

## S 13 KR 102/08

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Aachen (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
13  
1. Instanz  
SG Aachen (NRW)  
Aktenzeichen  
S 13 KR 102/08  
Datum  
28.10.2008  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KR 49/08  
Datum  
28.10.2010  
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 von Kosten einer ambulant - privatärztlich - durchgeführten interstitiellen Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation (im Folgenden: Brachytherapie) in Höhe von 7.874,69 EUR.

Bei dem am 00.00.1900 geborenen Kläger wurde im November 2006 ein Prostatakarzinom ohne Metastasierung festgestellt. Am 11.12.2006 ließ er sich im Westdeutschen Prostatazentrum (WPZ) Köln über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten beraten. Er wurde an diesem Tag untersucht (u.a. Spirographie, EKG, Blutentnahme, Sonografie, Ultraschall) und es wurde ein Onkologieplan erstellt. Auch fand bereits eine Untersuchung durch den Anästhesisten statt.

Am 12.12.2006 beantragte der Kläger mit einem am 11.12.2006 aufgesetzten Schreiben die Übernahme der Kosten für die Brachytherapie des Prostatakarzinoms. Er fügte dem Antrag eine Stellungnahme des WPZ Köln vom selben Tag bei; in dieser heißt es, dass 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 Brachytherapie entschieden habe. Desweiteren war dem Antrag ein Kostenvoranschlag des WPZ Köln vom 11.12.2006 über die voraussichtlich entstehenden Kosten für den ambulanten Eingriff in Höhe von 8.158,21 EUR zuzüglich Kosten der Vollnarkose von ca. 400,00 bis 600,00 EUR beigelegt.

Durch Bescheid vom 14.12.2006 lehnte die Beklagte den Kostenübernahmeantrag ab mit der Begründung, der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen habe die Brachytherapie ausgeschlossen.

Am 21.12.2006 erfolgte ambulant im WPZ Köln die Seed-Implantation im Rahmen der Brachytherapie.

Am 27.12.2006 legte der Kläger gegen den Ablehnungsbescheid Widerspruch ein.

Durch wiederholenden Bescheid vom 08.01.2007 lehnte die Beklagte den Kostenübernahmeantrag erneut ab, nunmehr mit der Begründung, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen habe bisher noch keine Bewertung der Brachytherapie vorgenommen. Auch dagegen legte der Kläger am 22.01.2007 Widerspruch ein. Er trug vor, die Brachytherapie gehöre seit 2004 zu den stationären Leistungen, die als Fallpauschale (DRG M07Z) zu Lasten der Krankenkassen abrechnet würde. Der Kläger behauptete, aufgrund der Ablehnung sei er der von der Beklagten verursachten irrigen Annahme unterlegen, in keinem Fall die Kosten für eine Brachytherapie erstattet zu bekommen. Nach Eingang der Absage habe er sich entschieden, von der Brachytherapie, über die er zunächst nur unverbindlich beraten worden sei, Gebrauch zu machen; er habe kurzfristig für den 21.12.2006 einen Termin erhalten. Der Kläger vertrat die Auffassung, die Beklagte habe es unterlassen, ihn darüber aufzuklären, dass er die Brachytherapie auch stationär in einer vertragsärztlichen Einrichtung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hätte durchführen lassen können; da sie dies unterlassen habe, seien die ihm dadurch entstandenen Kosten zu erstatten. Der Kläger legte eine Rechnung des WPZ vom 22.12.2006 über Kosten von 8.159,62 EUR, die er bereits am 19.12.2006 bezahlt hatte, und eine Rechnung des Anästhesisten vom 21.12.2006 über 476,87 EUR, die er am selben Tag bezahlt hatte, vor.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 30.06.2008 zurück. Sie meinte, den Antrag auf Übernahme der Kosten für die ambulante Brachytherapie nicht zu Unrecht abgelehnt zu haben. Bei dem WPZ Köln handele es sich nicht um eine zur

vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Einrichtung; die behandelnden Ärzte seien nicht zu vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Als neue Behandlungsmethode, die der Gemeinsame Bundesausschuss noch nicht als zweckmäßig anerkannt habe, könne die ambulante Brachytherapie nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Im übrigen lasse der zeitliche Ablauf erkennen, dass der Kläger den vorgesehenen Beschaffungsweg nicht eingehalten habe. Soweit der Kläger eine Fehlberatung durch die Kasse moniere sei dies nicht nachvollziehbar. Der Kläger habe sich zeitgleich zu seiner Antragstellung in die Behandlung begeben. Die Kasse habe somit gar keine Möglich gehabt, ihn zeitgerecht zu beraten. Dies gelte auch im Hinblick auf eine zeitnähere Behandlungsmöglichkeit.

Dagegen hat der Kläger am 14.07.2008 Klage erhoben. Er ist der Auffassung, eine ordnungsgemäße Aufklärung und Beratung hätte ihm den Vorteil erbracht, "dass ihm die Kosten für eine stationäre Behandlung in einem Vertragskrankenhaus von der Beklagten erstattet worden wären". Die Verpflichtung zur Erstattung der Behandlungskosten im WPZ Köln ergebe sich aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch; der Beratungsfehler bestehe in der Unterlassung des Hinweises auf die Möglichkeit stationärer Behandlung in einer vertragsärztlichen Einrichtung, der Schaden bestehe in den Kosten der ambulanten Behandlung im WPZ Köln. Der Kläger verweist insofern auf das Urteil des Bundessozialgericht (BSG) vom 04.04.2006 - [B 1 KR 5/05 R](#). Er behauptet, die Brachytherapie werde ambulant und stationär gleichrangig durchgeführt. Im Übrigen beruft er sich auf den Gleichbehandlungsgrundsatz; die Technikerkrankenkasse (TK) habe in einem vergleichbaren Fall die Behandlungskosten erstattet. Soweit der Kläger bereits vor der Bescheidung seines Kostenübernahmeantrags durch die Beklagte im WPZ Köln untersucht und behandelt worden ist, macht er die insoweit (am 11.12.2006) entstandenen Kosten nicht mehr geltend.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 14.12.2006 und 08.01.2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30.06.2008 zu ver- urteilen, ihm die entstanden Kosten für eine ambulant durchgeführte Brachytherapie (8.636,76 EUR) abzüglich der Kosten für bereits am 11.12.2006 erbrachte Leistungen (762,07 EUR), insgesamt 7.874,69 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie weist den Vorwurf einer Pflichtverletzung durch Fehl- oder Falschberatung von sich. Ambulante und stationäre Behandlung seien nicht beliebig austauschbar. Es gebe keine Beratungspflicht der Krankenkasse, den Versicherten mitzuteilen, wo sie eine ambulant ausgeschlossene Behandlung stationär erhalten könnten. Nicht die Krankenkasse, sondern die behandelnden Ärzte würden über die Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus entscheiden. Stationäre Krankenhausbehandlung sei grundsätzlich nur angezeigt, wenn eine ambulante Behandlung nicht (mehr) möglich sei. Stationäre Behandlung sei nicht bereits deshalb notwendig, weil ambulante Behandlung aus der Leistungspflicht ausgeschlossen 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 streitbe- fangenen 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-Seeds 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 Antragsstellung am 11.12.2006 noch nicht darauf festgelegt war, ob er die Brachytherapie ambulant in WPZ Köln oder stationär bei einem anderen Leistungserbringer durchführen lassen wollte. Immerhin war der Antrag vom 11.11.2006 nur auf Übernahme der Kosten der (ambulanten) Behandlung im WPZ Köln gerichtet. Der Kläger hat seinem Antrag das ausführliche Schreiben des WPZ Köln vom 11.12.2006 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 Antrag allein um Übernahme der Kosten der ambulanten Brachytherapie im WPZ Köln ging.

Selbst wenn aber der Antrag des Klägers so zu verstehen gewesen wäre, 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 Diagnose-stellung 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 Herstellungsanspruchs 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 vereinzelter 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

2010-12-02