

L 1 KR 328/17

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 37 KR 60/17
Datum
29.06.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 328/17
Datum
11.04.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht, ob die Beklagte einer Verpflichtung aus einem gerichtlichen Vergleich nachgekommen ist. In der Sache begehrt der Kläger allerdings die Behandlung eines Hämangiom bzw. einer vaskulären Malformation (VM).

Der Kläger beantragte am 24. Juli 2012, die Behandlungskosten für eine Laserbehandlung eines Geschwürs der Unterlippe durch die E Klinik Bzu übernehmen. Er fügte ein Attest seines HNO-Arztes Dr. U vom 5. Juni 2012 bei mit dem pathologischen Befund Hämangiom Lippenrot linke Unterlippe. Der Patient sei an das Laserzentrum B verwiesen worden, da der Befund chirurgisch durch ihn nicht entfernbar sei.

Die Beklagte lehnte den Antrag auf Übernahme der Kosten einer Laserbehandlung mit Bescheid vom 25. Juli 2012 ab, da es sich bei der Laserbehandlung um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) handele, welche der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nicht anerkannt habe.

Der Kläger erhob Widerspruch. Ein bloßer chirurgischer Eingriff habe nicht den gewünschten Erfolg gehabt. Das Geschwür habe sich wieder gebildet. Die Beklagte bat ihn um Auskunft, welche Art Laserbehandlung in seinem Fall geplant sei. Die Laserbehandlung mit gepulstem Farbstofflaser gehöre bei Hämangiomen zur vertragsärztlichen Versorgung. Der Kläger reichte eine Bescheinigung der E Klinik, Abteilung Lasermedizin ein, wonach die Fachabteilung für Lasermedizin im Bettenbedarfsplan ausgewiesen sei und nach DRG abrechne. Es handele sich nicht um eine kosmetische Operation, für die die Erstellung eines Kostenvoranschlages erforderlich sei. Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. November 2012 zurück. Bei Hauterkrankungen gehöre lediglich die Laserbehandlung mit gepulstem Farbstofflaser bei Hämangiomen zur vertragsärztlichen Versorgung. Ob eine solche Behandlung geplant sei, sei trotz mehrfacher Aufforderung nicht mitgeteilt worden.

Der Kläger erhob hiergegen am 28. November 2012 Klage beim Sozialgericht Cottbus (SG; Aktenzeichen S 37 KR 221/12). Das SG holte Befundberichte ein. Das Laserzentrum der E E bescheinigte unter dem 1. August 2012 sowie am 9. Januar 2013, beim Kläger liege am ehesten ein VM vor, welches von einem Hämangiom zu unterscheiden sei, welches im frühen Kindesalter auftrete. Da es bei dem VM des Klägers nicht sicher um eine Gefäßbildung handele und ein tumoröses Geschehen ausgeschlossen werden sollte, sei ihm zu einer Biopsie und Laserung in stationärer Behandlung geraten worden. Eine Farbstofflaserbehandlung mache beim vorliegenden Befund keinen Sinn, da die krankhaften Gefäße zu tief lägen. Mit weiterer Stellungnahme vom 17. April 2014 teilte die Klinik mit, für eine ambulante Behandlung bedürften sie im Hinblick auf ihre Ermächtigung keiner Genehmigung der Krankenkasse. Beim Kläger komme aber für die Diagnoseabklärung sowie die Laserbehandlung nur eine stationäre infrage. Die Beklagte befragte ihren Sozialmedizinischen Dienst (SMD). Dieser gelangte in seiner Stellungnahme nach Aktenlage vom 3. September 2014 zu dem Ergebnis, dass sowohl die histologische Abklärung als auch die Laserbehandlung nicht zwangsläufig einer Behandlung im Krankenhaus bedürften. Der Eingriff könne ambulant erfolgen mit auch mehrstündiger ambulanter Nachsorge. Die E Klinik teilte in einer weiteren Stellungnahme vom 9. September 2015 ergänzend mit, dass die Biopsie, welche in Narkose erfolgen solle, aufgrund des Blutungsrisikos stationär zu überwachen sei im Hinblick auf das Nachblutungsrisiko. Der Sozialmedizinische Dienst der Beklagten nahm daraufhin erneut Stellung (25. September 2015): Da im Befundbericht des E E Krankenhauses darauf verwiesen worden sei, dass seit drei Jahren keine weitere Untersuchungen und keine Behandlungen stattgefunden habe, könne aus dem bisherigen Verlauf eine bösartige Neubildung klinisch ausgeschlossen werden. Nach wie

vor sei von einer (gutartigen) VM auszugehen. Auch bei einer Operation in Narkose sei keinesfalls von einem deutlich erhöhten Nachblutungsrisiko auszugehen.

Die Beklagte unterbreitete mit Schriftsatz vom 21. Januar 2014 folgendes Vergleichsangebot:

1. Die Kosten für die Durchführung einer Laserbehandlung werden aus Mitteln der Knappschaftlichen Krankenversicherung übernommen. Diese Kostenzusage gilt nur für den Fall der ambulanten Leistungserbringung. 2. Die außergerichtlichen Kosten des Klägers übernimmt die Beklagte auf der Basis einer Mittelgebühr zu 2/3. 3. Die Klägerin [gemeint: der Kläger] verzichtet auf die Geltendmachung weiterer Ansprüche aus diesem Verfahren. 4. Die Beteiligten betrachten den Rechtsstreit damit als erledigt.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 5. Oktober 2015 wies der Vorsitzende darauf hin, dass einerseits das Laserzentrum in B die Notwendigkeit einer stationären Behandlung mehrfach bestätigt habe, andererseits die Beklagte ausführe, eine ambulante Behandlung für indiziert zu halten. Sie sei jedoch ihrer Beratungspflicht nach [§ 14 Sozialgesetzbuch Erstes Buch \(SGB I\)](#) nur unzureichend nachgekommen, weil sie dem Kläger kein Angebot unterbreite, bei wem und wo diese Behandlung tatsächlich ambulant durchführbar sei. Es spreche deshalb aus Sicht des Gerichts mehr für als dagegen, dass dem Kläger ein Anspruch auf eine stationäre Behandlung seiner Erkrankung zustehen könne. Daraufhin schlossen die Beteiligten folgenden Vergleich:

1. Die Beklagte erhält Gelegenheit innerhalb von 4 Wochen nach Zugang des Protokolls den Kläger dahingehend zu beraten, bei welchem Arzt oder in welcher medizinischen Einrichtung eine ambulante Behandlung seiner Erkrankung im Rahmen der Leistungspflicht der Beklagten möglich ist. 2. Sofern eine Beratung im Sinne der Ziffer 1. dieses Vergleiches nicht zustande kommt, verpflichtet sich die Beklagte schon jetzt, die Kosten der stationären Behandlung des Klägers in der E Elisabeth Klinik in B zu übernehmen. In diesem Fall ist die Beklagte auch bereit, die außergerichtlichen Kosten des Klägers im vollen Umfang zu erstatten. 3. Sofern eine Behandlung des Klägers im Wege einer ambulanten Behandlung ausreichend ist, einigen sich die Beteiligten auf Punkt 1. und 2. des Vergleichsangebots der Beklagten vom 21. Januar 2014. 4. Die Beteiligten sind sich einig, dass damit der Rechtsstreit insgesamt erledigt ist.

Mit Schriftsatz vom 2. November 2015 an das SG teilte die Beklagte mit, nunmehr ihrer Beratungspflicht nach [§ 14 SGB I](#) Folge zu leisten. Eine Behandlung des Hämangioms linke Unterlippe bei vaskulärer Malformation könne ambulant beispielsweise durch Frau Dr. Kin Bad D erfolgen. Sie übersandte weitere Adressen verschiedener HNO-ärztlicher Praxen mit dem Leistungsspektrum u.a. Laserbehandlungen beim VM im Gesicht. Auch sei jede Klinik berechtigt, bestimmte Eingriffe bzw. Leistungen zu erbringen und diese dann ambulant abzurechnen. Auch das E E-Krankenhaus verfüge über eine ambulante Lasersprechstunde. Warum dieses sich nicht in der Lage sehe, den Eingriff ambulant zu erbringen, sei unbekannt. Der Kläger schrieb unter dem 15. Juni 2016 an die Beklagte, bei den von dieser benannten Ärzten K, M & L sowie W-W schriftlich angefragt zu haben, ob diese zu einer Behandlung bereit seien. Dr. W-W habe unter dem 11. Januar 2016 geantwortet, kein Interesse zu haben, sich in den Sachverhalt einzulesen. Die Arztpraxis M & L habe sich trotz Erinnerung und Fristsetzung bis zum 4. Mai 2016 nicht geäußert. Der Frau Dr. K seien zusätzlich per E-Mail Lichtbilddaufnahmen übersandt worden, jedoch sei auch dort keine verbindliche Rückantwort eingegangen. Er gehe deshalb davon aus, dass die von der Beklagten angegebenen Ärzte eine ambulante Behandlung nicht durchführen würden. Er gebe Gelegenheit, einen behandlungsbereiten Arzt zu benennen. Anderenfalls sehe er gemäß dem geschlossenen Vergleich der Erklärung entgegen, dass die Kosten für eine stationäre Behandlung übernommen würden.

Der Kläger hat am 27. Februar 2017 erneut Klage beim SG erhoben. Die von der Beklagten genannten Ärzte seien allesamt nicht behandlungsbereit. Damit sei die Beklagte nunmehr verpflichtet, die Kosten der stationären Behandlung des Klägers in der E E-Klinik in B zu übernehmen.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 29. Juni 2017 abgewiesen (Zustellung: 3. Juli 2017). Die Klage sei als Leistungsklage gem. [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulässig, jedoch unbegründet. Der Kläger habe aus dem geschlossenen Vergleich keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Übernahme der Kosten der stationären Behandlung in der Evangelischen E-Klinik in B. Denn diese habe sich nur zu einer Beratung verpflichtet, welche medizinischen Leistungserbringer die Erkrankung des Klägers ambulant behandeln könnten. Dies folge aus dem Wortlaut des Vergleichs und den Umständen für dessen Zustandekommens. Nach dem protokollierten Hinweis des damaligen Vorsitzenden hätten beide Seiten ein Kernproblem darin gesehen, dass die Beklagte ihrer Beratungspflicht nicht nachgekommen sei, wenn sie zwar nur eine ambulante Behandlung für erforderlich halte, dem Kläger aber kein Angebot unterbreite, wo diese tatsächlich durchführbar sei. Es sei deshalb folgerichtig gewesen, wenn sich die Beklagte zunächst in einem ersten Schritt nur verpflichtet habe, diese Beratung nachzuholen. Erst dann, wenn diese Beratung nicht innerhalb von vier Wochen erfolgt wäre, hätte sich die Beklagte zur Übernahme der stationären Behandlungskosten verpflichtet. Diese Bedingung i. S. d. [§ 158 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) sei nicht eingetreten. Die Beklagte habe keine zum Behandlungserfolg führende Beratung geschuldet. Die Beklagte könne weder aus rechtlichen Gründen noch rein tatsächlich Vertragsärzte zu einer Behandlung verpflichten und schulde keinen Behandlungserfolg. Eine Auslegung in dem Sinne, dass eine zur Behandlung führende Beratung vereinbart gewesen sei, hätte als Vertrag zu Lasten Dritte nach [§ 58 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch](#) die Nichtigkeit des Vergleichs zur Folge gehabt. Deshalb beziehe sich die Formulierung "möglich" in Punkt 1. des Vergleiches lediglich auf die objektive Behandlungsfähigkeit des Arztes. Denn die Beklagte habe gerade keinen Einfluss darauf, ob sich der jeweilige Arzt – subjektiv – des Klägers annehmen wolle. Überdies sei die vom Kläger gewählte Herangehensweise von vornherein wenig erfolgsversprechend gewesen. Dies zeige sich in der – einzigen – Antwort des Dr. W-W, der "null Interesse" bekundet habe, sich in den Sachverhalt einzulesen. Zielbringender sei es, einen Termin zu vereinbaren und sich persönlich vorzustellen. Dass sich Ärzte zu den Behandlungsmöglichkeiten nur aufgrund einer selbst durchgeführten persönlichen Untersuchung des Klägers verständlich äußern können und wollen, liege auf der Hand und bedürfe keiner weiteren Ausführungen.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 1. August 2017. Zur Begründung führt er aus, dass SG habe rechtsfehlerhaft durch Gerichtsbescheid entschieden. Es habe zudem den Vergleich fehlerhaft ausgelegt. Bereits aus dem Wortlaut des Vergleiches ergebe sich, dass die Beklagte nicht lediglich eine Beratung schulde. Denn unter Punkt 2. sei von einer Beratung im Sinne der Nr. 1 die Rede. Also sei eine Beratung gemeint, die zu einer tatsächlichen Behandlung des Klägers führe. Der Kläger habe von Anfang an die Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung in der E-Klinik begehrt. Er habe nicht auf die Durchführung einer Beratung geklagt sondern auf Kostenübernahme einer stationären Behandlung. In der mündlichen Verhandlung habe der Vorsitzende auch darauf hingewiesen, dass die Beklagte zur Übernahme der stationären Behandlung verpflichtet sei, wenn eine ambulante Behandlung nicht möglich sei. Deshalb der gerichtliche Hinweis auf die noch durchzuführende Beratung lediglich dazu gedient, der Beklagten die Möglichkeit einzuräumen, nunmehr

tatsächlich einen behandlungsbereiten Arzt für eine ambulante Behandlung zu benennen. Unter systematischer Betrachtung wäre der Punkt 2. des Vergleiches schlicht überflüssig, wenn es um die reine Benennung von Ärzten gegangen wäre. Bundesweit gäbe es eine Vielzahl von Ärzten, die eine Hämangiomerkrankung behandeln könnten. Allein dieser Umstand führe aber nicht dazu, dass ein befähigter Arzt speziell den Kläger auch tatsächlich ambulant behandle. Deshalb könne nach Sinn und Zweck der Vereinbarung kein Zweifel daran bestehen, dass die Beklagte dazu verpflichtet wurde, die stationäre Behandlung zu zahlen, wenn eine ambulante Behandlung nicht zustande komme. Es sei für die Beklagte zuletzt auch widersinnig, den ursprünglichen Sinn des Vergleiches in Abrede zu stellen. Anderenfalls stünde es nämlich dem Kläger frei, einen neuen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen. Bei dem dabei zu erwartenden Zeitablauf sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers nicht auszuschließen, was mit erhöhten Kosten für die Beklagte verbunden sein dürfte.

Der Kläger hat mittlerweile eine Fachärztin für Dermatologie aufgesucht. Dipl. Med. K diagnostizierte am 13. Juni 2018 ein Hämangiom an der Unterlippe links seit etwa 5 Jahren. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 7. September 2018 führt sie aus, dass ihres Erachtens für die Diagnosestellung keine Biopsie erforderlich sei.

Die Beklagte hat daraufhin erneut ihren SMD zu Rate gezogen. In ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2018 führen die Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Z und der Leitende Medizinaldirektor A-S des SMD aus, die Frage, welche Einrichtung den Kläger ambulant laserbehandeln würden, selbst nicht beantworten zu können. In Berlin und Umgebung gäbe es zahlreiche unter anderem dermatologische Praxen, welche Laserbehandlungen von Gefäßmalformationen anböten. Auch das E E-Krankenhaus verfüge über ein Laserzentrum mit dazugehöriger Laserambulanz. Inwiefern eine dieser Praxen speziell beim Kläger die ambulante Laserbehandlung durchführen würde, könne natürlich nur durch den entsprechenden niedergelassenen Arzt nach Untersuchung des Klägers und Kenntnis des Befunds eingeschätzt werden.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Cottbus vom 29. Juni 2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Kosten der stationären Behandlung (seines Hämangioms bzw. seiner VM) in der Evangelischen Elisabeth-Klinik zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, der Berufungskläger verfolge die Kostenübernahme einer Laser-Behandlung, welche vom GBA als NUB eingestuft worden sei, ohne dass es eine entsprechende Empfehlung nach [§ 72 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) gebe. Im Rahmen einer Einzelfallentscheidung sei die strittige Therapie durch die Beklagte befürwortet worden. Die Kostenzusage habe sich allerdings nur auf den ambulanten Bereich bezogen. Da die Laserbehandlung in der E E-Klinik durchgeführt werden sollen und diese nur unter stationären Bedingungen behandeln habe wollen, sei das erste Klageverfahren durch den einschlägigen Vergleich beendet worden. Die Beklagte habe sich darin verpflichtet, binnen vier Wochen den Kläger dahingehend zu beraten, über welchen Arzt die entsprechende Behandlung möglich sei. Von den von ihr genannten Ärzten habe nur Dr. W-Weine Behandlung abgelehnt. Eine Antwort der anderen stehe aus. Zudem habe sie sich nur zu einer möglichen Behandlung verpflichtet und damit nur dazu, die objektive Behandlungsmöglichkeit eines jeweiligen Arztes aufzuzeigen. Sie habe jedoch keinen Einfluss darauf, ob der jeweilige Arzt sich subjektiv des Klägers annehmen wolle.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze und die angeführten Unterlagen wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Berufung bleibt Erfolg versagt. Das SG hat die Klage zutreffend als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) als zulässig angesehen und mit zutreffender Begründung als unbegründet abgewiesen.

Einzig denkbare Anspruchsgrundlage für den hier geltend gemachten Anspruch auf Übernahme der Kosten einer stationären Behandlung des Klägers in der E-Klinik ist Nr. 2 des gerichtlichen Vergleichs vom 5. Oktober 2015. Ein Sachleistungsanspruch direkt aus dem Gesetz nach [§§ 27 Abs. 1 S. 1, S. 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) auf den ursprünglichen Antrag hin scheidet aus, weil die Beklagte eine Kostenübernahme mit Bescheid vom 25. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. November 2012 abgelehnt hat. Das Klageverfahren hiergegen haben die Beteiligten im Vergleich für erledigt erklärt (Nr. 4 des Vergleichs vom 5. Oktober 2015). Zutreffend hat der Kläger aber selbst ausgeführt, jederzeit einen neuen Antrag stellen bzw. sich mit einer vertragsärztlichen Krankenhausverordnung (Einweisung) bei einem Krankenhaus vorstellen zu können.

Die Beklagte hat ihre Verpflichtung aus Nr. 1 des Vergleiches erfüllt. Damit ist die Leistungsverpflichtung nach Nr. 2 des Vergleiches nicht eingetreten.

Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, hat sich die Beklagte in Nr. 1 des Vergleiches nicht dazu verpflichtet, einen Arzt zu benennen, der die Behandlung des Hämangioms bzw. der VM, in jedem Fall ambulant durchführt. Ausweislich der dem Vergleichsabschluss vorausgehenden Ausführungen des Vorsitzenden muss die Beklagte nur eine Auskunft über einen ambulanten Leistungserbringer im Rahmen ihrer Beratungspflicht nach [§ 14 SGB I](#) erbringen. Da die Krankenkassen nicht selbst ärztliche Leistungen durchführen, kann sich die Beratungspflicht damit nur darauf beziehen, Ärzte zu benennen, bei welchen die ambulante Behandlung grundsätzlich möglich ist. Der Vergleich gibt der Beklagten dementsprechend nur eine Beratungspflicht auf. Bereits dem Vergleichswortlaut lässt sich ferner entnehmen, dass sich die Beklagte nur zur Benennung eines Arztes verpflichtet hat, der zu einer ambulanten Leistungserbringung grundsätzlich bereit ist, unabhängig davon, ob das konkrete Laserverfahren allgemein eine Kassenleistung darstellt oder von der Beklagten nur aufgrund einer vergleichsweise ausgesprochenen Kostenzusage zu leisten ist. Beraten werden sollte vielmehr nur über ambulante Leistungsbringer, die Laserbehandlungen als vertragsärztliche Leistung anbieten. Denn die Beratungspflicht bezieht sich ausdrücklich nur auf eine (grundsätzliche) Behandlungsmöglichkeit "im Rahmen der Leistungspflicht der Beklagten". Sofern bereits diese Beratung scheitern sollte, sollte die Beklagte unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) zur Kostenübernahme einer stationären Behandlung verpflichtet sein. Nach erfolgter Beratung sollte nach Nr. 3 des Vergleiches verfahren werden: Soweit eine ambulante

Behandlung ausreichend sein sollte –was mutmaßlich der ins Auge befasste Arzt entscheiden soll-, sollen ergänzend die Nr. 1 und 2 des Vergleichsangebotes der Beklagten vom 21. Januar 2014 verbindlich sein, sich also die Beklagte zur Kostenübernahme unabhängig davon verpflichten, ob die angedachte ambulante Behandlung grundsätzlich eine vertragsärztliche Leistung ist.

Obwohl die Beteiligten im Rechtsstreit ihre unterschiedlichen Positionen zum medizinischen Sachverhalt dargestellt hatten, also dem Begehren auf eine stationärer Behandlung und der Vortrag, eine solche sei hier erforderlich einerseits und der Verneinung der medizinischen Notwendigkeit hierfür andererseits, haben sich die Beteiligten im Vergleich ungeachtet dessen darauf beschränkt, der Beklagten aufzugeben, in Nachholung ihrer Beratungspflicht ambulante Leistungsträger zu benennen.

Die Beklagte hat diese Beratung geleistet. Sie hat Ärztinnen und Ärzte benannt, die grundsätzlich die gewünschte Behandlung durchführen. Zur Beratungspflicht gehörte nicht weitergehend, sich selbst mit potentiellen Behandlern in Verbindung zu setzen und/oder dem Kläger ein Begleitschreiben an die Hand zu geben, aus welchem sich die Kostenübernahme für eine ambulante (Laser-)behandlung auch als Einzelfallentscheidung ergibt. Dies folgt wiederum aus der Formulierung, eine Beratung über die Behandlungen "im Rahmen der Leistungspflicht" zu übernehmen.

Dass der Kläger mit diesem Vergleich Steine statt Brot erhalten hat, vermag am Ergebnis nichts zu ändern. Die Beklagte hat sich nicht dazu verpflichtet einen Arzt zu benennen, der ohne Untersuchung des Klägers und entsprechender Einschätzung des Befundes zu einer ambulanten Behandlung bereit ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis in der Sache.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-05-14