
Datum: 19.02.2010
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 26. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 26 KR 213/07
ECLI: ECLI:DE:SGK:2010:0219.S26KR213.07.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

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

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin als Erbin ihres verstorbenen Ehemannes die Kosten für die Inanspruchnahme einer ambulanten Krebstherapie in Höhe von 9.267,36 Euro erstatten muss. Der Ehemann der Klägerin, geboren am 05.11.1986, war bei der Beklagten krankenversichert. Er litt im Jahre 2007 - im Zeitraum der streitgegenständlichen Behandlungen - unter Bauchspeicheldrüsenkrebs und Lebermetastasen. Er ist am 27.01.2008 verstorben und von der Klägerin allein beerbt worden. Mit Schreiben vom 11.06.2007 beantragte der Onkologe Dr. xxxx für den Ehemann die Kostenzusage für eine regionale Chemoembolisation (im Folgenden CE) bei ansonsten fehlenden therapeutischen Optionen. Aktuell liege eine Progress der Erkrankung mit neu aufgetretener Lebermetastase und rasch progredienter pankreatischer Raumforderung vor. Er habe dem Ehemann der Klägerin deshalb empfohlen, sich bei Prof. xxxx in Frankfurt vorzustellen mit der Frage, ob eine regionale Therapieoption der Pankreasraumforderung bestehe. Unter dem Datum des 12.06.2007 ist von einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin der Beklagten handschriftlich folgendes vermerkt: "Telefonat Vertragsbereich Frankfurt, schicken uns Vertrag Dr. xxxx zu. Auswertung/ Anruf Praxis Dr. xxxx: ... thorakler raumfordernder Prozess beinhaltet auch die Pankreas ... daher abrechenbar. Dr. xxxx stellt Überweisungen aus. " In der Verwaltungsakte der Beklagten befindet sich die Ermächtigung zugunsten des Radiologen Prof. Dr. xxxx (tätig bei der Universitätsklinik Frankfurt/Main) u. a. für folgende, im einzelnen aufgelistete Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Überweisung durch 2

Vertragsärzte: Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, einschränkt auf Patienten mit nachgewiesenen Lebermetastasen, anderen malignen Lebertumoren und thorakalen raumfordernden Prozessen. Aufgelistet sind desweiteren die EBM-Ziffern, welche im einzelnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für Prof. Dr. xxxx als ermächtigter Arzt abrechenbar sind. Aus Seite 7 der Verwaltungsakte der Beklagten ergibt sich, dass es sich dabei um die Ermächtigung gem. Beschluss vom 14.02.2006, befristet bis 31.03.2008 handelt. Mit Bescheid vom 31.07.2007 lehnte die Beklagte die Behandlung durch Prof. Dr. xxxx ab und führte aus, anstelle der Behandlung über die Versichertenkarte könnten Kosten nur erstattet werden, wenn Versicherte für den gesamten ambulanten Leistungsbereich anstelle der Sachleistung die Kostenerstattung gewählt hätten. Durch die Vielzahl der Vertragsärzte aller Fachbereiche sei die ärztliche Versorgung ausreichend gesichert. Nur im besonderen Ausnahmefall - bei Vorlage eines ausreichend begründeten Sachverhalts - könne die Beklagte einer Kostenerstattung für einen nicht zugelassenen Arzt vor Behandlungsbeginn zustimmen. Die Genehmigung könne in diesem Fall nicht erfolgen, da der Ehemann der Klägerin keine Kostenerstattung gewählt habe und Prof. Dr. xxxx keine Kassenzulassung besitze. Mit weiterem Schreiben vom 03.08.2007 teilte die Beklagte dem Ehemann mit, Prof. Dr. xxxx habe von der Kassenärztlichen Vereinigung eine ambulante Ermächtigung. Diese Kassenzulassung beinhalte auch die regionale Chemoembolisation. Diese Therapie sei als Kassenleistung über die Krankenversicherungskarte abrechnungsfähig. Bereits am 12.06.2007 habe die Beklagte den behandelnden Arzt Dr. xxxx telefonisch informiert, dass eine Überweisung ausgestellt werden solle. Mit Schreiben vom 30.08.2007 legte der Ehemann der Klägerin sinngemäß Widerspruch ein wegen der Nichtanerkennung der Rechnung des Prof. Dr. xxxx und der Krankenhausapotheke, womit die Kosten für die transarterielle CE in der Universitätsklinik Frankfurt durch Prof. Dr. xxxx dokumentiert seien. Die Beklagte habe dem Ehemann gegenüber am 12.06.2007 telefonisch die Übernahme der Behandlungskosten zugesichert. Eine ebensolche Mitteilung habe auch die Praxis Dr. xxxx von der Beklagten erhalten, mit der Bitte, eine Überweisung auszustellen. Als dann die 1. Behandlung erfolgt sei und Prof. xxxx ihm die Liquidation zugesandt habe, habe er diese im Vertrauen auf die von der Beklagten gemachten Zusage eingereicht. Wie sich herausgestellt habe, habe Prof. xxxx sehr wohl eine auf die ambulante Behandlung eingeschränkte Kassenzulassung. In der Folgezeit überreichte der Ehemann privatärztliche Liquidationen des Prof. Dr. xxxx über u. a. eine durchgeführte Embolisation sowie eine Computertomographie (CT) im Abdominalbereich. Ferner wurde eine Vereinbarung zwischen dem Ehemann und Prof. Dr. xxxx vom 19.06.2007 überreicht. Diese lautet wörtlich - auszugsweise - wie folgt: "Ich wünsche für mich die private persönliche Beratung und Behandlung durch Prof. Dr. med. xxxx ab 19.06.2007. Für den Fall seiner unvorhersehbaren Verhinderung bin ich mit der Vertretung durch seinen ständigen Vertreter im Bereich "Ambulante Leistungen" und "Stationäre Leistungen" einverstanden. Sollten zur Klärung der Diagnose und zur Behandlungen weitere Fachärzte zugezogen werden, wünsche ich auch hierbei private persönliche Beratung und Behandlung. Mit ist bekannt, dass die Pflegekosten sowie Nebenkosten von der Klinikverwaltung in Rechnung gestellt werden und an diese zu zahlen sind. Das von Herrn Prof. Dr. med. xxxx berechnete Honorar (inklusive Sach- und Materialkosten) ist an ihn persönlich zu zahlen. Mir ist bekannt, dass die von Herrn Prof. Dr. xxxx erbrachten Leistungen mit einem Steigerungsfaktor bis zum 2,5-fachen des Regelsatzes berechnet werden. Mit ist ferner bekannt, dass die beanspruchten Leistungen nicht von allen Kassen generell und vollständig erstattet werden. Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich o.g. Text gelesen habe und mit dessen Inhalt einverstanden bin. " Die Beklagte zog nun ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) -Fachbereich Onkologie- über die Leistung der GKV für die Behandlung einer Versicherten mit regionärer transarterieller Chemoperfusion von Mai 2007 bei. Dort wurde ausgeführt, dass sämtliche von Prof. xxxx in Rechnung gestellten Leistungen über EBM als

vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden könnten. Dies gelte sowohl für intraarterielle lokoregionale Chemotherapie als auch für transarterielle CE. In beiden Fällen könne die Ziffer 34283 "Serienangiographie" abgerechnet werden. Die Ziffer 02331 "Arterielle Injektion" sei Bestandteil dieser Leistung und könne nicht zusätzlich abgerechnet werden. Falls eine transarterielle CE durchgeführt werde, die sich in der Anwendung einer zusätzlichen Embolisation von der intraarteriellen Chemotherapie unterscheide, könne zusätzlich die Ziffer 34286 "Zuschlag Intervention" abgerechnet werden. Sämtliche andere Leistungen wie Beratung, MRT- Untersuchung, CT-Untersuchung könnten ebenfalls über EBM abgerechnet werden. Mit Widerspruchsbescheid vom 08.11.2007 wies die Beklagte schließlich den Widerspruch des Ehemannes der Klägerin zurück. Zur Begründung wurde im wesentlichen Folgendes ausgeführt: Der Ehemann habe unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, ausgestellt von Dr. xxxx aus Siegburg, die Kostenübernahme für eine privatärztliche Behandlung bei Prof. Dr. xxxx von der Universitätsklinik Frankfurt/Main beantragt. Bei Letzterem handele es sich um einen ermächtigten Krankenhausarzt, der besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Überweisung durch Vertragsärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erbringen dürfe. Die Beklagte habe den Ehemann der Klägerin auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme mittels Überweisungsschein hingewiesen und die Kostenerstattung für eine privatärztliche Behandlung abgelehnt. Die durch die privatärztliche Behandlung verursachten Kosten könnten durch die Kasse nicht erstattet werden, da der Ehemann nicht kostenerstattungsberechtigt sei. In der gesetzlichen Krankenversicherung würden grundsätzlich Sach- und bzw. Dienstleistungen zur Verfügung gestellt, ohne dass der Versicherte vorleistungspflichtig sei. Die ärztliche Behandlung werde dabei direkt über die Krankenversicherungskarte abgerechnet. Anstelle der Sach- oder Dienstleistung bestehe hier auch die Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen (§ 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V) - SGB V. Eine solche Erklärung liege der Beklagten jedoch nicht vor, so dass eine Kostenerstattung nicht möglich sei. Dies gelte auch für die im Rahmen der privatärztlichen Behandlung durch Prof. xxxx verordneten Medikamente, die der Ehemann über die Krankenhausapotheke bezogen habe. Im übrigen liege eine Vereinbarung über die gewünschte Privatbehandlung vom 19.06.2007 vor. Daraus sei ersichtlich, dass der Ehemann durch Prof. Dr. xxxx entsprechend aufgeklärt worden sei und sich mit einer Privatbehandlung einverstanden erklärt habe. Soweit der Ehemann sich darauf berufe, dass ein Mitarbeiter der Beklagten in Troisdorf gegenüber der Praxis von Herrn Dr. xxxx eine Kostenübernahme für die Behandlung zugesagt habe, sei darauf hinzuweisen, dass sich eine entsprechende Zusage auf die Ausstellung eines Überweisungsscheins bezogen habe, mit dem es Prof. Dr. xxxx möglich gewesen sei, die erbrachten Leistungen zu Lasten der Beklagten abzurechnen. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hinzuweisen, dass eine entsprechende Zusage, gleich welcher Art, zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Bestätigung bedürfe.

Hiergegen richtet sich die vom verstorbenen Ehemann der Klägerin selbst noch am 26.11.2007 erhobene Klage. Dieser trug vor, er habe sich nach eingehender Beratung für die Behandlungsmethode des an der Frankfurter Universitätsklinik behandelnden "Onkologen" Prof. Dr. xxxx entschlossen. Schon bei der Vorbesprechung habe er darauf hingewiesen, dass er Kassenpatient bei der Beklagten sei; man habe ihm versichert, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für die Behandlung übernehmen. Herr Dr. xxxx habe ihm eine Überweisung ausgestellt; jedoch bei der 1. Behandlung in der Universitätsklinik Frankfurt habe er eine Einverständniserklärung zur Aufnahme der Behandlung unterzeichnen müssen. Dies nehme nun die Beklagte zum Anlass, die entstandenen Kosten nicht zu übernehmen; sie berufe sich darauf, dass er einen privatärztlichen Vertrag mit Prof. Dr. xxxx eingegangen sei. Dies sei so nicht richtig, da die notwendige Chemotherapie ambulant durchgeführt werde und Prof. Dr. xxxx für ambulante Behandlungen eine Kassenzulassung besitze. Es handele

sich um eine lebensbedrohliche Krankheit; alle medizinischen Maßnahmen zur Behandlung vor Ort seien bereits ausgeschöpft worden. Er berufe sich auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005, woraus sich die Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme der Kosten ergebe. Auf Anfrage des Gerichts hat der Ehemann erklärt, es sei kein privatärztlicher Vertrag mit Prof. Dr. xxxx abgeschlossen worden. Direkt beim Vorstellungsgespräch habe er darauf hingewiesen, dass er Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung und kein Privatpatient sei. Im Sekretariat von Prof. Dr. xxxx habe man ihm gesagt, dies sei kein Problem; die Kassen würden die Kosten erstatten. Einen Kostenübernahmeantrag habe er ja gestellt gehabt; auch sei eine Überweisung vorhanden gewesen. Das Personal der Universitätsklinik habe dann die Annahme der mitgebrachten Überweisung verweigert und auf die Unterschrift einer Erklärung gedrängt, weil nach Aussage des dort tätigen Personals ohne diese Unterschrift die Behandlung nicht stattfinden können. Die Interpretation der Beklagten, dass es sich dabei um einen privatärztlichen Vertrag gehandelt habe, sei nicht zulässig, da ein solcher Vertrag im beiderseitigen Einvernehmen geschlossen werden müsse. Eine privatärztliche Behandlung sei jedoch von vornherein ausgeschlossen und die Stellung als Kassenpatient schon bei der ersten Vorbesprechung klar herausgestellt worden. Eine Kopie oder Durchschrift der unterzeichneten Erklärung sei ihm nicht ausgehändigt worden. Es könne einem juristisch nicht versierten Menschen nicht zugemutet werden, den Unterschied zwischen Kostenerstattung und Kosten-übernahme zu wissen und zu erkennen. Er habe weisungsgemäß die Überweisung seines Onkologen in Frankfurt vorgelegt; im Sekretariat des Prof. Dr. xxxx sei ihm erklärt worden, dass diese Überweisung nicht angenommen werden könne, sondern dass die Patienten die Kosten der Behandlung direkt mit ihrer Krankenkasse gem. der zugesandten Rechnung abrechneten. Der von der Beklagten zitierte Vertrag sei nicht abgeschlossen worden; er habe lediglich durch seine Unterschrift bestätigt, dass eine ambulante Behandlung stattgefunden habe; es habe sich nur um einen Aufnahmeantrag gehandelt. Hauptsächlich gehe es hier um die Frage, ob eine gesetzliche Krankenversicherung eine lebensnotwendige Behandlung zahlen müsse. Nachdem der frühere Kläger am 27.01.2008 verstorben war, wurde das Verfahren am 08.02.2008 bis zur Klärung der Erbfolge ausgesetzt. Das Verfahren wurde dann von der Alleinerbin und Ehefrau- der heutigen Klägerin- aufgenommen. Diese hat die Klageforderung mit 9.267,36 Euro beziffert (Behandlungen bei Prof. Dr. xxxx am 19.06., 08.08. und 19.09.2007 nebst zugehöriger Krankenhausapothekenrechnungen). In der Nichtöffentlichen Sitzung des Sozialgerichts Köln vom 31.10.2008 hat die Klägerin ergänzend vorgetragen, Prof. Dr. Vogel habe den Tumor an der Bauchspeicheldrüse ihres Ehemannes behandelt. Der Onkologe Dr. xxxx habe die Behandlung bei Prof. Dr. xxxx als letzte Möglichkeit der Erlangung einer besseren Lebensqualität dargestellt. Es sei eine Sonde in die Leiste zum Tumor eingeführt und dann ein Medikament eingespritzt worden, so dass die Blutzufuhr abgebrochen worden sei. Auf diese Weise habe verhindert werden sollen, dass der Tumor eine Blutzufuhr erhalte und weiter wachse. Schon beim ersten Mal habe der Ehemann den Überweisungsschein seines behandelnden Onkologen mitgebracht, der von der Praxis des Prof. Dr. xxxx auch zunächst angenommen worden sei. Später sei dieser aber zurückgeschickt worden. Vor Beginn der Behandlung bei Prof. Dr. xxxx habe Dr. xxxx mit diesem telefoniert, dass der Ehemann gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Der Ehemann habe 8 Stunden in der Uniklinik bleiben müssen. Es habe sich aber um eine ambulante Behandlung gehandelt. Nach der zweiten Behandlung habe ihr Prof. Dr. xxxx gesagt, dass der Tumor schon um mindestens 40 % geschrumpft gewesen sei. Dieser habe sehr unglücklich über einer Hauptschlagader gelegen. Prof. Dr. xxxx sei ein sehr hektischer Mensch, der sich nicht die Zeit nehme, Patienten oder Angehörigen etwas zu erklären. Er scheine sehr beschäftigt zu sein. Von anderen Patienten auf den Zimmern der Universitätsklinik Frankfurt habe der Ehemann erfahren, dass mehrere dieselbe Behandlung als vertragsärztliche Behandlung

erhalten hätten. Auch beim zweiten Mal (08.08.2007), als sie zur Behandlung mitgefahren sei, sei die Überweisung bei Prof. Dr. xxxx vorgezeigt worden. Diese sei auch zunächst angenommen, jedoch wenige Tage später zurückgeschickt worden. Daraufhin habe sie beim Sekretariat von Prof. Dr. xxxx angerufen. Sie habe erklärt (auch nach Rücksprache mit Dr. xxxx), dass die Leistung auch auf Überweisung erbracht werden könne. Die Sekretärin des Prof. Dr. xxxx habe aber erklärt, dass gehe nicht und müsse mit der Krankenkasse geklärt werden. Beim 3. Mal, (im September 2007) habe der Ehemann mit Prof. Dr. xxxx persönlich über die Abrechnung der Leistungserbringung gesprochen. Dieser habe ihrem Ehemann dann gesagt, er werde das mit der Krankenkasse regeln. Bei diesem Gespräch habe sie selbst im Vorzimmer gesessen. Ihr Mann habe ihr aber dann davon erzählt, als er nach der Behandlung wieder bei klarem Verstand gewesen sei. Die Behandlung nehme die Patienten nämlich sehr mit. Nach der abgeschlossenen Behandlung habe Prof. Dr. xxxx ihrem Mann eine Lasertherapie vorgeschlagen. Hier seien 3 Sitzungen zu je 5000 Euro vorgeschlagen worden. Der Ehemann habe das abgelehnt, und zwar nach Beratung mit dem behandelnden Onkologen Dr. xxxx, der diese Maßnahme nicht für sinnvoll erachtet habe. Sie - die Eheleute - hätten sich von Prof. Dr. xxxx nicht ordnungsgemäß aufgeklärt gefühlt. So sei z. B. nicht darüber beraten worden, dass der Patient durch die Therapie in einen äußerst bedenklichen Zustand gerate. Deshalb sei sie beim 1. Mal nicht mitgefahren. Der Ehemann habe sie dann nach der ersten Behandlung von der Uniklinik Frankfurt aus angerufen und seinen schlechten Zustand geschildert. Auf sein Anraten habe sie dann mit einem Pfleger aus dem Krankenhaus gesprochen, ob der Ehemann nicht stationär aufgenommen werden könne, bis es ihm wieder besser gehe. Der Pfleger habe erklärt, das könne nur Prof. Dr. xxxx entscheiden. Als sie ihren Ehemann dann nach der Erstbehandlung am Bahnhof abgeholt habe, habe sich dieser in einem jämmerlichen, unverantwortlichen Zustand befunden. Beim zweiten Mal sei sie dann mitgefahren; die Eheleute hätten in Frankfurt in einem Hotelzimmer gewohnt, damit sich der Ehemann zunächst einmal habe erholen können. Um 6:00 h morgens habe der Ehemann starke Schmerzen gehabt, so dass sie Prof. Dr. xxxx angerufen habe. Dieser habe erklärt, sie solle dem Ehemann Novalgintropfen geben; da müsse er jetzt durch. Sie habe ihren Ehemann auch gefragt, ob er bei Prof. Dr. xxxx etwas unterschrieben habe. Er habe nur erklärt, einen Aufnahmeantrag unterschrieben zu haben. Über die Kosten, die auf ihn privat zukämen, sei er nicht aufgeklärt worden. Die Eheleute hätten für die Behandlung bei Prof. Dr. xxxx einen Kredit in Höhe von über 9.000 Euro in Anspruch genommen. Nach Erhalt der Befundberichte des Prof. Dr. xxxx hat die Klägerin ausgeführt, sie sei erstaunt darüber, dass dieser Arzt ausführe, dass die Erkrankung regelmäßig tödlich verlaufe; gegenüber ihrem Ehemann habe er die Ansicht geäußert, dass eine Behandlung evtl. erfolgreich sein könne. Wozu solle man sich auch therapieren lassen, wenn keine Aussicht bestehe, dass eine Lebensverlängerung erzielt werden könne. Prof. Dr. xxxx habe eindeutig gewusst, dass der Ehemann gesetzlich und nicht privat krankenversichert gewesen sei; er habe ihm keine Privatrechnung ausstellen dürfen, zumal ihm die Überweisung bereits ab der ersten Behandlung vorgelegen habe. Ihr Ehemann habe auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Behandlung nach der von Prof. Dr. xxxx angewandten Methode nur möglich sei, wenn die Beklagte die Kosten übernehme. Allerdings müsse sie einräumen, dass sie nicht wisse, was der verstorbene Ehemann mit Prof. Dr. xxxx besprochen habe, wenn sie nicht dabei gewesen sei. Sie sei sich allerdings sicher, dass der Ehemann in jedem Fall mit ihr darüber gesprochen hätte, falls Prof. Dr. xxxx gesagt habe, dass die Behandlung privat bezahlt werden müsse. Denn das habe sie indirekt mitbetroffen, da bei einer Kreditaufnahme beide Ehepartner unterschreiben müssten. Soweit Prof. Dr. xxxx in seinem Bericht erwähnt habe, dass es sich um eine Übernahme der Kosten durch die Beklagte bemüht habe, sei dies nicht notwendig gewesen, da der verstorbene Ehemann ja eine Überweisung von seinem behandelnden Arzt gehabt habe. Wenn Prof. Dr. xxxx die Befürchtung gehabt habe, dass die Beklagte nicht alle Punkte seiner Rechnung übernehme, habe er das vorher sagen müssen

und nicht das Risiko eines evtl. sehr hohen Eigenanteils ungefragt auf den Patienten abwälzen dürfen. In der mündlichen Verhandlung vom 19.02.2010 sind der Klägerin die von ihrem Ehemann unterschriebenen Honorarvereinbarungen vorgelegt worden. Sie hat hierzu erklärt, diese Formulare hätten an der Aufnahme ausgelegt. Der Ehemann müsse dieses Formular wohl bei der Aufnahme unterschrieben haben. Es habe aber auch keine Beratung mit dem Arzt stattgefunden. Vielmehr seien diese Formulare so zur Unterschrift einfach bei der Aufnahme vorgelegt worden.

Die Klägerin beantragt,

4

den Bescheid der Beklagten vom 31.07.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.11.2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 9.267,36 Euro zu erstatten.

5

Die Beklagte beantragt,

6

die Klage abzuweisen.

7

Diese trägt im wesentlichen vor, die Beklagte habe eine Zusage lediglich für eine Kassenleistung erteilt. Es sei aber ein privater Behandlungsvertrag abgeschlossen worden. Ggfls. sei dieser nicht rechtswirksam. Dann aber könne die Klägerin zivilgerichtlich gegen Prof. Dr. xxxx wegen fehlerhafter Beratung vorgehen. Im übrigen seien die Angaben des Prof. Dr. xxxx zur erbrachten Behandlungsmethode widersprüchlich. Die transarterielle CE sei zu Lasten der Beklagten abrechnungsfähig gewesen.

8

Das Gericht hat einen Befundbericht und ergänzende Auskünfte vom Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Universitätsklinik Frankfurt am Main Prof. Dr. xxxx sowie ergänzende Auskünfte und einen Befundbericht von dem behandelnden Onkologen Dr. xxxx eingeholt. Trotz mehrfacher Nachfrage des Gerichts hat Prof. Dr. xxxx offen gelassen, welche Therapie genau (CE ? Chemo-perfusion?) im Falle des verstorbenen Ehemannes angewendet worden ist. Er hat jedoch erklärt, dass für die Behandlung von Lymphknotenmetastasen eines neuroendokrinen Karzinoms des Pankreas keine Ermächtigung vorliege. Die durchgeführte lokale Chemotherapie werde als ambulante Leistung durchgeführt, um der Gefahr einer Krankenhausinfektion sowie einer weiteren Hospitalisierung des Patienten vorzubeugen. Zu den Vorwürfen der Klägerin hat Prof. Dr. xxxx ausgeführt, die Aufklärung sei von ihm selbst wie auch von seinen Mitarbeitern sehr gründlich durchgeführt worden. Der Ehemann sei persönlich von ihm darauf hingewiesen worden, dass er gemeinsam mit Dr. xxxx alles tun werde, um bei der Krankenkasse eine Kostenübernahme (zumindest partiell) zu erreichen. Wörtlich wurde ausgeführt: "Wir hatten zwar die Lasertherapie vorgeschlagen, der Patient sowie die Ehefrau wurden darauf hingewiesen, dass für die regionale Behandlung des Pankreaskarzinoms derzeit am Universitätsklinikum Frankfurt keine Kassenzulassung besteht". Vor jeder Therapiesitzung sei der Patient ausführlich aufgeklärt und auf die Chancen und Risiken hingewiesen worden. Der behandelnde Onkologe Dr. xxxx hat in seinem Befundbericht angegeben, nach den Berichten des Prof.Dr. xxxx seien bei dem Ehemann am 19.06., 08.08. und 09.09.2007 jeweils transarterielle CE durchgeführt worden. Im Mai 2007 habe sich ein erneuter Prozess der metastasierenden Tumorerkrankung mit Zunahme der Leber-metastasierung und schmerzhafter Größenzunahme der Pankreasraumforderung gezeigt. Wegen der rasch zunehmenden Tumorerkrankung sowie angesichts der Vortherapien und fehlenden etablierten Therapiemöglichkeiten sei die in Frankfurt durchgeführte CE die letzte medizinisch sinnvolle und verfügbare Therapieoption gewesen. Probleme der Kostenübernahme habe er mit Prof. Dr. xxxx nicht erörtert.

9

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere den umfangreichen Vortrag der Klägerin sowie die eingeholten Befundberichte und den Inhalt der den verstorbenen Ehemann der Klägerin betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

11

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zwar zulässig, jedoch nicht begründet, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten jedenfalls in der Fassung vom 03.08.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.11.2007 entsprechen im Ergebnis der Sach- und Rechtslage und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Als Anspruchsgrundlage kommt allein § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Nach dieser Vorschrift sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte. Die Erstattung von Kosten setzt sowohl begrifflich als auch nach dem Wortlaut und Zweck der Norm voraus, dass dem Versicherten Kosten entstanden sind. Da der Anspruch nicht von einer tatsächlich geleisteten Zahlung abhängen kann, reicht es jedoch aus, wenn der Versicherte einer berechtigten Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist. Insoweit umfasst § 13 Abs. 3 SGB V auch einen Freistellungsanspruch (vgl. Urteil des BSG vom 28.03.2000 - B 1 KR 11/98 R). Wirksame privatärztliche Behandlungsverträge sind zwischen dem Ehemann der Klägerin und Prof. Dr. xxxx nicht abgeschlossen worden. Der Ehemann der Klägerin hat deshalb zu Unrecht Zahlungen an Prof. Dr. xxxx geleistet, welche von der Klägerin von Letzterem zurückgefordert werden können, ggfls. mit Hilfe der Zivilgerichte. Das Gericht hält die Angaben der Klägerin zum Zustandekommen der "Privatärztlichen Vereinbarungen" mit Prof. Dr. xxxx und zu der gerügten fehlenden Aufklärung über Chancen, Risiken und Kosten der streitgegenständlichen Behandlung und insbesondere bzgl. der Tatsache, dass der Ehemann die gesamten Behandlungskosten -sowie in welcher Höhe genau -ggfls. alleine tragen muss, für glaubhaft. Der Vorwurf einer unzureichenden Aufklärung durch Prof. Dr. xxxx und seine Mitarbeiter zieht sich wie ein roter Faden durch zahlreiche sozialgerichtliche Urteile, vgl. z. B. Urteil des BSG vom 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R, vom 07.11.2006 - B 1 KR 24/06 R - sowie Urteil des Sozialgerichts für das Saarland vom 12.01.2009-S 23 KR 139/07- und Urteil des SG Köln vom 19.02.2010- S 26 KR 119/06-) ... Dass der Ehemann der Klägerin Prof. Dr. xxxx mit Überweisung des Onkologen Dr. Fronhoffs und seiner Krankenversicherungskarte aufgesucht hat, wird von Prof. Dr. xxxx nicht bestritten, welchem der diesbezügliche Vortrag der Klägerin durch das Gericht vorgelegt worden ist. Der Ehemann hat Prof. Dr. xxxx in seiner Eigenschaft als ermächtigter Krankenhausarzt, welcher als solcher an der vertragsärztlichen Versorgung wie ein Vertragsarzt mit den gleichen Rechten und Pflichten teilnimmt, aufgesucht und sich hierbei als Kassenpatient ausgewiesen. Zur "Ermöglichung der Behandlung bei Prof. Dr. xxxx" ist ihm dann die privatärztliche Honorarvereinbarung vorgelegt worden, wobei der Ehemann davon ausgegangen ist, lediglich ein Aufnahmeformular unterschrieben zu haben. Eine Aufklärung durch Prof. Dr. xxxx oder das Krankenhauspersonal erfolgte insoweit nicht. Auch die vertragsärztliche Überweisung wurde zunächst angenommen und erst mehrere Tage später zurückgeschickt. Bereits den zitierten Honorarvereinbarungen ist nicht zu entnehmen, dass der Ehemann der Klägerin umfassend aufgeklärt worden ist. Entsprechendes hat er auch nicht unterschrieben. Vor Beginn der Behandlung muss jedoch ein Versicherter nicht nur genau über die Behandlungsmethoden und die damit verbundenen Risiken, sondern auch darüber informiert werden, ob die durchgeführte Behandlung zu den Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört oder nicht. Außerdem hätte auf die zur Verfügung stehenden alternativen Behandlungsmethoden und die Möglichkeit der Erbringung im stationären Rahmen auf

12

Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen werden müssen. Ferner muss auch über die Höhe der evtl. vom Patienten selbst zu tragenden Kosten aufgeklärt werden. Bei einem Behandlungsverfahren, das wie die CE- auch regelmäßig im stationären Bereich durchgeführt wird, ist schon im Rahmen der medizinisch erforderlichen Aufklärung zu erwarten, dass der Behandler auf die Alternative der stationären Behandlung und die Vorteile hinweist. Angesichts der Schilderungen der Klägerin im Erörterungstermin vom 31.10.2008 hätte sich hier nach Auffassung der Kammer eine stationäre Behandlung zum Zwecke der CE im Falle des verstorbenen Ehemannes angeboten. Warum ein vom Patienten selbst ausgewähltes, gänzlich außerhalb der ärztlichen Kontrolle befindliches Hotelzimmer hygienischer und besser zur Gesundung des Patienten geeignet sein soll als ein Krankenhausbett, erschliesst sich der Kammer nicht. Letztendlich müssen für die ärztliche Entscheidung, ein Behandlungsverfahren ambulant oder stationär durchzuführen, vor allem Risikoabwägungen ausschlaggebend sein, die zur erforderlichen Aufklärung des Patienten gehören. Zudem ist im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht der behandelnde Arzt verpflichtet, darauf hinzuweisen, dass die von ihm ambulant angebotene Behandlungsmethode von der Krankenkasse möglicherweise nicht übernommen wird, während sie die Kosten bei stationärer Behandlung tragen würde (wie hier bei der CE). Schon mangels Erfüllung dieser Aufklärungspflichten sind keine wirksamen privatärztlichen Behandlungsverträge zwischen dem Ehemann und Prof. Dr. xxxx zustande gekommen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Rechte und Pflichten aus der Ermächtigung nur für den dort genannten Prof. Dr. xxxx gelten, der die aufgelisteten Leistungen gegenüber den Kassenpatienten persönlich erbringen muß und sich nicht von anderen Ärzten vertreten lassen darf. Denn die Ermächtigung ist ihm aufgrund seiner besonderen Sachkunde höchstpersönlich erteilt worden. Hiervon weicht die "privatärztliche Vereinbarung" zulasten des Ehemannes der Klägerin ab, welche auch eine Vertretung des Prof. Dr. xxxx durch andere Krankenhausärzte gestattet und den Ehemann zudem auch noch mit privatärztlichen Kosten belasten soll. Im übrigen sind gem. § 32 SGB I privatrechtliche Vereinbarungen, die zum Nachteil des Sozialleistungsberechtigten von Vorschriften des SGB abweichen, nichtig. Zu diesen Vorschriften gehören auch die Regelungen über das Sachleistungsprinzip, also über die Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen gegenüber den Versicherten zu erbringen sind. Solche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Leistungserbringer, hier also der ermächtigte Chefarzt Prof. Dr. xxxx, dem Versicherten unentgeltlich zur Verfügung zu stellen und diese dann über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. Abgesehen von dem Ausnahmefall der Nichtvorlage einer Krankenversicherungskarte, welcher hier nicht vorlag, darf ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt eine gesonderte Vergütung gegenüber dem Versicherten nur dann fordern, soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt oder wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde. (§ 18 Abs. 8 Ziffer 2 und 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Keine dieser Alternativen lag im Falle des verstorbenen Ehemannes der Klägerin vor: Insbesondere ging die Initiative, Privatpatient zu werden, nicht von ihm aus. Vielmehr wurde der Ehemann von den Mitarbeitern des Prof. Dr. xxxx (oder ihm selbst) zur privatärztlichen Honorarvereinbarung gedrängt. Im übrigen sind die streitgegenständlichen Leistungen auch von der im Jahre 2007 gültigen Ermächtigung des Prof. Dr. xxxx gedeckt gewesen und hätten von diesem über die Krankenversicherungskarte des Ehemannes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden können. Denn dadurch war es Prof. Dr. xxxx erlaubt, u. a. die CE-Behandlung und dazugehörige CT- und MRT-Untersuchungen des Thorax, Oberbauches und Abdomens bei Patienten mit nachgewiesenen Lebermetastasen und thorakalen raumfordernden Prozessen (beide Alternativen lagen beim Ehemann der

Klägerin vor) als vertragsärztliche Leistungen zu erbringen. Dies ergibt sich aus den Aussagen des behandelnden Onkologen Dr. xxxx gegenüber der Beklagten sowie aus dem im Vorverfahren beigezogenen MDK-Gutachten. Wie aus den Rechnungen des Prof. Dr. xxxx zu ersehen ist, wurde beim Ehemann die Embolisation einer oder mehrerer Arterien durchgeführt, kombiniert u. a. mit einer CT im Abdominalbereich.

In der Vergangenheit hat das Bundessozialgericht wiederholt entschieden, dass grundsätzlich ein Freistellungs- und Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3, Fall 1 und 2 SGB V bereits dann ausgeschlossen ist, wenn der Leistungserbringer versucht, Unsicherheiten über den eigenen Zulassungsstatus durch eine Honorarvereinbarung auf den Versicherten abzuwälzen (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2007 - B 1 KR 9/05 R - sowie vom 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R). Kostenerstattung kann in diesen Fällen schon deshalb nicht verlangt werden, weil eine Honorarforderung des Leistungserbringers (hier: Prof. Dr. xxxx) nicht entsteht und getroffene Entgeltvereinbarungen vielmehr regelmäßig nichtig sind. Denn eine Vertragsgestaltung, die die Unsicherheit des Leistungserbringers hinsichtlich seines Rechtsstatus dem Versicherten anlasten will, der eine Kassenleistung außerhalb des Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 SGB V beansprucht, ist als Abweichung vom Prinzip kostenfreier Dienst- und Sach- (Natural-)Leistung regelmäßig gem. § 32 SGB I nichtig. Dem Zweck und der gesetzlichen Ausgestaltung des Naturalleistungsprinzips, Versicherten grundsätzlich kostenfrei die zu beanspruchenden Leistungen zu verschaffen, widerspräche es, wenn zum Nachteil des Versicherten hiervon abweichende Honorarvereinbarungen getroffen werden dürften. Die Nichtigkeit der Honorarvereinbarung erfasst regelmäßig nicht den Rest des Behandlungsvertrag. Anstelle von Honoraransprüchen kommen in solchen Situationen nach der Rechtsprechung des BSG auch keine gesetzlichen Ansprüche - insbesondere auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder aus ungerechtfertigter Bereicherung nach dem BGB- gegen den Versicherten in Betracht. Denn dies würde ebenfalls die gesetzliche Regelung des Naturalleistungsprinzips unterlaufen. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hätte Prof. Dr. xxxx dem verstorbenen Ehemann der Klägerin auch die notwendigen Arzneimittel vertragsärztlich verordnen müssen. Privater Rechnungen der Krankenhausapotheke, gerichtet an den Ehemann direkt, hätte es nicht bedurft. Die Klage konnte daher insgesamt keinen Erfolg haben. Vielmehr bleibt es der Klägerin unbenommen, die streitgegenständlichen Kosten von Prof. Dr. xxxx zurückzufordern.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

14