L 11 KR 80/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 154/06
Datum
17.07.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 80/07
Datum
20.01.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 17.07.2007 wird zurückgewiesen. Dem Kläger werden Verschuldenskosten in Höhe von 700 EUR auferlegt. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1943 geborene Kläger begehrt von der Beklagten, bei der er gegen das Risiko Krankheit versichert ist, die Erstattung der Kosten einer wegen einer Prostatakrebserkrankung ambulant durchgeführten Brachytherapie.

Am 19.01.2004 übersandte er der Beklagten einen Kostenerstattungsantrag nebst Kostenübersicht für eine Brachytherapie mittels permanenter Seedimplantation unter Hinweis darauf, dass der Eingriff am 11.02.2004 vorgesehen sei. Antrag und Kostenübersicht waren von den Fachärzten für Urologie Dres. O und E, Klinik am Ring, L, bzw. Westdeutsches Prostatazentrum, Klinik am Ring, L unter dem 15.01.2004 verfasst worden. Als Gesamtkosten wurden 8.546,41 EUR zuzüglich Kosten einer Vollnarkose i.H.v. 400,00 bis 600,00 EUR angegeben. Aus dem Kostenerstattungsantrag ergibt sich im Wesentlichen, dass bei einer Brachytherapie im Rahmen einer ambulanten Behandlung ultraschallkontrolliert gekapselte Strahlenquellen in die Prostata eingebracht werden, die von dort aus den Tumor bestrahlen.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 21.01.2004 ab: Eine Übernahme der Kosten für eine ambulante Brachytherapie komme nicht in Betracht, da diese Behandlungsmethode von den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen noch nicht bewertet sei. Nach Auskunft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MdK) ergebe sich zurzeit keine Grundlage für die Annahme, dass Patienten mit Prostatakarzinom von der Behandlung mittels permanenter Seedimplantation im Vergleich zu den verfügbaren Behandlungsmethoden profitieren könnten. Es werde insbesondere auf die 3D-konformale-externe Bestrahlung hingewiesen, bei der die Lebensqualität eher besser sei.

Der Kläger legte am 02.02.2004 Widerspruch ein und kündigte an, er werde diesen nach erfolgtem Eingriff begründen. In seiner Widerspruchsbegründung vom 16.02.2004 bezog er sich zunächst auf das Widerspruchsschreiben der Dres. O und E vom 13.02.2004, in dem diese im Wesentlichen ausführten, dass die permanente Seedimplantation zwar bisher nicht vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beraten und beurteilt worden sei. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) könne eine Kostenübernahme im Einzelfall aber erfolgen, wenn eine Methode in der medizinischen Fachdiskussion breite Resonanz gefunden habe und wenn diese Methode von vielen Ärzten angewandt werde. Beide Voraussetzungen träfen für die permanente Seedimplantation zu. Nach Diagnosestellung im Oktober 2003 habe er sich über Behandlungsmethoden sehr ausgiebig und intensiv informiert; es sei für ihn nur die letztlich gewählte und am 11.02.2004 durchgeführte Methode infrage gekommen.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.04.2004 zurück: Bei der ambulanten Brachytherapie handele es sich um eine neue Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode, die der Anerkennung des Gemeinsamen Bundesauschusses (GBA) bedürfe. Da diese bisher nicht erfolgt sei, komme eine Abrechnung zu Lasten der Krankenkassen nicht in Betracht.

Der Kläger hat am 12.05.2004 Klage erhoben und vorgetragen, durch die Behandlung seien ihm ausweislich der Rechnungen vom 13.02.2004 und 16.02.2004 Kosten i.H.v. insgesamt 9.040,35 EUR entstanden. Die durchgeführte Maßnahme könne stationär mit tagesgleichen Pflegesätzen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Die Beklagte hätte ihn darauf hinweisen und rechtzeitig vor dem Eingriff vertragliche Behandler bzw. Vertragseinrichtungen benennen müssen; sie hafte ihm deshalb wegen Verletzung der Aufklärungspflichten. Er habe am 20.01.2004 fernmündlich mit der Sachbearbeiterin der Beklagten, Frau D, gesprochen und sich nach einer Kostenübernahmemöglichkeit, etwa im Wege der Kulanz, erkundigt. Der auf seinem Antrag vom 19.01.2004 von Frau D unter dem

20.01.2004 aufgebrachte Vermerk "Er geht auf jeden Fall in Klinik am Ring, da andere Krhs. keine Routine in diesen Fällen haben" sei ihm in den Mund gelegt worden. Er habe lediglich erklärt, dass er besonderes Vertrauen in die Klinik gewonnen habe; er sei aber für andere Vorschläge in jeder Richtung offen gewesen. Wäre er zutreffend belehrt worden, hätte er sich selbstverständlich in einer anderen, vertraglich zugelassenen Klinik behandeln lassen. Nach der Rechtsprechung, u.a. nach dem Urteil des BSG vom 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R - , habe eine Krankenkasse die Kosten einer selbstbeschafften ambulanten Brachytherapie mit permanenter Seedimplantation bei Prostatakrebs zu erstatten, wenn sie den Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt habe, ohne zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu differenzieren. Regelmäßig sei ein Antrag so auszulegen, dass das Begehren des Antragstellers möglichst weitgehend zum Tragen komme. Die Behörde habe alle auf Grund des Sachverhalts zu seinen Gunsten in Betracht kommenden rechtlichen Möglichkeiten zu erwägen und notfalls auf eine Klärung des Verfahrensgegenstandes hinzuwirken. Eine solche Beratungssituation habe vorgelegen. Durch seinen Kostenübernahmeantrag habe er deutlich gemacht, dass er die streitige Behandlung wünsche. Allein insoweit habe er sich festgelegt. Damit habe der Antrag eine zeitlich nicht wesentlich über eine ambulante Behandlung hinausgehende stationäre Behandlung nicht von vornherein ausgeschlossen und damit auch die streitige Therapie als stationäre Leistung erfasst. Zudem liege ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz vor, da andere Krankenkassen, aber auch die Beklagte, in gleichgelagerten Fällen die Behandlungskosten übernehmen würden. Im Übrigen liege ein Systemversagen vor; der GBA habe bisher noch keine Stellung genommen, obwohl die ambulante Brachytherapie dem allgemein anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse entspreche und dem GBA bereits seit April 2002 ein Antrag auf Überprüfung der interstitiellen Brachytherapie vorliege.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 21.01.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.04.2004 zu verurteilen, die Kosten für die ambulante Brachytherapie mit permanenter Seedimplantation gemäß Rechnungen der Dres. O/E in Höhe von 8.578,17 EUR sowie die Liquidation (der) Dr. H KG in Höhe von 462,18 EUR zzgl. bisheriger Finanzierungskosten und aller weiterer auf den Eingriff zurückführender, bereits entstandener und künftig noch entstehender Kosten zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat vorgetragen, zu einer Beratung des Klägers sei sie schon deshalb nicht verpflichtet gewesen, weil dieser sich von vornherein auf die dann auch durchgeführte Behandlung festgelegt habe. Im Übrigen sei er im Bescheid vom 21.01.004 auf die Möglichkeit einer 3D-konformalen-externen Bestrahlung hingewiesen worden.

Das Sozialgericht (SG) Köln hat die Klage mit Urteil vom 17.07.2007 abgewiesen: Die ambulante Brachytherapie sei mangels Empfehlung des GBA nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung, so dass eine Kostenerstattung nicht in Betracht komme. Die fehlende Anerkennung beruhe auf keinem Systemversagen, da keine Hinweise bestünden, dass die medizinische Beweisführung für eine positive Bewertung der Brachytherapie pflichtwidrig unterbleiben sei. Das im April 2003 eingeleitete Anerkennungsverfahren laufe derzeit noch und nehme wegen der erforderlichen umfangreichen Recherchen naturgemäß geraume Zeit in Anspruch. Auch aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - sei kein Anspruch abzuleiten, da keine notstandsähnliche Situation vorgelegen habe; für die Behandlung der Erkrankung des Klägers gebe es medizinische Standardtherapien. Der Kläger könne ebenfalls keinen Anspruch aus einem Aufklärungsmangel herleiten. Zwar sei die Auslegung eines Antrags dahingehend vorzunehmen, was als Leistung möglich sei, wenn jeder verständige Antragsteller mutmaßlich seinen Antrag bei entsprechender Beratung angepasst hätte und keine Gründe für ein anderes Verhalten vorlägen. Diese Voraussetzungen seien aber nicht gegeben, da der Kläger gegenüber der Beklagten von Anfang an deutlich gemacht habe, dass er die streitige Behandlung in der Klinik am Ring durchführen lassen werde. Dies ergebe sich aus der Mitteilung in seinem Schreiben vom 16.01.2004, dass der Eingriff am 11.02.2004 vorgesehen sei, und aus dem Aktenvermerk vom 20.01.2004, dass er auf jeden Fall in die Klinik am Ring gehe. Soweit der Kläger darauf hinweise, dass die Beklagte in Parallelfällen die Behandlungskosten übernommen habe, folge daraus ebenfalls kein Anspruch. Eine derartige Kostenzusage sei rechtswidrig, so dass der Kläger daraus keine Rechte herleiten könne.

Gegen das am 31.08.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13.09.2007 Berufung eingelegt und vorgetragen: Die ambulant durchgeführte Brachytherapie gehöre zwar nicht zu den auf Kosten der Krankenkassen zu erbringenden vertragsärztlichen Leistungen; die Beklagte hätte die Brachytherapie aber als stationäre Leistung in einem Vertragskrankenhaus erbringen müssen. Der Leistungsinhalt sei mit dem der durchgeführten ambulanten Behandlung identisch; eine stationäre Therapie sei auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil er sich ambulant habe behandeln lassen. Darüber hätte die Beklagte ihn aufklären bzw. hätte sie auf eine weitere Klärung des Verfahrensgegenstandes hinwirken müssen. Da sie das unterlassen habe, stehe ihm ein entsprechender Kostenerstattungsanspruch zu. Entgegen der Behauptung der Beklagten sei er auch keineswegs auf eine Behandlung in der Klinik am Ring festgelegt gewesen; ihm sei es auf die Erstattung der Kosten einer Brachytherapie, die er als mildeste Therapie angesehen habe, angekommen; er habe die Sachbearbeiterin der Beklagten auch nach Alternativen befragt. Am 15.01.2004 sei mit der Behandlung noch nicht begonnen worden; es seien lediglich allgemeinurologische Untersuchungen erfolgt, die auch beim Hausurologen hätten durchgeführt werden können. Zudem hätte er - bei rechtzeitiger Aufklärung durch die Beklagte - jederzeit noch von der später durchgeführten Behandlung zurücktreten können. Schließlich liege ein Systemversagen vor, da das Anerkennungsverfahren vor dem GBA auch 2007 noch zu keinem Ergebnis geführt habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 17.07.2007 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 21.01.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.04.2004 zu verurteilen, ihm die Kosten für die ambulante Brachytherapie mit permanenter Seedimplantation gemäß Rechnung der Dres. O/E in Höhe von 8.578,17 EUR sowie gemäß der Liquidation der Dr. H KG in Höhe von 462,18 EUR zuzüglich bisheriger Finanzierungskosten und aller weiterer auf den Eingriff zurückführender, bereits entstandener und künftig noch entstehender Kosten zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt vor: Unabhängig davon, dass der Kläger von vornherein auf die durchgeführte Behandlung festgelegt gewesen sei und somit keine Aufklärungspflichtverletzung vorliege, komme ein Anspruch auch deshalb nicht in Betracht, weil kein Anspruch auf stationäre Behandlung bestehe, wenn wie vorliegend eine ambulante Behandlung ausreichend sei. Ein Anspruch auf vollstationäre Behandlung bestehe nur, wenn das Behandlungsziel u.a. nicht durch ambulante Behandlung zu erzielen sei. Im Übrigen seien ausweislich der Rechnungen bereits am 15.01.2004 u.a. die Leistungen "3 D Ultraschall zur Bestrahlungsplanung", "Bestrahlungsplan zu 5844/5846" und "Dosisverteilung mittels Prozessrechner" abgerechnet worden; dies belege die Festlegung des Klägers auf die gewählte Behandlung. Damit sei noch vor Ablehnung des Antrags (Bescheid vom 21.01.2004) mit der Behandlung begonnen, mithin der Beschaffungsweg nicht eingehalten worden. Fraglich sei auch, ob die Dres. O und E den ihnen obliegenden Aufklärungspflichten nachgekommen seien; denn der Behandler sei verpflichtet, im Rahmen der medizinisch erforderlichen Aufklärung auf die Alternative der stationären Behandlung hinzuweisen. Zudem sei der Arzt im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht zu dem Hinweis gehalten, dass die von ihm ambulant angebotene Behandlungsmethode von der Krankenkasse nicht getragen werde, aber die Kosten bei stationärer Behandlung übernommen würden.

Der Kläger wurde angehört; zudem wurde die Zeugin D zu der Frage des Inhalts des mit dem Kläger am 20.01.2004 geführten Gesprächs vernommen. Die Zeugin hat ausgesagt, sie habe Ermittlungen nach in Nordrhein-Westfalen ansässigen Vertragskrankenhäusern angestellt, die eine Brachytherapie stationär durchführen; hätte sie ein solches Krankenhaus ausfindig machen können, hätte sie den Kläger darüber auch informiert. Weitere Ermittlungen habe sie allerdings nicht angestellt, weil der Antrag des Klägers entscheidend darauf hingedeutet habe, dass er nur eine Behandlung in der Klinik am Ring wünschte. Nachfolgend habe sie den Kläger angerufen und ihm die Ablehnung seines Antrags damit erklärt, dass der MDK eine solche Therapie ablehne und dass keine Vertragshäuser für eine stationäre Behandlung zur Verfügung stünden. Im Verlauf des Gesprächs habe sich ergeben, dass der Kläger an anderweitigen Vorschlägen nicht interessiert gewesen sei, sondern auf jeden Fall in die Klinik am Ring gehen wollte. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Sitzungsniederschrift vom 30.07.2008 verwiesen.

In Ihrem vom Senat angeforderten Befundbericht haben die Dres. O und E u.a. angegeben, dass am 15.01.2004 eine Ultraschalluntersuchung und eine Eingriffsaufklärung erfolgt seien; an diesem Tag sei auch die Entscheidung getroffen worden, die ambulante Brachytherapie durchzuführen; der genaue Termin für den Eingriff sei wahrscheinlich am 30.01.2004 vereinbart worden. Am 11.02.2004 hätten sie die permanente Seedimplantation durchgeführt. Sie hätten den Kläger darauf hingewiesen, dass die Kosten der Behandlung nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Die Möglichkeit einer stationären Brachytherapie sei mit dem Kläger nicht besprochen worden; es habe keine medizinische Kontraindikation gegen eine ambulante Therapie bestanden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 21.01.2004 in Gestalt ihres Widerspruchsbescheides vom 14.04.2004 ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der aufgrund der bei ihm durchgeführten Brachytherapie entstandenen Kosten. Der Senat nimmt zunächst Bezug auf die Entscheidungsgründe des angefochten Urteils des SG (§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und führt ergänzend aus:

Der Kläger hat nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V, der einzig in Betracht kommenden Rechtsgrundlage, keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten der durchgeführten Brachytherapie.

1. Ein Kostenerstattungsanspruch lässt sich nicht aus den richterrechtlichen Grundsätzen über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ableiten. Denn der in § 13 Abs. 3 SGB V geregelte Anspruch auf Kostenerstattung ist abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht (BSG, Urteile vom 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R - und vom 27.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -, jeweils m.w.N.).

2. Die Voraussetzungen eines auf § 13 Abs. 3 SGB V beruhenden Kostenerstattungsanspruchs sind nicht erfüllt. Nach dieser Regelung sind dem Versicherten die Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann (Alt. 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt. 2). a) Einem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Alt. 2 SGB V steht das Vorbringen der Beklagten, der Kläger habe möglicherweise den sog. Beschaffungsweg nicht eingehalten, nicht entgegen. Insoweit fehlt es nicht an dem notwendigen Ursachenzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (die rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast - vgl. z.B. BSG, Urteil vom 19.02.2003 - B 1 KR 18/01 R -). An einem solchen Zusammenhang würde es nur dann fehlen, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren überhaupt nicht befasst wurde, oder dann, wenn die Krankenkasse zwar mit dem Leistungsbegehren befasst war, der Versicherte die Entscheidung der Krankenkasse aber nicht abgewartet hat, obwohl ihm dies möglich und zumutbar gewesen wäre (BSG, Urteil vom 17.06.2008 - B 1 KR 31/07 R -).

Eine solche Konstellation bestand indes nicht. Die Behandlung des Klägers ist nach der Auskunft der Dres. O und E am 11.02.2004, mithin nach ablehnender Entscheidung der Beklagten vom 21.01.2004, durchgeführt worden. Soweit bereits am 15.01.2004 Ultraschalluntersuchungen und eine Eingriffsaufklärung erfolgt sind, liegt darin kein Behandlungsbeginn; denn diese Leistungen sind lediglich als dahingehende Voruntersuchung zu werten, ob überhaupt die medizinischen Voraussetzungen für die geplante Behandlung vorliegen. Dazu zählt der Senat auch das Erstellen eines Bestrahlungsplans bzw. einer Dosisberechnung, zumal der Kläger nach seinem Vorbringen von dem für später geplanten Eingriff noch hätte zurücktreten können. Letztlich kommt es darauf aber, unabhängig davon, dass die Beklagte ihre Entscheidung darauf auch nicht gestützt hat, aus anderen Gründen nicht an.

Die Beklagte hat nämlich eine Kostenübernahme schon deshalb zu Recht abgelehnt, weil - unabhängig davon, dass weder die Dres. O und E zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder entsprechend ermächtigt waren noch dass es sich bei dem Westdeutschen Prostatazentrum um einen zugelassenen Leistungserbringer gehandelt hat (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG

NRW) vom 25.09.2008 - L 5 (16) KR 184/07 -) - die interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds als neue Behandlungsmethode nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörte, da der GBA zum entscheidungserheblichen Zeitpunkt der Behandlung noch keine positive Empfehlung über den Nutzen der Methode abgegeben hatte (vgl. § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V und BSG, Urteile BSG vom 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R - und vom 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R - (für eine 2004 durchgeführte Brachytherapie)).

Das in § 135 Abs. 1 SGB V aufgestellte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt kann auch nicht durch ein sog. Systemversagen durchbrochen werden. Denn es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die antragsberechtigten Stellen oder der GBA aus sachfremden bzw. willkürlichen Erwägungen mit der Materie nicht oder zögerlich befasst haben. Auch die Verfahrensdauer beim GBA lässt den Schluss auf ein Systemversagen nicht zu. Bei - wie hier - komplexen Leistungen ist es vielmehr nicht gerechtfertigt, allein wegen einer Verfahrensdauer von mehr als drei Jahren auf eine unsachgemäße Verfahrensweise zu schließen (vgl. zum Fehlen eines Systemversagens bei der interstitiellen Brachytherapie BSG, Urteile vom 04.04.2006 und vom 27.03.2007, a.a.O.). Die der streitigen Behandlung nachfolgende Entwicklung ist unerheblich, da auf den Zeitpunkt der Behandlung abzustellen ist.

Aus dem Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - kann der Kläger ebenfalls keinen Anspruch herleiten. In seiner Entscheidung hat das BVerfG eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass aus dem Grundgesetz keine konkreten krankenversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche hergeleitet werden können, nur für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen statuiert, für die eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Eine solche Fallgestaltung lag hier jedoch nicht vor. Nach dem Kostenerstattungsantrag der Dres. O und E vom 15.01.2004 bestand bei dem im guten Allgemeinzustand befindlichen Kläger ein Prostatakarzinom ohne Hinweis auf metastatische Absiedlungen und lagen damit überhaupt erst die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung einer Brachytherapie vor. Der Kläger hat dementsprechend ein Prostatakarzinom im Anfangsstadium angegeben. Für die Behandlung eines solchen Leidens bestanden - und bestehen - mit der Prostatektomie oder der perkutanen Strahlentherapie medizinische Standardtherapien, zu denen selbst auch heute nicht festzustellen ist, dass sie der vom Kläger durchgeführten Therapie unterlegen wären (s. Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Jahr 2007 Nr. 15, N04-02).

b) Das Vorbringen des Klägers, die Beklagte habe es versäumt, ihn darauf hinzuweisen, dass er die begehrte Behandlung stationär in einem Vertragskrankenhaus habe erlangen können, führt ebenfalls nicht zu einem Klageerfolg.

Ein Kostenerstattungsanspruch wegen Verletzung von Beratungs- und Aufklärungspflichten kann nach der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R und B 1 KR 12/05 R - sowie vom 26.09.2006 - B 1 KR 3/06 R -) grundsätzlich in § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V seine Stütze finden. Vorliegend bestand indes keine Verpflichtung der Beklagten, den Kläger auf die Möglichkeit einer stationären Durchführung der begehrten Brachytherapie mit permanenter Seedimplantation zu verweisen, so dass bereits die Verletzung einer Beratungs- und Aufklärungspflicht als Voraussetzung für einen solchen Kostenerstattungsanspruch ausscheidet.

aa) Der Kläger war nämlich von Anfang an auf die Behandlung durch die Dres. O und E in Form der ambulanten Brachytherapie festgelegt, so dass kein Anhalt für die Beklagte zu einer weitergehenden Beratung, insbesondere dahingehend bestand, ob und inwieweit die begehrte Behandlung möglicherweise in stationärer Form in einem Vertragskrankenhaus erlangt werden konnte (vgl. BSG, Urteile vom 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R - und insbesondere vom 27.03.2007 - B 1 KR 25/06 R -). Der Antrag des Klägers war nicht nur sinngemäß sondern auch ausdrücklich ausschließlich darauf gerichtet, die Beklagte solle die Kosten einer Brachytherapie mit Seedimplantation bei den Dr. Dres. O und E im Westdeutschen-Prostatazentrum übernehmen. Dies ergibt sich bereits aus der Formulierung des Antrags "ich übergebe Ihnen einen Kostenerstattungsantrag des Westdeutschen Prostatazentrums, L, vom 15.01.2004" "und bitte um Bestätigung der Kostenübernahme", die schon an sich kein anderes gegen den formulierten Willen sprechendes Verständnis zulässt. Ergänzend bestätigt wird dies dadurch, dass der Kläger eine der späteren Rechnung weitgehend entsprechende Kostenübersicht der Dr. Dres. O und E und einen von diesen formulierten Kostenerstattungsantrag überreicht und diesen auch die nachfolgende Widerspruchsbegründung weitgehend überlassen hat. Seine Festlegung auf die auch so durchgeführte Behandlung hat der Kläger zudem in seiner eigenen Widerspruchsbegründung bestätigt, in dem er ausgeführt hat, "kam für mich nur die letztlich gewählte und am 11.02. ausgeführte Methode infrage". Dem entspricht schließlich auch der von der Zeugin D am 20.01.2004 gefertigte Vermerk, dass der Kläger auf jeden Fall in die Klinik am Ring gehe, da andere Krankenhäuser keine Routine in diesen Fällen hätten. Schon aus dem dargestellten Gesamtzusammenhang ergibt sich nicht der geringste Zweifel an einer schon von vornherein erfolgten Festlegung des Klägers, die im Übrigen auch von den Dres. O und E in ihrem vom Senat eingeholten Bericht dadurch bestätigt wird, dass die Entscheidung, die ambulante Brachytherapie durch sie durchführen zu lassen, am 15.01.2004 getroffen worden sei. Darüber hinaus belegen weitere Gesichtspunkte dieses Ergebnis: Obwohl dem Kläger aufgrund seiner am 15.01.2004 unterschriebenen Erklärung bekannt war, dass die bei Behandlung durch Dres. O und E entstehenden Kosten nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, hat er von sich aus bei der Beklagten weder Nachfrage gehalten, ob ggf. nicht dennoch und unter welchen Bedingungen eine Kostenübernahme für diese Behandlung in Betracht kommen könnte, noch hat er die Beklagte um Auskunft gebeten, ob nicht eine Alternativbehandlung mit der Option einer Übernahme der Kosten bestehe. Der Kläger hat sich vielmehr damit begnügt, gegen den eine Kostenerstattung ablehnenden Bescheid Widerspruch einzulegen, ohne diesen vor dem geplanten Eingriff auch nur ansatzweise zu begründen. Zu einem Kontakt mit der Beklagten ist es allein aufgrund des Anrufs der Zeugin D am 20.01.2004 gekommen. Angesichts all dieser Umstände ist die Angabe des Klägers, er habe sich (dann aber) bei diesem Gespräch - zwar nicht ausdrücklich, aber nach seiner Auffassung aus dem Gesprächszusammenhang ergebend klar erkenntlich - nach Behandlungsalternativen, bei denen die Kosten von der Beklagten übernommen würden, erkundigt, nicht glaubhaft, sondern lediglich ergebnisorientiert. Dementsprechend hat die Zeugin D auch ausgesagt, im Verlauf des Gesprächs mit dem Kläger habe sich ergeben, dass er nicht an einer anderweitig stationär durchzuführenden Brachytherapie interessiert gewesen sei, sondern auf jeden Fall in die Klinik am Ring gehen wollte. Es entsprach darüber hinaus auch dem ausschließlichen Interesse des Klägers, die Behandlung nach der von ihm gewünschten Methode wohnortnah und insbesondere im Rahmen einer ambulanten Behandlung zu erhalten. Dies folgt daraus, dass der Kläger unter allen Umstände zu vermeiden gesucht hat, dass seine Ehefrau von der Angelegenheit, respektive seiner Erkrankung Kenntnis erlangt, was bei einer stationären Behandlung nur schwerlich zu vermeiden gewesen wäre. Auf die Anweisungen des Klägers in seinem Antrag und nachfolgend in seinem Widerspruch, keine Post an seine Wohnanschrift zu senden, sondern sich fernmündlich mit ihm in Verbindung zu setzen, damit er dann die Post abhole, sowie keine Auskünfte an seine Ehefrau zu erteilen, wird verwiesen.

bb) Selbst aber wenn Gesprächsbedarf über eine alternativ in Betracht zu ziehende stationäre Behandlung bestanden hätte, wäre die Beklagte nicht nur nicht verpflichtet, sondern auch nicht berechtigt gewesen, den Kläger auf eine Kranhausbehandlung hinzuweisen; denn

ein Anspruch des Klägers auf eine stationär durchzuführende Brachytherapie bestand nicht und die dadurch entstanden Kosten hätte die Beklagte demnach auch nicht übernehmen dürfen. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung setzt nämlich voraus, dass diese im Rechtssinne allein aus medizinischen Gründen notwendig bzw. erforderlich ist (§ 12 Abs. 1, § 27 Abs. 1 S 1, § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts selbst dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.9.2007 - GS 1/06 -; BSG, Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KR 11/08 R -; BSG, Beschlüsse vom 09.01.2009 - B 1 KR 91/08 - (vorgehend LSG NRW, Urteil vom 25.09.2008 - L 5 (16) KR 184/07 -) und vom 29.01.2009 - B 3 KR 51/08 B - (vorgehend LSG NRW, Urteil vom 25.09.2008 - L 5 KR 151/07 -) beide für von den Dres. O und E in den Jahren 2004 bzw. 2005 ambulant durchgeführte Brachytherapien; s. auch Freudenberg, jurisPR-SozR 12/2009). Eine medizinische Notwendig zur Durchführung der Brachytherapie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung bestand vorliegend aber nicht. Dies ergibt sich schon daraus, dass die Behandlung ambulant erfolgt ist. Darüber hinaus haben die Dres. O und E bestätigt, dass keine Kontraindikation gegen eine stationäre Therapie bestanden habe.

Ein Leistungsanspruch des Klägers lässt sich auch nicht aus den Erwägungen des BSG in seinem Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R - herleiten. Dieser Entscheidung lag eine anders zu beurteilende Sachverhaltskonstellation zugrunde. Zwar ist das BSG in dieser Entscheidung zu einem Kostenerstattungsanspruch der Versicherten für eine ambulant durchgeführte Uterus-Arterien-Embolisation gelangt, obwohl "lediglich" ein Anspruch auf Gewährung stationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung bestand. Nur auf diesem Wege konnte insbesondere aus Billigkeitserwägungen eine Lücke geschlossen werden, die durch einen Beratungsfehler des Krankenversicherungsträgers entstanden war. In der hier zu beurteilenden Konstellation hatte der Kläger jedoch bereits keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung.

Ebenso führt auch der Hinweis des Klägers auf das nach seinen Angaben aus einem Parallelrechtsstreit stammende Schreiben der Beklagten vom 18.11.2005 und das Schreiben des Berichterstatters des 1. Senats des BSG Dr. Kretschmer vom 31.07.2009 nicht weiter. Zu dem letztgenannten Schreiben weist der Senat daraufhin, dass vorliegend nicht die "Sachlage (noch) des Jahres 2002 in Rechnung zu stellen sein" könnte und dass die vorliegend relevante, im Jahr 2004 bestehende Rechtslage bereits durch das BSG geklärt ist (vgl. u.a. BSG, Beschlüsse vom 09.01.2009 und vom 29.01.2009 a.a.O.). Dem Schreiben der Beklagten vom 18.11.2005 ist lediglich zu entnehmen, dass die Beklagte bei den genannten drei Krankenhäusern auf die Prüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung durch den MDK verzichtet. Dies bedeutet aber keineswegs, dass dem Versicherten daraus in jedem Fall, in dem eine Brachytherapie durchgeführt werden soll, ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung erwächst. Ein solches Verständnis würde gegen die zwingenden gesetzlichen Vorgaben verstoßen. Nach § 39 Abs. 1 Satz SGB V obliegt nämlich den Krankenhäuser die Verpflichtung, bei Aufnahme oder Behandlung eines Patienten die Voraussetzungen der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu prüfen, m.a.W.: Wenn - wie vorliegend - keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, darf diese auch nicht erfolgen. Die Beklagte hat dementsprechend auch nur auf eine Überprüfung der dem Krankenhaus obliegenden eigenen Prüfung verzichtet.

Nicht mehr kommt es schließlich darauf an, dass einem Kostenerstattungsanspruch auch entgegensteht, dass der Kläger die Brachytherapie nicht in einem Krankenhaus, sondern ambulantärztlich hat vornehmen lassen (BSG, Urteil vom 16.12.2008 a.a.O.), dass Bedenken gegen einen Zahlungsanspruch der Dres. O und E und damit gegen einen Kostenerstattungsanspruch des Klägers deshalb bestehen, weil die behandelnden Ärzte ggf. versucht haben, Unsicherheiten über ihren Zulassungsstatus durch eine Honorarvereinbarung auf den Kläger abzuwälzen (LSG NRW, Urteil vom 25.09.2008 - L 5 (16) KR 184/07 -), und dass ggf. auch Bedenken wegen unzureichender Aufklärung des Klägers durch die Dres. O und E bestehen (LSG NRW, Urteil vom 25.09.2008 - L 5 KR 151/07 -).

Da dem Kläger bereits kein Erstattungsanspruch hinsichtlich der Behandlungskosten zusteht, scheidet auch ein Anspruch auf Übernahme von Folgekosten aus. Im Übrigen kommt ein Kostenerstattungsanspruch für die Zukunft nicht in Betracht. Noch ausstehende Behandlungen können vom Versicherten grundsätzlich nur als Sach- oder Dienstleistung beansprucht werden (Helbig in jurisPK-SGB V, § 13, Rn. 79, m.w.N.).

Die Entscheidung, dem Kläger Verschuldenskosten aufzuerlegen, beruht auf § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGG. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht im Urteil einem Beteiligten ganz oder teilweise die Kosten auferlegen, die dadurch verursacht werden, dass der Beteiligte den Rechtsstreit fortführt, obwohl ihm vom Vorsitzenden in einem Termin die Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung oder -verteidigung dargelegt worden und er auf die Möglichkeit der Kostenauferlegung bei Fortführung des Rechtsstreits hingewiesen worden ist. Ein Missbrauch liegt vor, wenn die Rechtsverfolgung von jedem Einsichtigen als völlig aussichtslos angesehen werden muss. Diese Auslegung entspricht der ständigen Rechtsprechung des BVerfG zur in § 34 Abs. 2 Bundesverfassungsgerichtsgesetz geregelten Missbrauchsgebühr (BVerfG, Beschluss vom 06.11.1995 - 2 BvR 1806/95 -). Die Rechtsprechung des BVerfG ist auch zur Auslegung des § 192 SGG heranzuziehen, denn der Gesetzgeber hat die Konzeption des § 34 Abs. 2 BVerfGG auf § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGG übertragen.

Die Voraussetzungen des § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGG liegen hier vor. Der Kläger ist im Termin zur mündlichen Verhandlung unter Erörterung der Rechtsprechung des BSG, insbesondere zu der Frage einer Verletzung der der Beklagten obliegenden Aufklärungs- bzw. Beratungspflicht, darauf hingewiesen worden, dass wegen Aussichtslosigkeit der Berufung die weitere Rechtsverfolgung als missbräuchlich angesehen wird. Der Vorsitzende hat dem Kläger dargelegt, dass er sich nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens auf eine ambulante Behandlung in der Klinik am Ring in L mit der Folge festgelegt habe, dass die Beklagte nicht verpflichtet gewesen sei, ihn ggf. über andere Leistungserbringer zu unterrichten. Im Übrigen habe keine medizinische Kontraindikation gegen eine ambulante Therapie bestanden, so dass auch keine stationäre Behandlung in Betracht gekommen sei. Der Senat erwäge deshalb, bei Weiterverfolgung der Berufung "Mutwillenskosten" gegen den Kläger zu verhängen. Der Kläger hat bekundet, ungeachtet der Hinweise auf einem Urteil zu bestehen. Dieses Verlangen stellt eine rechtsmissbräuchliche Rechtsverfolgung dar. Darauf und auf die Auferlegung von Verschuldenskosten bei Fortführen des Verfahrens ist der Kläger hingewiesen worden. Die Verhängung von Verschuldenskosten war geboten, um die Gemeinschaft der Steuerzahler vor einer missbräuchlichen Ausnutzung der grundsätzlichen Kostenfreiheit des sozialgerichtlichen Verfahrens zu schützen.

Der Höhe nach hat der Senat einen Betrag von 700,00 EUR für angemessen gehalten (§ 202 SGG i.V.m. § 287 Zivilprozessordnung). Dieser Betrag liegt zwar über dem festzusetzenden Mindestbetrag von 225,00 EUR (§ 192 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 184 Abs. 2 SGG), aber noch unter den Kosten, die der Landeskasse durch das Verhalten der Klägerin tatsächlich entstanden sind (vgl. u.v.a. Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.01.2010 - L 5 KR 144/09 -).

Die weitere Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2010-06-10