
Datum: 14.03.2008
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 26. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 26 KR 829/04
ECLI: ECLI:DE:SGK:2008:0314.S26KR829.04.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind unter den Beteiligten nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von restlichen privatärztlichen Kosten für solche 2
Behandlungen zwischen dem 03.04.2003 und 14.11.2003, die dem Kläger vor bzw. aufgrund
seiner Prostatakrebserkrankung entstanden sind (streitiger Rest: ca. 6.700,- EUR). Der im
Jahre 1944 geborene Kläger ist Steuerberater und bei der Beklagten freiwillig
krankenversichert. Im Jahr 2003/2004 hatte er nicht die Kostenerstattung im Sinne des § 13
Abs. 2 Satz 1 SGB V in der damals geltenden Fassung gewählt. Nach seinen eigenen
Angaben teilte ihm im Juni 2003 der Urologe Dr. (Vertragsarzt) die gesicherte Diagnose
Prostatakrebs mit. Aufgrund einer telefonischen Anfrage von Seiten des Klägers erteilte die
Beklagte ihm mit Schreiben vom 21.07.2003 folgende Auskunft: Die Beklagte sehe sich
außerstande, seiner Anfrage zur Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung in der H.
und P. Klinik in Köln zu entsprechen. Der Leistungsanspruch der Versicherten sei in § 108
SGB V geregelt. Danach dürften die Krankenkassen eine Krankenhausbehandlung nur durch
zugelassene Krankenhäuser erbringen. Dazu zählten u.a. Hochschulkliniken und
Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen hätten.
Krankenhäuser, die nicht bedarfsgerecht seien, belasteten das Budget der Krankenkassen in
erheblichem Umfang und unterliefen gleichzeitig das Bestreben nach Einsparungen im
Krankenhausbereich. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen bei einer
stationären Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus einen vertraglich vereinbarten
Pflegesatz zu zahlen hätten. Wenn nun Versicherte diese zugelassenen Krankenhäuser nicht

in Anspruch nehmen und sich für eine Nichtvertragsklinik entscheiden würden, so ergebe sich dadurch zwangsweise eine Minderbelegung der zugelassenen Krankenhäuser. Der hierdurch entstehende Einnahmeausfall des Vertragskrankenhauses müsse von den Krankenkassen bei der Berechnung des neuen Pflegesatzes teilweise wieder ausgeglichen werden. Die durch die Inanspruchnahme des Nichtvertragskrankenhauses entstehenden Kosten müssten die Krankenkassen neben dem für Vertragskrankenhäuser bestehenden Budget durch zusätzliche Finanzmittel decken. Durch die zugelassenen Krankenhäuser sei eine (von der gesetzlich vorgeschriebenen Eigenbeteiligung abgesehen) kostenfreie Behandlung gewährleistet. Dies gelte auch für schwere Krankheitsfälle. Bei der H. und P.-Klinik aus Köln handele es sich jedoch nicht um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V. Die bedarfsgerechte, wirtschaftlich und qualitativ leistungsfähige Krankenhausbehandlung sei durch die zugelassenen Krankenhäuser sichergestellt. Die Kosten für die Behandlung in der Privatklinik könne die Beklagte weder übernehmen noch sich an den Kosten beteiligen. Folgende zugelassene Krankenhäuser in Wohnortnähe des Klägers könnten eine Behandlung der Erkrankung durchführen: -Krankenhaus, Krankenhaus, Städtisches Krankenhaus, Krankenhaus (in dem Schreiben hat die Beklagte ebenfalls die Adressen dieser Kölner Krankenhäuser aufgelistet). Ferner führte die Beklagte aus, dass es sich lediglich um eine beispielhafte Auflistung ohne Anspruch auf Vollständigkeit und jegliche qualitative Bewertung handele. Lediglich Leistungen, die über die Versichertenkarte abgerechnet werden könnten, fielen in das Leistungsspektrum der Kasse. Mit Schreiben vom 05.08.2003 beantragte der Kläger die Übernahme der Kosten, welche in einem Behandlungsplan der Praxisgemeinschaft Dres. pp. aus Bonn (Nuklearmediziner/Radiologen) in einzelnen Schritten aufgelistet waren. Zur Begründung führte er aus, bei ihm sei Prostatakrebs im fortgeschrittenen Stadium festgestellt worden. Dem Rat seines Urologen Dr. , die Prostata operativ entfernen zu lassen, sei er wegen der damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen nicht nachgekommen. Vielmehr habe er nach mehreren gründlichen Untersuchungen den für seine Gesundheit und für sein Überleben angemessenen Behandlungsablauf von der Praxisgemeinschaft Dres. und Partner erstellen lassen. Mit weiterem Schreiben vom 01.12.2003 reichte der Kläger eine privatärztliche Rechnung der Dres. und Partner über Behandlungen vom 16.07.2003 sowie 19.08.2003 und eine Rechnung des Zentrums für Brachytherapie (Dres. pp. von der Klinik) über Behandlungen aus der Zeit zwischen 18.07. bis 13.11.2003 ein und bat um Übernahme der privat bezahlten Arztrechnungen, die zur Heilung seiner Prostatakrebsbehandlung angefallen seien. Die restlichen Kostenrechnungen werde er der Beklagten noch zusenden. Mit Bescheid vom 04.12.2003 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab und führte zur Begründung aus, bei den Ärzten Dres. von der Klinik handele es sich um Nichtvertragsärzte. Bei der Brachytherapie handele es sich um eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entsprechende Empfehlungen abgegeben habe. Für die interstitielle Brachytherapie mit Permanent Seeds könne aufgrund der fehlenden Bewertung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen keine positive Regelung ausgesprochen werden. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und führte zur Begründung aus, bei ihm sei keine Behandlung mittels permanenter Seedsimplantation (interstitielle Brachytherapie) durchgeführt worden. Vielmehr habe es sich um eine reine Strahlentherapie gehandelt. Der Kläger fügte eine Rechnung der Anästhesiologen pp. bei, welche bei dem Kläger Leistungen für den Zeitraum vom 27.10. bis 13.11.2003 erbracht habe. Mit weiterem Bescheid vom 14.01.2004 lehnte die Beklagte nochmals die Erstattung ab und führte aus, aus der Rechnung vom 17.11.2003 ergebe sich, dass eine interstitielle Brachytherapie durchgeführt worden sei. Das Kompetenzzentrum Onkologie beim Medizinischen Dienst Nordrhein habe in einer ergänzenden Stellungnahme

vom Juli 2002 festgestellt, dass aufgrund der zur Zeit verfügbaren Daten sich keine Grundlage mehr für die Annahme ergebe, dass Patienten mit Prostatakarzinom von der Behandlung mittels permanenter Seeds-Implantation im Vergleich zu den verfügbaren Behandlungsmethoden profitieren könnten. Inzwischen seien Daten publiziert worden welche zeigten, dass die Lebensqualität bei einer externen Bestrahlung eher besser sei. Dies betreffe insbesondere auch den Erhalt der Sexualfunktion. Falls Patienten und/oder Urologen im lokalisierten Stadium eines Prostatakarzinoms eine Operation ablehnten, sollten die Patienten auf die Möglichkeit der 3D-konformen-externen Bestrahlung verwiesen werden. Dabei handele es sich um eine vertragsärztliche Leistung, die in der Regel ambulant erbracht und über Versichertenkarte im Rahmen der Sachleistung abgerechnet werden könne. Eine Kostenübernahme bzw. -beteiligung der bereits beim Kläger durchgeführten interstitiellen Brachytherapie sei auch nach nochmaliger Prüfung nicht möglich. Auch hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 05.02.2004 Widerspruch und erklärte nun, bei ihm sei eine HDR-Afterloading-Strahlentherapie eingesetzt worden; eine Seedsimplantation sei bei seinem fortgeschrittenen Prostatakarzinom ungeeignet gewesen. Im übrigen hätte die Beklagte ansonsten für die Kosten einer stationären Entfernung der Prostata (wie dies zum 29.07.2003 in der Uni-Klinik vorgesehen gewesen sei), in vollem Umfang übernehmen müssen. Daneben wären dann weitere Kosten für die Intensivstation, für eine Chemotherapie, für eine Nachbestrahlung, für eine Reha-Klinik oder für Krankengeldzahlung wahrscheinlich gewesen. In der Folgezeit reichte der Kläger eine weitere Rechnung der Urologen Dres. von der Klinik in Köln ein, welche den Kläger ausweislich der Rechnung in der Zeit vom 27.10. bis 14.11.2003 behandelt haben. Die Anfrage der Beklagten, ob sich der Kläger bewusst für eine privatärztliche Behandlung entschieden habe und ob er einen privatärztlichen Behandlungsvertrag abgeschlossen habe, beantwortete dieser dahingehend, dass er sich bewusst weder für eine privatärztliche noch für eine kassenärztliche Behandlung entschieden habe. Er habe nur die bestmögliche Leistung von Herrn Prof. Dr. Dr. erhalten wollen. Der Kläger übersandte ferner zwei privatärztliche Rechnungen der Laborärzte Dres. pp. über Leistungen vom 30.03.2004 sowie 06.05.2003 sowie privatärztliche Rechnungen der Urologen Dres. vom 03.04. und 28.05.2003. Mit Bescheid vom 08.06.2004 teilte die Beklagte dem Kläger schließlich mit, dass sie sich an den Kosten aufgrund der Behandlung mit dem Afterloading-Verfahren entstandenen Kosten in Höhe der Vertragssätze beteiligen könne. Die Kostenzusage beziehe sich auf die Rechnungen von Dr. , Dr. , Dr. , Dr. und Dr. mit Ausnahme der für die PET entstandenen Kosten. Bei der PET (Positronen-Emissions-Tomographie) handele es sich um ein nicht invasives diagnostisches, bildgebendes Verfahren, das quantitative Aussagen über regionale Gewebsdurchflutungen, biochemische Vorgänge, Stoffwechsel u.a. in Form von Schnittbildern ermögliche. In seiner Sitzung am 26.02.2002 habe der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die PET von der Erbringung zu Kassenlasten ausgeschlossen. Dieser Beschluss sei am 12.05.2002 in Kraft getreten. Der Bundesausschuss sei bei seiner Prüfung zu dem Ergebnis gelangt, das Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der PET - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nicht hinreichend belegt sei. Es fehlten aussagefähige wissenschaftliche Unterlagen, die den Nutzen für die Patienten bei einer additiven oder substitutiven Anwendung der PET belegten. Die Dres. pp. verfügten nicht über eine Kassenzulassung, so dass eine Erstattung auf die noch nachgereichte Rechnung vom 03.03.2004 nicht möglich sei. In der Folgezeit erstatte die Beklagte dem Kläger 3.167,60 EUR und teilte in einem Schreiben vom 27.08.2004 ergänzend mit, abweichend vom Sachleistungsprinzip dürfe eine Krankenkasse Kosten nur dann erstatten, wenn das Sozialgesetzbuch eine Erstattung vorsehe. Eine derartige Verfahrensweise sei im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglich; allerdings habe dazu der Kläger im Vorfeld die Kostenerstattung bei der Beklagten wählen müssen. Diese Erklärung sei gegenüber der Kasse mit einer Frist von 2 Wochen vor Beginn des Kalendervierteljahres ihrer Gültigkeit

abzugeben und gelte für vier Kalendervierteljahre. Da er eine derartige Erklärung nicht abgegeben habe und die Kostenerstattung nicht gewählt habe, habe dem Grunde nach eine Kostenerstattung komplett ausscheiden müssen. Aufgrund der langen Zugehörigkeit des Klägers zur Beklagten sei man ihm jedoch entgegen gekommen und habe sich bereit erklärt, sich an den entstandenen Kosten zu beteiligen, obwohl eigentlich kein Rechtsanspruch hierauf bestanden habe. Die Kasse habe sich für die Erstattung auf der Grundlage der GOÄ entschieden. Hierbei werde die jeweilige Punktzahl der Einzelleistung der GOÄ zugrunde gelegt und addiert. Die Gesamtpunktzahl werde mit dem jeweiligen für die vertragsärztliche Abrechnung von ärztlichen Leistungen bzw. Laborleistungen in Ansatz zu bringenden Faktor multipliziert. Als Faktor diene hier der derzeitige Bundesdurchschnitt der alten Bundesländer. Insofern erkläre sich der Unterschied zu den von den Ärzten berechneten GOÄ-Werten. Außerdem seien noch die zu zahlenden Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu berücksichtigen. Der Kläger hat sich hiermit in der Folgezeit nicht einverstanden erklärt und darauf hingewiesen, dass die von ihm gewählte ambulante Behandlung wirtschaftlicher gewesen sei als die Totaloperation einschließlich Nebenkosten. Mit Widerspruchsbescheid vom 30.11.2004 hat die Beklagte den Rechtsbehelf des Klägers zurückgewiesen und festgestellt, dass über den bereits erstatteten Betrag in Höhe von 3.167,16 EUR hinaus kein Anspruch auf Erstattung von Kosten gemäß eingereichter Rechnungen des Zentrums für Brachytherapie, Dr. und vom 17.11.2003, der Dres. vom 19.08.2003, der Anästhesiologen pp. vom 05.12.2003, der Nichtvertragsärzte Dres. vom 03.03.2004, der Dres. und Partner vom 04.06.2003 sowie 27.04.2004 sowie der Dres. / vom 03.04.2003 und 28. 05.2003 bestehe. Zur Begründung hat die Beklagte im wesentlichen ausgeführt, erstattet werden könne die Vergütung, die die Kasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen habe, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Aufwendungen. Nach § 13 Abs. 2 Sätze 8 und 9 SGB V habe die Satzung das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln und dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzusehen. Demgemäß bestimme § 25 der Satzung der Kasse, dass im Falle privatärztlicher Behandlung der Erstattungsbetrag um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Höhe von 7,5 %, mindestens jedoch 2,50 EUR und höchstens 40 EUR gekürzt werde. Eine weitere - über die Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen habe - Kostenbeteiligung gehe über das gesetzlich zulässige hinaus und bedeute eine Bevorzugung gegenüber solchen Versicherten, die erstattungsberechtigt seien und nicht dem Sachleistungsprinzip unterlägen. Der Kläger erhalte der Höhe nach die Leistung, die jedem anderen Mitglied der Kasse in einem gleich gelagertem Fall gewährt worden sei. Bezüglich der Rechnung der Dres. vom 03.03.2004 werde darauf hingewiesen, dass diese nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt gewesen seien. Solche Ärzten dürften nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Ein Fall der sogenannten Ersten Hilfe habe hier jedoch nicht vorgelegen. Im übrigen richte sich der Honoraranspruch des im Notfall tätig gewordenen Arztes nicht gegen den Versicherten, sondern gegen die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Zur durchgeführten PET gemäß Rechnung der Dres. pp. vom 19.08.2003 sei festzustellen, dass die PET keine Vertragsleistung nach dem Arzt/Ersatzkassenvertrag sei. Solche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften nach § 135 Abs. 1 SGB V zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hätte. Diese Richtlinien hätten normativen Charakter; sie regelten im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung den Umfang und die Modalität der Krankenbehandlung mit bindender Wirkung sowohl für die behandelnden Ärzte als auch für die Versicherten. Zur medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der PET habe der

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seiner Sitzung vom 26.02.2002 beschlossen, die PET in die Anlage B "Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen" der BUB-Richtlinien aufzunehmen. Die Änderung sei am 11.05.2002 im Bundesanzeiger veröffentlicht worden und am Tag nach der Bekanntgabe in Kraft getreten. Die Untersuchung gehöre damit nicht zur Behandlung im Sinne des § 27 SGB V, die ein Versicherter als Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung beanspruchen könne.

Hiergegen hat der Kläger am 22.12.2004 Klage erhoben und zunächst geltend gemacht, er habe am 18.07.2003 bei der Beklagten nach den Möglichkeiten einer Kostenübernahme telefonisch gefragt und dann eine Kostenablehnung über eine angebliche stationäre Behandlung erhalten. Über tatsächlich erforderliche Behandlungsteile sei nicht entschieden worden. Die Beklagte habe in eklatanter Weise ihre Aufklärungspflichten gegenüber dem Kläger verletzt. Die gewählte Strahlentherapie sei um ein vielfaches kostengünstiger gewesen als die konventionelle Methode eines Krankenhausaufenthaltes. Der Kläger sei nur für einen Tag stationär behandelt worden und im übrigen nicht einen Tag arbeitsunfähig gewesen. Es verstoße gegen die Grundsätze von Treu und Glauben, wenn sich die Beklagte bei der überwiegenden Ablehnung der Kostenerstattung auf die gesetzlichen Vorschriften berufe. Der Kläger begehre einen höheren Erstattungssatz als die bisher gewährten ca. 32 % angesichts der fortschrittlichen und für die Solidargemeinschaft beitragsparenden Behandlungsmethode des Klägers und den gleichzeitig erfolgten Pflichtverletzungen durch die Beklagte. Es werde deshalb eine Neubescheidung begehrt, die sich oberhalb der jetzt bewilligten Erstattungsrate liegen solle und sich deutlich den 100 % annähern müsse. Insbesondere habe die Beklagte den Kläger nicht auf den Unterschied zwischen dem Sachleistungsprinzip und der Kostenerstattung hingewiesen. Mit den von der Beklagten genannten möglichen Krankenhäusern habe sich der Kläger nicht persönlich in Verbindung gesetzt, auch deshalb, weil der behandelnde Urologe Dr. bereits voreilig die Einweisung in die urologischen Abteilung der Universitätsklinik Köln zur angeblich einzig möglichen radikalen Prostataentfernung veranlasst habe und weil zum anderen die Fachärzte für Prostatakrebs, die Dres. aus Bonn und Dr. aus Köln dem Kläger mitgeteilt hätten, dass in den urologischen Abteilungen der benannten möglichen Krankenhäuser mangels der dazu notwendigen Ausrüstung keine moderne nuklearmedizinische Strahlentherapie vorgenommen werden könne, sondern nur die radikale Prostataentfernung mit allen Risiken und Nebenwirkungen. Im übrigen sei der Beklagten bekannt gewesen, dass der Kläger freiberuflich tätig gewesen sei. Der Beklagten sei weiterhin bekannt gewesen, welche existenzbedrohenden Folgen eintreten, wenn ein Freiberufler wegen Krankheit für Wochen oder möglicherweise Monate seinen beruflichen fristgebundenen Verpflichtungen nicht nachkommen könne. In der nichtöffentlichen Sitzung des Sozialgerichts Köln vom 07.12.2007 hat der Kläger im wesentlichen folgendes erklärt: Im Juni 2003 habe ihm der Urologe Dr. die gesicherte Diagnose Prostatakrebs mitgeteilt. Dieser habe ihm die Uniklinik empfohlen und dort auch einen Operationstermin vereinbart. Er sei mit dem Ziel der Operation von Dr. in die Uniklinik eingewiesen worden. Nachdem er sich aber erkundigt habe, habe er durch Herrn Dr. den Termin absagen lassen. Zu einem Kontakt zwischen ihm und der Uniklinik sei es deshalb nicht gekommen. Als Selbständiger habe er möglichst schnell seine Arbeit wieder antreten wollen. Außerdem habe er für Juli/August 2003 eine teure Urlaubsreise gebucht gehabt. Der Urologe Dr. habe ihm erklärt, im Falle einer Operation müsse die Urlaubsreise auf jeden Fall storniert werden. Auf Empfehlung eines Bekannten habe er sich dann in die Behandlung des Prof. Dr. Dr. aus Bonn begeben, der ihm die After-Loading-Behandlung empfohlen habe. Dieser habe ihm von einer Operation abgeraten. Ende Juni/Anfang Juli 2003 habe er diese Empfehlung erhalten. Dr. habe seinerzeit auch in Bonn gearbeitet und habe ferner einen Arbeitsplatz in Köln gehabt. Zunächst sei er von Dr. 25x mal in Bonn extern bestrahlt worden.

Später sei er dann auf Empfehlung von Prof. Dr. Dr. zu Dr. in die Klinik in Köln gegangen, um die weitere Behandlung durchführen zu lassen. Die Bestrahlung in Köln bei Dr. sei dann im Oktober/November 2003 an drei Tagen erfolgt (Afterloading-Behandlung). Dies sei für ihn sehr günstig gewesen, weil die Klinik "bei ihm um die Ecke" liege. Bei Prof. Dr. Dr. sei er auch über die Krankenversichertenkarte behandelt worden (z.B. bei 25 externen Bestrahlungen). Er habe aber Prof. Dr. Dr. gesagt, dass - wenn er eine bessere Methode für ihn bereit halte und die Krankenkasse diese nicht bezahle - er diese als Privatpatient gerne auf sich nehmen wolle. Im Heilig-Geist-Krankenhaus in Köln seien ihm dann Lymphknoten entfernt worden; es habe sich dabei um eine Kassenleistung gehandelt. Er habe keine Lust auf einen langen Arbeitsausfall gehabt, da er zuvor in seinem Leben noch nie krank gewesen sei. Als Selbständiger habe er möglichst bald seine Arbeit wieder antreten wollen. Im übrigen hält der Kläger die Berechnung der von der Beklagten bereits erstatteten Kosten für nicht nachvollziehbar und bestreitet die Richtigkeit dieser Berechnung. Seine Ansprüche auf Kostenerstattung könne er zumindest auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen.

Der Kläger beantragt schriftlich, 4

den Bescheid der Beklagten vom 13.07.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.11.2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger einen neuen Bescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen. 5

Die Beklagte beantragt schriftlich, 6

die Klage abzuweisen. 7

Sie hält ihre angefochtenen Bescheide für rechtmäßig und hat auf Anfrage des Gerichts erklärt, im Jahre 2004 sei das sogenannte Afterloading-Verfahren von drei niedergelassenen Vertragsärzten aus Bonn, einer niedergelassenen Vertragsarztpraxis aus Leverkusen sowie als einzigem Krankenhaus der Universitätsklinik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt worden. Im übrigen hat die Beklagte ergänzend erläutert, auf welche Weise sie die privatärztlichen Rechnungen umgerechnet bzw. erstattet hat. Im übrigen könnten fiktive oder ersparte Kosten im Rahmen des Kostenerstattungsanspruchs nicht berücksichtigt werden. Nach der obergerichtlichen Rechtsprechung könne der Kläger nur so gestellt werden, wie er bei Gewährung einer Sachleistung stehen würde. Der Kostenerstattungsanspruch reiche nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. 8

In der nichtöffentlichen Sitzung des Sozialgerichts Köln vom 07.12.2007 hat die Vorsitzende darauf hingewiesen, dass die Universitätsklinik (Abteilung Strahlentherapie/Professor Dr.) seit Februar 1999 das Afterloading-Verfahren anbietet. 9

Das Gericht hat ferner Berichte von den behandelnden Ärzten des Klägers eingeholt, den Dres. pp., Dres. pp., Dres. , Anästhesisten pp. sowie Prof. Dr. Dr. pp. 10

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten umfangreichen Schriftsätze nebst Anlagen sowie den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. 11

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung der Kammer ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. 12

Entscheidungsgründe:

Nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) konnte das Gericht im Einvernehmen mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden. Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zwar zulässig, jedoch unbegründet. Denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.11.2004 verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten, sondern stellen sich als rechtmäßig dar. 14

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 selbst beschaffte 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 -). 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, in einer Privatklinik oder auf privatärztlicher Basis durchführen lässt und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagert. Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen Kriterien lässt sich ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nicht herleiten. Vielmehr bestand für sämtliche streitgegenständliche Rechnungen überhaupt kein Anspruch auf Erstattung, so dass der Kläger bereits mehr von der Beklagten erlangt hat, als ihm rechtlich zugestanden hätte. 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/ 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). Bei den Behandlungen, die den diversen streitgegenständlichen Rechnungen zugrunde liegen, haben in diesem Sinne ersichtlich keine Notfallbehandlungen vorgelegen. Denn der Kläger konnte trotz der lebensbedrohlichen Erkrankung die Behandlung in der Uniklinik noch absagen 15

(lassen) und sich nach anderen Behandlern und Therapieformen erkundigen. Selbst wenn jedoch Notfallbehandlungen vorgelegen hätten, wäre dennoch ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Beklagte ausgeschlossen. Dann nämlich müssten die Leistungserbringer, die teils ohnehin Vertragsärzte waren (die Urologen Dres. , die Anästhesiologen pp., die Nuklearmediziner/Radiologen Prof. Dr. Dr. pp.) die Vergütung nicht vom Kläger, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder - bei stationärer Behandlung - allein von der Krankenkasse verlangen (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2006 - B 1 KR 9/05 R). Der Versicherte, welcher wie der Kläger nicht im Rahmen eines Notfalls - sondern ausdrücklich im Rahmen einer Privatbehandlung bzw. auf der Basis eines Privatbehandlungsvertrages behandelt wird, bleibt danach darauf verwiesen, wenn er im Nachhinein geltend macht, es habe sich um eine Notfallbehandlung gehandelt, seine in diesem Fall rechtsgrundlos geleistete Zahlung von dem Leistungserbringer nach bürgerlichem Recht zurückzufordern. Die Beklagte hatte auch vor den streitgegenständlichen Behandlungen des Klägers die Leistungen nicht zu Unrecht abgelehnt. Dies ergibt sich für die Rechnungen der Urologen Dres. vom 03.04.2003 und 28.05.2003 bereits aufgrund des Zeitablaufs. Unstreitig hat sich der Kläger nämlich erstmals am 18.07.2003 telefonisch bei der Beklagten gemeldet und nach Möglichkeiten einer Kostenübernahme angefragt. Mithin kann eine Ablehnung der Leistungen durch die Beklagte nicht ursächlich für die Entscheidung des Klägers gewesen sein, sich durch die Dres. Lotter vor diesem Zeitpunkt privatärztlich behandeln zu lassen, obwohl diese grundsätzlich als Vertragsärzte gesetzlich Krankenversicherte über die Krankenversichertenkarte behandeln. Auch hinsichtlich der übrigen streitigen Behandlungen war nicht etwa eine Ablehnung der Beklagten ursächlich für den Abschluss der Privatbehandlungsverträge des Klägers mit den jeweiligen Ärzten, die ihn im Rahmen der Afterloading-Therapie ab Juli 2003 bis November 2003 behandelt haben. Schon mit Schreiben vom 21.07.2003 hatte die Beklagte den Kläger auf die Behandlungsmöglichkeiten in zugelassenen Krankenhäusern - u.a ... Hochschulkliniken hingewiesen. Dieser Hinweis war im übrigen auch korrekt. So hätte der in Köln ansässige Kläger z.B. in der Universitätsklinik eine hochwertige Behandlung seiner Krebserkrankung (auch mittels der Afterloading-Methode) auf Kosten der Beklagten erlangen können. Gerade die mit der Forschung befassten Universitätskliniken halten in der Regel die neuesten Methoden zur Behandlung insbesondere schwerer Erkrankungen vor, so dass hier am ehesten eine hochwertige Versorgung gefunden werden kann. Dass Universitätskliniken nicht nur operieren oder stationär behandeln, sondern vielfach auch ambulante Operationen oder Bestrahlungen als vertragsärztliche Versorgung anbieten, ist allgemein in der Bevölkerung bekannt. Die Kammer hält es nicht für vorstellbar, dass der Kläger, der über ein hohes Bildungsniveau verfügt, dies nicht wusste. Dass der Kläger eine Afterloading-Behandlung wünschte, ist im Vorverfahren erstmals seinem Widerspruchsschriftsatz vom 05.02.2004 mit hinreichender Klarheit zu entnehmen gewesen. Dort war erstmals von einer Afterloading-Strahlentherapie die Rede. Aus seinem Antrag vom 05.08.2003 hingegen war dies ebenso wenig ersichtlich wie aus dem beigefügten Schreiben der Dres. Prof. Dr. Dr und Partner. Vor der Krebsbehandlung in der Zeit zwischen Juli 2003 bis November 2003 hat die Beklagte die Behandlung des Klägers mit der Afterloading-Methode nicht abgelehnt; dies geschah auch danach nicht. Denn mit dem Bescheid vom 04.12.2003 lehnte die Beklagte lediglich die Kostenübernahme für eine Behandlung in der Privatklinik am Ring sowie für die interstitielle Brachytherapie mit Permanent Seeds ab. Eine solche Krebsbehandlung hatte der Kläger jedoch gar nicht in Anspruch genommen, was der Beklagten jedoch bis zu diesem Zeitpunkt verborgen geblieben war. Aufgrund der Tatsache, dass die Beklagte nach Anruf von Seiten des Klägers am 18.07.2003 konkret zur Frage der Behandlung in der privaten Klinik (Köln) mit Schreiben vom 21.07.2003 Stellung genommen hat (vorangegangen sein dürfte doch wohl eine konkrete Anfrage des Klägers gerade zu dieser Privatklinik) und den Einlassungen des Klägers im Termin vor dem Sozialgericht am 07.12.2007 ist bei der Kammer der Eindruck

entstanden, dass es letztendlich private Gründe waren, die den Kläger zur Wahl der (teilweise) privatärztlichen Behandlung bewogen haben. Solche privaten und gut nachvollziehbaren Gründe können aber nicht dazu führen, einen Anspruch auf privatärztliche Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Solidargemeinschaft der Versicherten zu begründen. Nicht entscheiden muß die Kammer, ob die abgeschlossenen Privatbehandlungsverträge hinsichtlich der Honorarvereinbarung nichtig gewesen sind, weil die teilweise auch vertragsärztlich tätigen Ärzte den Kläger nicht auf die Möglichkeit der Behandlung mit der Afterloading-Methode in der Universitätsklinik Köln hingewiesen haben (vgl. dazu Urteil des Bundessozialgerichts vom 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R). Insoweit steht eine Verletzung ärztlicher Aufklärungspflichten dieser Privatbehandler des Klägers im Raum, welche die Kammer jedoch dahin stehen lassen kann, da schon aufgrund der dargelegten anderen Gründen kein Kostenerstattungsanspruch des Klägers besteht. Dass dem Kläger der Unterschied zwischen vertragsärztlicher und privatärztlicher Versorgung bekannt war, zeigt im übrigen schon die Tatsache, dass er die stationäre und ambulante Behandlung seiner Krebserkrankung teils über Krankenversicherungskarte, teils privatärztlich abgewickelt hat. Im übrigen sind diese Unterschiede allgemein in der Bevölkerung bekannt.

Im übrigen können im Rahmen von § 13 Abs. 3 SGB V auch keine fiktiven Kosten oder die (hier nur behauptete und keineswegs bewiesene) Ersparnis der Krankenkasse geltend gemacht werden (vgl. Urteil des BSG vom 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 -, Urteile des LSG NRW vom 22.02.2006 - L 11 KR 11/05 - und vom 20.01.2005 - L 5 KR 227/03 sowie Beschluss des LSG NRW vom 31.07.2002 - L 11 KR 90/06 -). Schließlich scheidet auch ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch des Klägers aus, welcher neben § 13 Abs. 3 SGB V keine Anwendung finden kann. Vielmehr ist die vorgenannte gesetzliche Regelung abschließend (vgl. Urteil des BSG vom 02.11.2007 - a.a.O.). Die Kosten für die PET-Behandlung hat die Beklagte im übrigen auch aus den im Widerspruchsbescheid ausgeführten zutreffenden Gründen abgelehnt, denen sich die erkennende Kammer in vollem Umfang anschließt. Die Klage konnte deshalb unter keinem erdenklichen Gesichtspunkt Erfolg haben.

16

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

17