

S 26 KR 119/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Köln (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
26
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 26 KR 119/06
Datum
19.02.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind unter den Beteiligten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten für eine laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT), einem Verfahren zur Zerstörung von Tumoren bzw. Metastasen, vor allem der Leber. Dabei wird mittels eines minimal-invasiven Eingriffs eine Glasfaser direkt in den Tumor bzw. die Metastase eingeführt. Durch Laserlicht und die dadurch entstehende Wärme soll der Tumor/die Metastase zerstört werden. Die am 04.09.1961 geborene Ehefrau des Klägers, eine niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin und Mutter von 3 Kindern, war bei der Beklagten krankenversichert, litt unter einem Mamakarzinom und Lebermetastasen und wurde mit einer LITT in der Universitätsklinik Frankfurt/Am Main (bei dem Radiologen Prof. Dr. xxxx) in der Zeit zwischen März und August 2006 behandelt. Sie ist am 04.10.2006 verstorben. Der Kläger hat sie beerbt und verlangt nun die streitgegenständlichen Kosten von der Beklagten erstattet. Unter Vorlage einer privatärztlichen Rechnung über Behandlungen vom 27. und 28.03.2006 in Höhe von 1598,99 EUR bat die Ehefrau des Klägers die Beklagte mit Schreiben vom 18.05.2006 um Prüfung, ob die Kosten für die streitgegenständliche Behandlung übernommen werden könnten. Sie sei seit Februar 2002 an einem Mamakarzinom erkrankt. Im Februar 2004 seien erstmals Lebermetastasen aufgetreten, welche sowohl operativ als auch mittels einer Chemotherapie immer erfolgreich behandelt worden seien. Seit März 2006 seien erneut 6 Lebermetastasen nachweisbar, welche andere Organe bislang nicht befallen hätten. Da sie in den letzten 3 Jahren mehr oder weniger ständig eine systemische Chemotherapie erhalten habe, habe der behandelnde Onkologe zu einer regionalen Chemotherapie geraten, welche nebenwirkungsärmer bei gleicher Wirksamkeit und besserer Lebensqualität sei. Diese solle in der Universitätsklinik Frankfurt durchgeführt werden, da der dortige Chefarzt, Prof. xxxx, die größte Erfahrung mit dieser Art der Behandlung habe. Im ersten Gespräch habe Prof. Dr. xxxx ihr zu einer anfänglichen regionalen, nur auf die Leber bezogenen Chemotherapie und nach Größenverringern der Metastasen zu einer anschließenden LITT geraten. Leider habe Prof. xxxx keine Kassenzulassung, so dass sie die Kosten selber zu tragen habe. Sie habe diese Therapie schon zweimal durchgeführt und habe den nächsten Termin am 31.05.2006. Bei dem vorherigen Termin habe sie Patienten kennengelernt, deren Krankenkassen diese Art der Therapie übernehmen. Eine Behandlung koste ambulant zwischen 3000 und 4000 EUR. Die in den letzten Jahren durchgeführten ambulanten systemischen Chemotherapien seien teilweise teurer gewesen. Mit Bescheid vom 12.06.2006 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die beantragte LITT ab. Zur Begründung wurde im wesentlichen ausgeführt, der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GemBA) habe die Methode nicht anerkannt, so dass die Kosten nicht übernommen werden könnten. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und führte aus, in den letzten 3 Jahren seien ihr 23 Chemotherapien verabreicht worden. Trotzdem hätten sich Ende November 2005 erneut 2 Lebermetastasen gezeigt, welche dann operativ entfernt worden seien. Im Februar 2006 seien wiederum 6 Lebermetastasen aufgetreten. Aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen der letzten Chemotherapien (Gewichtsverlust von 10 kg in 6 Monaten, Blutarmut und einem reduzierten Allgemeinzustand) habe sich ihr behandelnder Onkologe gegen eine erneute systemische Chemotherapie entschieden und die arterielle Chemoembolisation mit anschließender LITT vorgeschlagen. Sie berufe sich auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005. Mit Widerspruchsbescheid vom 11.08.2006 hat die Beklagte den Rechtsbehelf der Klägerin zurückgewiesen und ausgeführt, die LITT werde privat außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und sei damit den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zuzuordnen. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften nur dann über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, wenn sie in ihrer Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Prüfung und Feststellung, ob eine neue Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche, obliege nicht der einzelnen Krankenkasse, sondern dem Gemeinsamen Bundesausschuss ([§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Das Ergebnis seiner Beurteilung werde in der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) veröffentlicht. In der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung seien dabei die Methoden aufgeführt, die nicht als Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anerkannt

seien. Hierzu gehöre die LITT. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses seien verbindlich (§ 91 Abs. 9 SGB V). Die Kostenübernahme für die Chemoembolisation mit nachfolgender LITT sei daher ausgeschlossen. Hiergegen hat die Ehefrau des Klägers am 14.09.2006 Klage erhoben und um Ruhen des Verfahrens bis zum Abschluss eines Revisionsverfahrens vor dem Bundessozialgericht (BSG) gebeten. Beigefügt waren privatärztliche Rechnungen des Prof. Dr. xxxx für folgende Behandlungstermine: 27/28.03.2006, 25.4.2006, 31.05.2006, 28.06.2006 sowie 25./26.07.2006.

Mit Beschluss des Sozialgerichts Köln vom 29.09.2006 ist entsprechend das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden. Nach dem Tod der Frau xxxx wurde mitgeteilt, dass der Ehemann diese alleine beerbt hat. Zur Begründung seiner Klage trägt er im wesentlichen vor, es habe sich um eine Palliativsituation gehandelt; die verstorbene Ehefrau habe sich noch um die 3 Kinder kümmern wollen, die Standardtherapien seien erfolglos gewesen und hätten viele Nebenwirkungen gehabt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts komme es in erster Linie auf den individuellen Wirkungszusammenhang an, ob also die Behandlungsmethode im konkreten Einzelfall eine positive Wirkung verspreche. Weiter sei von Bedeutung, wie die Ärzte des Erkrankten die Wirksamkeit der Methode im konkreten Einzelfall fachlich einschätzten. In der Nichtöffentlichen Sitzung des Sozialgerichts Köln vom 22.08.2008 hat die Vertreterin der Beklagten erklärt, nach ihren Recherchen seien die streitgegenständlichen LITT-Behandlungen bei Prof. Dr. xxxx während stationärer Aufenthalte der Klägerin erfolgt. Die Universitätsklinik Frankfurt biete gemäß ihrer Internetseite die LITT auch als Krankenhausbehandlung an. Der Kläger hat dazu erklärt, seines Wissens sei seine Frau nicht nur von Prof. Dr. xxxx, sondern auch von Oberärzten nach der LITT-Methode behandelt worden. Erst im Verlaufe der Behandlung bei Prof. Dr. xxxx habe seine Ehefrau erfahren, dass die LITT auch als Kassenleistung gewährt werden könne. Sie sei ausdrücklich von Prof. Dr. xxxx nicht darauf aufmerksam gemacht worden, dass sie die LITT im Krankenhausbereich auch auf Kosten der Krankenkasse erhalten könne. Bei der ersten Behandlung seiner Ehefrau bei Prof. Dr. xxxx sei er selbst dabei gewesen. Falls Prof. Dr. xxxx darauf hingewiesen hätte, dass die LITT im Krankenhausbereich auf Kosten der Beklagten verabreicht werden könne, wäre dies ihm - dem Kläger - sicherlich in Erinnerung geblieben. Er sei sich sicher, dass Prof. Dr. xxxx diesen Hinweis nicht erteilt habe. Trotz der Hektik hätten sich die Eheleute auch über die Kosten Gedanken gemacht.

Anschließend sind die Patientenakte der xxxxxx von der Universitätsklinik Frankfurt sowie die Rechnungen dieser Klinik beigezogen worden, welche die Beklagte für die Krankenhausaufenthalte der Ehefrau des Klägers bezahlt hat. Der Patientenakte ist zu entnehmen, dass die Ehefrau am 25.07.2006 und am 29.08.2006 folgende Erklärung unterschrieben hat: "Ich wünsche für mich die private persönliche Beratung und Behandlung durch Prof. Dr. xxxx. Für den Fall seiner unvorhersehbaren Verhinderung bin ich mit der Vertretung durch seinen ständigen Vertreter im Bereich "Ambulante Leistungen" und "Stationäre Leistungen" einverstanden. Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Fachärzte zugezogen werden, wünsche ich auch hierbei private persönliche Beratung und Behandlung ... Das von Prof. Dr. xxxx berechnete Honorar (inklusive Sach- und Materialkosten) ist an ihn persönlich zu zahlen. Mir ist bekannt, dass die von Prof. Dr. xxxx erbrachten Leistungen mit einem Steigerungsfaktor bis zum 2,5-fachen des Regelsatzes berechnet werden. Mir ist ferner bekannt, dass die beanspruchten Leistungen nicht von allen Kassen generell und vollständig erstattet werden. Aktuell wurde die LITT von dem Gemeinsamen Bundesausschuss als experimentelles Verfahren bewertet. Weitere Verhandlungen laufen." Angeheftet war ferner eine Patienteninformation zu LITT/Patientenaufklärung, mit welcher die Ehefrau bestätigte, über Art und Bedeutung der Behandlungen, spezielle Risiken und mögliche Nebenwirkungen sowie Spätfolgen etc. aufgeklärt worden sei.

Schließlich trug der Kläger vor, die Ehefrau habe bei der Beklagten allgemein die Leistung einer LITT beantragt, ohne sich darauf festzulegen, ob diese ambulant oder stationär oder gerade an der Universitätsklinik Frankfurt am Main habe erbracht werden sollen. Die Ehefrau habe gegen die Beklagte einen Naturalleistungsanspruch auf eine stationäre Behandlung mit der LITT gehabt. Die stationäre Behandlung sei auch erforderlich gewesen, so dass die Beklagte die Kosten für eine fünfmalige stationäre Behandlung der Ehefrau des Klägers im Jahre 2006 übernommen habe. Es dürfe keine Rolle spielen, ob gerade das Universitätsklinikum Frankfurt eine stationäre LITT als Kassenleistung angeboten habe oder nicht. Im übrigen bestünden erhebliche Zweifel daran, ob ein kraft Gesetzes zugelassenes Universitätsklinikum seine Leistungen auf Vor- und Nachbereitungen der zur medizinischen Versorgung des Patienten notwendigen Behandlung beschränken dürften, während es die eigentliche, den Kern der erforderlichen Behandlung bildende und über DRG abrechenbare Leistung durch seinen Angestellten ausschließlich auf privatärztlicher Grundlage erbringen lasse. Jedenfalls sei die von der Ehefrau des Klägers unterzeichnete Vereinbarung nicht als Vereinbarung einer Chefarztbehandlung zu bewerten. Die Beklagte habe den Antrag der Ehefrau des Klägers sachgerecht auslegen müssen. Denn die Ehefrau habe sich ersichtlich über ihr Recht geirrt, eine LITT im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung beanspruchen zu können. Die Beklagte habe alle in Betracht kommenden rechtlichen Möglichkeiten zu erwägen und notfalls auf eine Klärung des Verfahrensgegenstandes durch den Antragsteller hinzuwirken. Auch wenn die Ehefrau im Rahmen ihres Antrags erklärt habe, die LITT werde bei Prof. Dr. xxxx ambulant durchgeführt, sei ihr Begehren allgemein auf Gewährung einer LITT gerichtet gewesen, sei es ambulant oder stationär. Anhaltspunkte für die Annahme, dass sie die Leistung einer stationären LITT von vornherein nicht gewollt habe, habe nicht vorgelegen. Die Beklagte habe rechtswidrig gehandelt, in dem sie die Gewährung der LITT pauschal/unter Hinweis auf den allein die ambulante LITT betreffenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses - abgelehnt habe. Im Jahre 2001 hätten 18 zugelassene Krankenhäuser, davon 9 Universitätskliniken, in Deutschland die LITT als stationäre Leistung angeboten. Weil die Beklagte den Anspruch der Ehefrau auf Leistung stationärer LITT somit zu Unrecht verweigert habe, habe sich diese veranlasst gesehen, die LITT auf eigene Kosten zu besorgen. Diese rechtswidrige Vorenthaltung der erforderlichen Naturalleistung sei die wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung gewesen. Erstatte müsse die Beklagte nun die tatsächlich entstandenen Kosten. Eine Begrenzung auf sog. Kassensätze komme nicht in Betracht. Im übrigen habe die Ehefrau auch am 29./30.08.2006 noch einmal eine LITT-Behandlung in Anspruch genommen.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 12.06.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.08.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 10.263,66 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass für die Zeit bis 31.05.2006 die Ehefrau schon den sog. Beschaffungsweg nicht eingehalten habe, weil sie erst danach einen Antrag bei der Beklagten gestellt habe. Es müsse hier angenommen werden, dass die Ehefrau Prof. Dr. xxxx im Rahmen einer

Chefarztbehandlung in Anspruch genommen habe. Hierfür habe die Beklagte jedoch nicht einzustehen. Im übrigen habe im Falle der Ehefrau die systemische Chemotherapie als anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung gestanden. Bei der LITT-Behandlung sei hingegen - wie das Bundessozialgericht ausgeführt habe - die Wirksamkeit nicht nachgewiesen. Auch seien die Nebenwirkungen der LITT nicht unproblematisch. Hinzuweisen sei ferner darauf, dass die Ehefrau als niedergelassene Ärztin mit den Regularien und Abrechnungsmodalitäten vertraut gewesen sei. Die Kosten der stationären Behandlung der Ehefrau habe die Beklagte im übrigen im vollen Umfang gezahlt. Prof. Dr. xxxx hat auf Anfrage des Gerichts mitgeteilt, dass LITT-Verfahren werde an der Universitätsklinik Frankfurt nicht als Kassenleistung angeboten. In der Zeit von März bis August 2006 sei die Patientin stationär behandelt worden. Die Ehefrau habe die LITT-Behandlung selbst bezahlen müssen, da - so Prof. Dr. xxxx wörtlich "wir keine Kassenzulassung haben."

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die Patientenakte der Universitätsklinik Frankfurt am Main, sowie die die verstorbene Ehefrau des Klägers betreffende Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zwar zulässig, jedoch nicht begründet. Denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten entsprechen im Ergebnis der Sach- und Rechtslage und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Als Anspruchsgrundlage für die begehrte Kostenerstattung kommt im Falle des Klägers nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht: Danach sind dem Versicherten Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, wenn sie dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Voraussetzung 1) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2). Zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Voraussetzung 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Voraussetzung 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) muss ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist. Das bedeutet zum einen, dass die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen hat, die sie auch bei rechtzeitiger bzw. ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Behandlung hätte gewähren müssen. Zum anderen bedeutet es, dass Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hatte; ein kausaler Zusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges besorgt hat, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten. (Ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. z.B. Beschluss vom 15.04.1997 - [1 BK 31/96](#) - und zuletzt Urteil vom 17.06.2008 - [B 1 KR 31/07 R](#) -). Wegen des Ausnahmecharakters der Kostenerstattung muss den Krankenkassen zur Vermeidung von Missbräuchen vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereit gestellt werden kann und - falls dies nicht möglich ist - ob sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, insbesondere den Anforderungen der Geeignetheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung genügt. Der Versicherte ist deshalb vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Systems grundsätzlich gehalten, sich an seine Krankenkasse zu wenden und die Gewährung zu beantragen. Er darf der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, dass er die erstrebte Behandlung bei einem Nichtkassenarzt oder - wie hier - auf privatärztlicher Basis durchführen lässt und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagert. Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen Kriterien lässt sich ein Kostenerstattungsanspruch für die LITT-Behandlungen der Ehefrau des Klägers bei Prof. Dr. xxxx für die Zeit von März bis Mai 2006 schon mangels Einhaltens des sogenannten Beschaffungsweges nicht herleiten (vgl. dazu auch Urteil des LSG NRW vom 20.08.2009-[L 16 KR 132/09](#)). Eine unaufschiebbare Leistung bzw. ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist nur dann anzunehmen, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder ein Vertragskrankenhaus/ein Vertragsarzt aufgesucht werden kann. Es muss mithin eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich sein, wie z.B. bei einem Schlaganfall, einem Herzinfarkt oder einer unfallbedingten starken Blutung (vgl. u.a. BSG, Beschluss vom 14.12.2006 - [B 1 KR 114/06 B](#), Beschluss des LSG NRW vom 31.07.2007 - [L 11 KR 90/06](#)). Ein solcher Notfall lag bei der Ehefrau angesichts der schon lange bestehenden und vielfach therapierten Krebserkrankung nicht vor. Die Beklagte hatte auch vor Juni 2006 die Kostenübernahme für die streitgegenständlichen LITT-Behandlungen noch gar nicht abgelehnt. Es kann also nicht davon die Rede sein, dass eine Ablehnung der Leistungen durch die Beklagte ursächlich für die Entscheidung der Ehefrau gewesen wäre, die streitgegenständlichen Behandlungen auf privatärztlicher Basis durchführen zu lassen. Aufgrund des Zeitablaufs war es der Beklagten gar nicht möglich, der Ehefrau des Klägers aufzuzeigen, wie sie die LITT-Behandlungen als Sachleistung - also über die Krankenversichertenkarte - in Anspruch nehmen kann. Aber auch für die Zeit ab Juni 2006 hat die Beklagte im Ergebnis die Kostenübernahme für die LITT-Behandlungen nicht zu Unrecht abgelehnt. Die Erstattung von Kosten i. S. des [§ 12 Abs. 3 SGB V](#) setzt sowohl begrifflich als auch nach dem Wortlaut und Zweck der Norm voraus, dass dem Versicherten berechtigte Kosten entstanden sind. Obwohl der Anspruch nicht allein von einer tatsächlich geleisteten Zahlung abhängen kann, reicht es jedoch aus, wenn der Versicherte einer berechtigten Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist. Insoweit umfasst [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) auch einen Freistellungsanspruch (vgl. Urteil des BSG vom 28.03.2000 - [B 1 KR 11/98 R](#)). Wirksame privatärztliche Honorarvereinbarungen sind zwischen der Ehefrau des Klägers und Prof. Dr. xxxx für März bis August 2006 nicht abgeschlossen worden. Die Ehefrau des Klägers hat deshalb zu Unrecht Zahlungen an Prof. Dr. xxxx geleistet, welche der Kläger von Letzterem zurückfordern kann, ggfls. mit Hilfe der Zivilgerichte. Das Gericht hält die Angaben des Klägers zu der gerügten fehlenden Aufklärung durch Prof. Dr. xxxx bezüglich der Tatsache, dass die LITT-Behandlung grundsätzlich sowohl in der Universitätsklinik Frankfurt a. M. sowie in zahlreichen anderen Krankenhäusern in Deutschland stationär für gesetzlich Krankenversicherte als Sachleistung hätte erfolgen können, für glaubhaft. Der Vorwurf einer unzureichenden Aufklärung durch Prof. Dr. xxxx und seine Mitarbeiter zieht sich wie ein roter Faden durch zahlreiche sozialgerichtliche Urteile, vgl. z. B. Urteil des BSG vom 04.04.2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) vom 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - sowie Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 12.01.2009-S 23 KR 139/07- und Urteil des SG Köln vom 19.02.2010- [S 26 KR 213/07](#) -). Es kann diesem Arzt im Jahr 2006 nicht unbekannt gewesen sein, dass außer ihm schon seit 2001 auch zahlreiche für Kassenpatienten zugelassene Krankenhäuser die LITT-Behandlung anbieten. Das Zustandekommen einer wirksamen privatärztlichen Honorarvereinbarung zwischen einem in einer Privatklinik tätigen Arzt (und erst recht- wie hier- einem in einer für Kassenpatienten geöffneten Uniklinik tätigen Chefarzt) und einem gesetzlich Krankenversicherten, der sich- wie hier die Ehefrau des Klägers- auch als solche zu erkennen gegeben hat, setzt folgendes voraus: Vor Beginn der Behandlung muss der Versicherte nicht nur genau über die Behandlungsmethoden und die damit verbundenen Risiken, sondern auch darüber informiert werden, ob die durchgeführte Behandlung zu den Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört oder nicht. Außerdem muss auf die zur Verfügung stehenden alternativen Behandlungsmethoden und die Möglichkeit der Erbringung im stationären Rahmen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen werden. Ferner muss auch über die Höhe der evtl. vom Patienten selbst zu tragenden Kosten aufgeklärt werden. Bei einem Behandlungsverfahren, das- wie die

LITT- regelmäßig im stationären Bereich durchgeführt wird, ist schon im Rahmen der medizinisch erforderlichen Aufklärung zu erwarten, dass der Behandler auf die Alternativen in der stationären Behandlung und die kostenrechtlichen Vorteile hinweist. Angesichts der Schilderungen des Klägers hat Prof. Dr. xxxx gegenüber seiner Ehefrau diese Aufklärungspflichten nicht vollständig erfüllt und diese - obwohl selbst Ärztin in niedergelassener Praxis- auch keine Kenntnis von der Möglichkeit der Erbringung von LITT-Behandlungen in zahlreichen für Kassenpatienten geöffneten Krankenhäusern über die Krankenversicherungskarte gehabt. Schon mangels vollständiger Erfüllung dieser Aufklärungspflichten sind keine wirksamen privatärztlichen Honorarvereinbarungen zwischen der Ehefrau und Prof. Dr. xxxx zustande gekommen. Die Nichtigkeit der Honorarvereinbarung erfasst regelmäßig nicht den Rest des Behandlungsvertrags. Anstelle von Honoraransprüchen kommen in solchen Situationen nach der Rechtsprechung des BSG auch keine gesetzlichen Ansprüche - insbesondere auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder aus ungerechtfertigter Bereicherung nach dem BGB- gegen den Versicherten in Betracht. Denn dies würde ebenfalls die gesetzliche Regelung des Naturalleistungsprinzips unterlaufen (vgl. Urteile des BSG vom 02.11.2007 - B1 KR 14/07- und vom 27.03.2007-B1 KR 25/06 R). Offen lässt die Kammer, ob hier die streitgegenständlichen Leistungen durch die Uniklinik Frankfurt a. M. über die Krankenversicherungskarte der Ehefrau gegenüber der Beklagten einerseits und durch Prof. Dr. xxxx im Wege der privatärztlichen Liquidation gegenüber der Ehefrau des Klägers andererseits doppelt abgerechnet worden sind; hierauf deuten die angesetzten DRG-Pauschalen hin , welche die Uniklinik gegenüber der Beklagten angesetzt hat. Denn berechtigten Ansprüchen des Prof.Dr. xxxx war die Ehefrau des Klägers schon aus den o.g. Gründen der unzureichenden Aufklärung nicht ausgesetzt.

Eine Verletzung von Aufklärungspflichten durch die Beklagte, welche der Klage zum Erfolg verhelfen könnten, vermag die Kammer nicht zu erkennen. Die Ehefrau hatte sich bei der Beklagten ausdrücklich wegen einer Kostenübernahme für eine ambulante LITT gemeldet. Den übersandten Rechnungen war bis zum Tode der Ehefrau nicht zu entnehmen , dass die LITT stationär erbracht wurde. Dies wurde erst durch Nachforschungen der Beklagten im laufenden Gerichtsverfahren offenbar. Grundsätzlich ist es zunächst Sache der behandelnden Ärzte , unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu prüfen und zu entscheiden, ob eine Leistung ambulant oder stationär erbracht werden muss. Diese Entscheidung obliegt hingegen nicht den Angestellten einer gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen einer Beratung. Krankenhausbehandlung ist nicht bereits deshalb erforderlich, weil eine bestimmte Leistung zwar ambulant erbracht werden kann, aber -wie hier bei der LITT durch Beschluss des GemBA vom 13.01.2006 und damit vor der streitgegenständlichen Behandlung der Ehefrau des Klägers- grds. von der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist (vgl. BSG, Urteil vom 07.11.2006-B1 KR 24/06 R und vom 16.12.2008- B1 KR 11/08 R). Da sie wegen der Kosten einer ambulanten LITT angefragt hatte und diese demgemäß auch nur notwendig erschien, bestand für die Beklagte keine Veranlassung zur Beratung der Ehefrau des Klägers über die Möglichkeiten einer stationären LITT; vielmehr oblag diese Aufklärungspflicht dem über alle Einzelheiten des Krankheitsbildes informierten Prof. Dr. xxxx. Die Klage konnte deshalb keinen Erfolg haben.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2010-03-24