

## L 11 KR 95/17

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Gelsenkirchen (NRW)  
Aktenzeichen  
S 46 KR 640/14  
Datum  
14.12.2016  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KR 95/17  
Datum  
22.12.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 14.12.2016 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob eine therapeutische Behandlung von Blasenfunktionsstörungen durch transurethrale Injektion von Botox in die Blase von Vertragsärzten nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen ist oder ob die Beklagte die Kosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu übernehmen hat.

Die am 00.00.1936 geborene Klägerin ist Mitglied der Beklagten. Sie leidet seit längerer Zeit an massiver Urininkontinenz in Form einer idiopathisch überaktiven Blase. Zuletzt war sie in urologischer Behandlung bei der niedergelassenen Urologin Frau Dr. P in I.

Am 06.03.2014 beantragte die Klägerin die Kostenübernahme einer Therapie von Blasenfunktionsstörungen mit Botox. Nach einer dem Antrag beigefügten Rechnung für "Mustermann" nach der GOÄ sollten die Kosten für die begehrte Behandlung insgesamt 245,50 EUR betragen. Aus der Musterrechnung ergab sich u.a. die Abrechnungsposition nach Ziff. 1802 GOÄ, "Transurethrale Eingriffe i.d. Harnblase, besonders schwieriger Operationssitus, mehrfache Injektionen im Abstand von 1 cm in den Austreiberemuskel der Harnblase". Dem Antrag war ein erläuterndes Begleitschreiben beigefügt. Unter anderem wird zum Ablauf der Behandlung dort ausgeführt:

" Nach der Gabe eines Lokalanästhetikums ist die Blase zu entleeren und mit steriler Kochsalzlösung auszuspülen. Generell wird die Blase mit ausreichend Kochsalzlösung gefüllt, um eine adäquate Visualisierung für die Injektionen zu gewährleisten.( ...) Die rekonstituierte Injektionslösung wird mithilfe eines flexiblen oder starren Zytoskops in den Musculus detrusor vesicae (Austreiberemuskel der Harnblase) injiziert. ( ...) Es erfolgen insgesamt 20 Injektionen im Abstand von ca. 1 cm. ( ...) Innerhalb der von Urologen abrechenbaren EBM-Ziffern gibt es keine eigenständige Abrechnungsziffer für transurethrale Injektionen der Harnblasenmuskulatur. Stattdessen unterfallen die aufwändigen Injektionen als intramuskuläre Injektionen dem Anhang 1 zum EBM. Dort sind all jene Leistungen aufgeführt, die nicht gesondert berechnungsfähig sind. ( ...)".

Mit Bescheid vom 17.03.2014 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme ab. Zur Begründung verwies sie darauf, dass die begehrte Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei medizinischer Notwendigkeit über die Nutzung der Krankenversichertenkarte zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werde. Einer gesonderten Antragsstellung bedürfe es nicht. Eine zusätzliche Vergütung nach der GOÄ komme leistungsrechtlich nicht in Betracht. Gegen den Ablehnungsbescheid erhob die Klägerin am 10.04.2014 Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.10.2014 zurückwies.

Am 24.11.2014 hat die Klägerin Klage erhoben. Zur Begründung hat sie ausgeführt, die gegenständliche intravesikale transurethrale Injektion von Botox stelle bei ihr die einzige verbleibende Therapieoption dar. Eine Behandlung mit Anticholinergika habe bei ihr nicht angesprochen. Sie habe einen Anspruch auf diejenige Krankenbehandlung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche, zweckmäßig und wirtschaftlich sei. Das Medikament Botox sei für die Art ihrer Erkrankung zur Behandlung zugelassen. Grundsätzlich bestimme der EBM den Inhalt der von den Vertragsärzten abrechenbaren Leistungen. Die Behandlung mittels transurethraler Injektion von Botox in die Harnblase sei aber nicht im EBM abgebildet. Insbesondere komme eine Abrechnung über die urologischen Grundpauschalen (Ziffern 26210 - 26212 EBM) nicht in Betracht. Zwar sei eine intramuskuläre Injektion in Anhang 1 des EBM verzeichnet, der die Leistungen aufliste, die nicht neben einer Grundpauschale abgerechnet werden könnten. Bei den streitgegenständlichen Injektionen handele es sich aber um besondere, die ein ganz bestimmtes örtliches Ziel im Sinne einer Körperregion

betreffen würden. Sei eine gezielte Injektion erforderlich, impliziere dies, dass ein Leistungsansatz für die gezielte Injektion vorhanden sein müsse. Der OPS-Katalog kenne auch die transurethrale Injektion. Allerdings sei genau diese Leistung (OPS 5-579.62) nicht in den Katalog für ambulante Operationen (AOP-Katalog), die Bestandteil des EBM seien, übernommen worden. Daraus sei zu folgern, dass diese Art der Injektion nicht im EBM verzeichnet sei. Es handele sich auch nicht um eine Zystoskopie (Blasenspiegelung). Die Leistung könne also auch nicht mit den Ziffern 26310 oder 26311 EBM abgerechnet werden. Denn bei der Zytoskopie werde eine endoskopische Untersuchung der mit Flüssigkeit gefüllten Harnblase mit einem starren oder flexiblen Endoskop (Zytoskop) vorgenommen, gegebenenfalls in Verbindung mit der Entfernung kleinster Fremdkörper in der Blase. Schwierige operative Eingriffe wie die streitgegenständliche Leistung und die mit ihr einhergehenden Injektionen seien allerdings nicht hiervon umfasst. Ferner komme auch eine Abrechnung nicht über einen urologischen Eingriff mittels Endoskopie nach den Ziffern 31282 oder 31283 EBM in Betracht. Denn diese Ziffern würden chirurgische Eingriffe betreffen. Ein solcher läge bei der hier gewählten Behandlungsform nicht vor. Ferner sei zu berücksichtigen, dass die Leistungen aufgrund ihrer Komplexität und Schwierigkeit nicht in der Grundpauschale enthalten sein könne. Es sei das Gebot der angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zu berücksichtigen. Da die Leistung nicht im EBM gelistet, die Krankenkasse aber verpflichtet sei, die Leistung zu erbringen, habe sie einen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse in entsprechender Anwendung des [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#). Die Liquidation werde dann nach den privatärztlichen Regelungen der GOÄ vorgenommen.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 17.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.10.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten der Therapie von Blasenfunktionsstörungen mittels transurethraler Injektion von Botox in die Blase in Höhe von 245,50 EUR zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat weiterhin die Ansicht vertreten, die begehrte Leistung sei Gegenstand des EBM. Daher komme ein gesonderter Leistungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) außerhalb des Sachleistungssystems nicht in Betracht. Bei medizinischer Notwendigkeit sei die transurethrale Injektion im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über die Krankenversichertenkarte zu Lasten der GKV abzurechnen. Sie hat auf ein Rundschreiben des GKV-Spitzenverbands vom 15.12.2014 verwiesen, dem zufolge die streitgegenständliche Leistung über die EBM-Ziffern für eine Zytoskopie und über die urologische Grundpauschale vollständig abgerechnet werden könne.

Das Sozialgericht (SG) Gelsenkirchen hat einen Befundbericht der behandelnden Urologin Frau Dr. P eingeholt. Diese hat angegeben, bei der Klägerin sei durch die Therapie mit Anticholinerga keine Besserung eingetreten, so dass eine intravesikale Injektion von Botox die einzige Therapieoption sei. Zu der Frage, warum die Abrechnung nicht über die Krankenkassenkarte erfolgt sei, hat sie mitgeteilt, die ambulante Injektion von Botox werde aufgrund der problematischen Abrechnungssituation nicht in vielen Praxen erbracht. Die Patienten würden unnötigerweise häufig stationär behandelt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung würde auf Bundesebene mit dem gemeinsamen Bundesausschuss über eine Zuordnung der Leistung über einen OPS-Code verhandeln. Auf Landesebene würde die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe über eine Übergangslösung verhandeln. Dies sei aber bisher noch nicht zielführend gewesen.

Weiter hat das SG Beweis erhoben durch Einholen eines schriftlichen Sachverständigenurteils aufgrund ambulanter Untersuchung der Klägerin durch den Sachverständigen Prof. Dr. L, Direktor der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urologische Onkologie an den Kliniken F. Dieser hat ausgeführt, dass die Therapie mit Botox bei der Klägerin als ultima-ratio-Maßnahme medizinisch zulässig sei, da andere Maßnahmen aufgrund bereits versuchter erfolgloser Therapien nicht mehr geeignet seien. Bei der streitigen Therapie handele es sich um eine Injektion, bei der das dazu benötigte Instrument über die Harnröhre in die Blase eingebracht werde. Dann werde mit einer Kanüle das Medikament fraktioniert in den Muskel gespritzt. Grundsätzlich finde auch eine Zystoskopie bei der Behandlung statt. Botox könne nicht appliziert (also aufgetragen) werden. Es handle sich um Injektionen. Das Präparat müsse in ein Gewebe gespritzt werden. Das sei bei der Blase der Fall, da es in der tiefen Muskelschicht der Blasenwand wirken müsse.

Das SG hat die Klage durch Urteil vom 14.12.2016 mit der Begründung abgewiesen, dass sich ein Anspruch der Klägerin insbesondere nicht aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ergebe. Die Klägerin habe einen Anspruch auf Versorgung mit der streitgegenständlichen Behandlung. Insbesondere sei das Medikament Botox bei einer idiopathisch überaktiven Blase ein zugelassenes Arzneimittel. Sofern ein Arzneimittel nur ärztlich verabreicht werden könne, erfülle die Krankenkasse den Sachleistungsanspruch grundsätzlich durch die vertragsärztliche Behandlung. Eine Abrechnung komme jedoch nicht gem. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sondern nur nach EBM in Betracht. Sie könne über die Gebührensätze der urologischen Grundpauschalen (Ziffern 26210 - 26212 EBM in Verbindung mit Anhang 1 EBM) und die Ziffern 26310 bzw. 26311 (Urethro(-)zysto)skopiedes Mannes oder der Frau) abgerechnet werden. Gemäß Anhang 1 des EBM gehörten intramuskuläre Injektionen zu solchen Leistungen, die neben der Grundpauschale nicht gesondert abgerechnet werden können, sondern in dieser enthalten seien. Die Injektion von Botox in den Austreibermuskel der Harnblase sei eine intramuskuläre Injektion. Der Sachverständige Prof. Dr. L habe erklärt, dass das Medikament fraktioniert in den Muskel gespritzt werde. Gleiches ergebe sich auch aus der von der Klägerin vorgelegten Muster-Abrechnung, wenn in dieser ebenfalls eine "Injektion in den Austreibermuskel" aufgeführt werde. Dem stehe auch nicht entgegen, dass es sich bei der Harnblase auch um ein eigenständiges Organ handele. Denn dieses Organ sei in verschiedene Muskelgruppen eingeteilt. Ein bestimmter Muskel, nämlich der Austreibermuskel, sei Ziel der Injektionen. Die spezielle Art des Zugangs, nämlich transurethral, werde von der EBM-Ziffer 26310 bzw. 26311 hinreichend erfasst. Alle Bestandteile der ärztlichen Behandlung, die die transurethrale Injektion mit sich bringe, seien in der Urethrozystoskopie hinreichend abgebildet - bis auf die Injektionen, die bereits über die Grundpauschale abgebildet seien.

Gegen das ihr am 06.01.2017 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 03.02.2017 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, das SG sei zutreffend davon ausgegangen, dass sie einen Anspruch auf die streitgegenständliche Behandlung mittels Botoxinjektion habe. Das Medikament sei für die vorliegende Indikation zugelassen. Es existiere jedoch keine Möglichkeit der Abrechnung nach EBM. Eine Abrechnung über die Grundpauschale für urologische Leistungen oder der Gebührensätze 26310 bzw. 26311 sei nicht möglich. Denn bei dem Injektionsgebiet handele es sich nicht lediglich um einen Muskel sondern gleichzeitig um den wesentlichen Bestandteil des Organs Harnblase. Es gehe damit nicht um eine einfache intramuskuläre Injektion sondern um einen Eingriff in ein Organ, der mit entsprechenden Komplikationen und Risiken verbunden sei. Ein solcher Eingriff sei mit dem im EBM verwendeten Begriff "intramuskuläre Injektion" nicht

abgebildet. Bevor die Injektion erfolgen könne, müsse bei Frauen eine drei bis vier Zentimeter, bei Männern eine 25 bis 30 cm lange Harnröhre überwunden werden. Ziel einer Injektion in einen von außen erreichbaren Muskel sei, das flüssige Arzneimittel unter Umgehung des Magen-Darm-Trakts in den Körper einzubringen, wo die Wirkung dann, je nach Medikament, in einer völlig anderen Region entfaltet werde. Bei der streitgegenständlichen Injektion solle das Medikament hingegen seine Wirkung auf den Muskel und das betroffene Organ Harnblase direkt ausüben. Mangels abrechenbarer EBM-Ziffer habe die Klägerin einen Anspruch auf Erstattung der Kosten nach GOÄ gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Die sich in der Verwaltungsakte befindliche Rechnung sei versehentlich auf "Mustermann" ausgestellt und der Klägerin direkt nach der Behandlung gegen Barzahlung mitgegeben worden. Die behandelnde Ärztin könne die Rechnung nachträglich nicht mehr ändern. Es sei daher eine neue Rechnung mit dem aktuellen Datum erstellt worden. Die dort nunmehr aufgeführten Zusatzkosten von 49,59 EUR seien der Klägerin aber nicht in Rechnung gestellt worden. Von ihr seien 245,50 EUR gezahlt worden. Außerdem sei zwischenzeitlich eine weitere Behandlung erfolgt. Ein Behandlungsvertrag sei nur mündlich geschlossen worden. Die Rechnungen habe die Klägerin in bar beglichen, einen Zahlungsbeleg habe sie nicht.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 14.12.2016 abzuändern, den Bescheid vom 17.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.10.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 245,50 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das erstinstanzliche Urteil. Die Klägerin habe keine individuelle mit Quittungsvermerk versehene Arztrechnung vorgelegt. Es dränge sich die Vermutung auf, dass vorliegend weniger das Rechtsschutzbedürfnis der Klägerin im Vordergrund stehe als vielmehr die Interessen des Vereins UROWL, der die außergerichtlichen Kosten der Klägerin trage. Die intramuskuläre Injektion sei nach der EBM-Systematik bereits mit der Grundpauschale abgegolten. Daneben sei die Zytoskopie abrechenbar, mit der der Weg bis zur Injektionsstelle überwunden werde. Die streitbefangene Leistung sei im Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erbringen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann die Berufung durch Beschluss zurückweisen, da die Berufsrichter sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halten. Die Beteiligten sind hierzu gehört worden ([§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 17.03.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.10.2014 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Zur Begründung verweist der Senat auf die zutreffende Begründung im angefochtenen Urteil des SG Gelsenkirchen, die er sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

1. Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass es schon im Begleitschreiben zum Antrag der Klägerin heißt: "Stattdessen unterfallen die aufwändigen Injektionen als intramuskuläre Injektionen dem Anhang 1 zum EBM. Dort sind all jene Leistungen aufgeführt, die nicht gesondert berechnungsfähig sind." Dr. P räumt damit ein, dass die Injektion von den Regelungen des EBM erfasst wird. Sie kann daher keine gesonderte Vergütung nach GOÄ verlangen. Diese Auffassung ist auch zutreffend. Nach der Anlage 1 zum EBM ist die "Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär" in der Grundpauschale enthalten. Von diesem Wortlaut ist die Injektion in den Austreibermuskel der Harnblase umfasst, denn es handelt sich um eine intramuskuläre Injektion. Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt (BSG, Urteil vom 18.08.2010 - [B 6 KA 23/09 R](#) -; Senat, Urteil vom 29.06.2011 - [L 11 KA 66/08](#) - m.w.N.). Ob die streitbefangene Injektion aufwändig ist oder nicht, spielt daher keine Rolle. Ebenso wenig entscheidungserheblich ist, dass für die Injektion zunächst der Harnleiter überwunden werden muss oder zu welchem Zweck die Injektion erfolgt. Die in der Anlage 1 des EBM erfassten intramuskulären Injektionen sind weder nach dem mit der Injektion verfolgten Zweck noch danach eingegrenzt, wo sich der Muskel im Körper befindet.

Finanzielle Aspekte wie die behauptete unzureichende Honorierung der Einzelleistung über die Grundpauschale und die EBM-Ziffer 26310 bzw. 26311 sind kein Grund, den Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen. Auf die von Vertragsärzten vorgetragene Behauptung der nicht kostendeckenden Honorierung bestimmter Leistungen kann es schon deshalb nicht ankommen, weil die Kostendeckung von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, von denen einige von ihnen selbst zu beeinflussen sind (z.B. die Kostenstruktur und der Standort der Praxis, die Qualität des Dienstleistungsangebotes u.a.). Wie das BSG wiederholt betont hat, liegt dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt eine "Mischkalkulation" zugrunde. Dies bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken (BSG, Urteil vom 14.03.2001 - [B 6 KA 54/00 R](#) -). Dass der Vertragsarzt die Erfüllung seiner Behandlungspflichten von Erwägungen zur Höhe der Vergütung abhängig macht, soll mit dem Verbot des Verlangens von durch die Versicherten zu leistenden Zahlungen gerade unterbunden werden. Ärzte, die die Vergütung im vertragsärztlichen Bereich teilweise oder generell für unzureichend halten, mögen auf ihre Zulassung verzichten und ihre Dienstleistungen allein privatärztlich anbieten. Solange sie aber an der Vertragsarztzulassung festhalten, kann es keinem Zweifel unterliegen, dass sie auch die mit den Vorteilen der Einbindung in das

Sondersystem korrespondierenden Verpflichtungen, vor allem die ihnen obliegende Behandlungspflicht, in systemkonformer Weise zu erfüllen haben (BSG, Urteil vom 14.03.2001 - [B 6 KA 54/00 R](#) -).

2. Unabhängig von der Frage, ob die transurethrale Injektion im EBM abgebildet ist, scheitert der Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung auch daran, dass ihr keine Kosten entstanden sind. Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung bei Vorliegen der Voraussetzungen nur in der entstandenen Höhe zu erstatten. Einen Beleg darüber, dass sie überhaupt Kosten getragen hat, konnte die Klägerin nicht vorlegen. Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch sind darüber hinaus schon deshalb nicht erfüllt, weil der Klägerin keine Kosten in dem vorgenannten Sinne entstanden sind. Die Klägerin trifft gegenüber ihrer behandelnden Ärztin keine Zahlungsverpflichtung. Nach [§ 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) darf der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, "(...) 2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt, 3. 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."

Die Klägerin hat vor Behandlungsbeginn weder eine schriftliche Bestätigung noch eine schriftliche Zustimmung ihrer behandelnden Urologin gegenüber abgegeben. Ihre Inanspruchnahme von Seiten der Ärztin ist rechtlich ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 28. 03.2000 - [B 1 KR 21/99 R](#) -).

Ein Vergütungsanspruch gegen die Klägerin ist für Dr. P auch deshalb nicht entstanden, weil es an einer ordnungsgemäßen Abrechnung fehlt. Geht es - wie hier - um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten darüber eine Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ erteilt worden ist. Bei der ärztlichen Gebührenordnung handelt es sich um ein für alle Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht. Vorbehaltlich eines anders lautenden Bundesgesetzes verpflichtet [§ 1 Abs. 1 GOÄ](#) alle Ärzte, die Vergütungen für ihre beruflichen Leistungen nach der GOÄ zu berechnen. Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der Verordnung entsprechenden Rechnung wird die Vergütung fällig ([§ 12 Abs.1 GOÄ](#)). Vorher trifft den Patienten keine Zahlungsverpflichtung (BSG, Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) - m.w.N.). Die Klägerin hat vorgetragen, die Kosten direkt nach der Behandlung in bar beglichen zu haben. Zu diesem Zeitpunkt ist ihr keine auf ihren Namen lautende Rechnung ausgehändigt worden. Mit Schriftsatz vom 04.05.2017 hat sie vorgetragen, die in der Verwaltungsakte befindliche Rechnung sei versehentlich auf "Mustermann" ausgestellt und ihr nach der Behandlung mitgegeben worden. Allerdings datiert die im Verwaltungsvorgang der Beklagten befindliche Rechnung vom 15.11.2013, also einem Zeitpunkt, zu dem die streitgegenständliche Leistung weder beantragt noch durchgeführt war. Mit Schriftsatz vom 18.08.2017 hat die Klägerin demgegenüber mitgeteilt, weder sie noch Dr. P verfügten noch über die Rechnung zur Behandlung vom 27.10.2014. Die Ärztin habe nur eine neue Rechnung mit aktuellem Datum ausdrucken können. Das widerspricht dem vorherigen Vortrag. Außerdem umfasst auch letzteres Vorbringen nicht die Behauptung, dass nach der Behandlung und vor der Bezahlung überhaupt eine Rechnung auf die Klägerin ausgestellt worden sei. Das schließt einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) auch dann aus, wenn die Klägerin den geforderten Betrag wie von ihr behauptet bezahlt haben sollte. Denn die Krankenkasse hat für die Kosten einer selbstbeschafften Leistung nur insoweit aufzukommen, als diese durch die Verweigerung der Sachleistung verursacht sind. Der erforderliche Kausalzusammenhang fehlt, soweit der Versicherte, sei es freiwillig oder aufgrund einer vermeintlichen Rechtspflicht, mehr aufwendet als dem Leistungserbringer in Wirklichkeit von Rechts wegen zusteht; denn dann ist nicht mehr die Ablehnung durch die Krankenkasse, sondern das Verhalten des Patienten die wesentliche Ursache für das Entstehen der Kosten. Dadurch kann grundsätzlich kein Erstattungsanspruch ausgelöst werden, weil die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht weiter gehen kann als die Zahlungsverpflichtung des Versicherten. Ob dieser die ohne Rechtsgrund gezahlte Vergütung vom Arzt zurückfordern kann (vgl. BGH, Urteil vom 23.06.2006 - [III ZR 223/05](#) -), ist für den krankenversicherungsrechtlichen Kostenerstattungsanspruch ohne Belang (BSG, Urteil vom 23.07.1998 - [B 1 KR 3/97 R](#) -).

Ob und in welchem Umfang die Klägerin von der behandelnden Urologin vor Durchführung der transurethralen Injektionen aufgeklärt worden ist, kann vorliegend dahinstehen. Allerdings könnte auch eine Verletzung der Aufklärungspflichten zum Ausschluss eines Vergütungsanspruchs des behandelnden Arztes und damit dazu führen, dass in der Person des Versicherten ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) von vornherein nicht entsteht (BSG, Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) - m.w.N.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-01-24