.

Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das Gesetz regelt die Voraussetzungen des Anspruchs auf vollstationäre Krankenhausbehandlung in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Danach muss die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nach- stationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen im Krankenhaus verbleibt (Großer Senat des BSG, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#)). Beim Kläger war, wie bereits dargelegt, zur Durchführung der Brachytherapie eine stationäre Behandlung nicht erforderlich. Insoweit ist sie von der Beklagten auch nicht zu Unrecht abgelehnt worden.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Entscheidung des BSG vom 04.04.2006 ([B 1 KR 5/05 R](#)), auf die der Kläger sich beruft. In dieser Entscheidung hat das BSG in Anwendung der Grundsätze über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch einen Anspruch auf Erstattung der Kosten einer ambulant durchgeführten Uterus-Arterien-Embolisation (UAE) bejaht mit der Begründung, diese seien dadurch entstanden, weil die Krankenkasse die Patientin nicht auf die Inanspruchnahme einer stationären Behandlung an einem der dies anbietenden zugelassenen Krankenhäuser verwiesen hat. In diesem Fall hat das BSG eine Verletzung der Aufklärungspflicht der Krankenkasse deshalb angenommen, weil zum damaligen Zeitpunkt eine UAE regelmäßig im stationären Bereich erfolgte und nur ausnahmsweise von vereinzelten Leistungserbringern ambulant erbracht wurde. Die UAE-Therapie befand sich damals in einer Umbruchphase von der (regelmäßig) stationären zur ambulanten Behandlung. So lag es jedoch 2006 bei der Brachytherapie nicht. Die ambulante Behandlung hatte sich zu der Zeit schon als Standard entwickelt. Dies kann mit aller Deutlichkeit den ausführlichen Informationen des WPZ Köln entnommen werden. Die Brachytherapie ist auch bereits seit dem Jahre 2004 ausdrücklich in [§ 116b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) im "Katalog zur ambulanten Behandlung" aufgeführt; bei Abschluss entsprechender Verträge von Krankenkassen oder Landesverbänden mit zugelassenen Krankenhäusern kann sie auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Einen Hinweis auf eine ambulante Brachytherapie in einem zugelassenen Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) konnte die Beklagte allerdings nicht erteilen, weil sie keinen entsprechenden Vertrag mit einem Krankenhaus geschlossen hat, anders als z.B. die TK. Auf eine Gleichbehandlung mit TK-Versicherten kann sich der Kläger deshalb nicht berufen.

Wenn aber die ambulante Brachytherapie der Behandlungsstandard ist, kann sie nicht gleichwertig ohne Hinzutreten besonderer Umstände stationär zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Nur wenn einzelfallbezogene - von der Brachytherapie unabhängige - Risikofaktoren in der Person des jeweiligen Patienten eine ambulante Behandlung als nicht ausreichend und deshalb die Brachytherapie im Rahmen einer stationären Behandlung erforderlich machen, kommt eine entsprechende Sachleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung in Betracht. Solche besonderen Umstände haben aber im Fall des Klägers nicht vorgelegen. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, bestimmt sich nach dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen (Krankenhaus-)Arztes (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#)). Da die Ärzte des WPZ Köln eine ambulante Brachytherapie des Klägers für ausreichend gehalten haben, war stationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich. Hätte der Kläger die Brachytherapie unter denselben medizinischen Umständen, wie sie seinerzeit vorgelegen haben, im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes durchgeführt, so hätte die Krankenkasse die Übernahme der Behandlungskosten des Krankenhauses verweigern können unter Hinweis darauf, dass stationäre Behandlung nicht erforderlich und ambulante Behandlung ausreichend gewesen war. Übertragen auf die Pflicht der Krankenkasse zur Aufklärung und Beratung ihrer Versicherten folgt daraus, dass der Beklagten im Fall des Klägers keine Pflichtverletzung vorzuwerfen ist. Sie darf nicht auf etwas hinweisen oder zu etwas raten, was nicht erforderlich ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-02-03