BUNDESSOZIALGERICHT

Verkündet am
15. April 1997

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 4/96

..... ,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter: .....,

g e g e n

AOK Baden-Württemberg,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 15. April 1997 durch den Präsidenten v o n W u l f f e n , die Richter S t e e g e und Dr. D r e h e r sowie die ehrenamtlichen Richter G e r n e r und B a r t s c h für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 26. Januar 1996 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten um die Übernahme der Kosten für eine Magnetfeldbehandlung.

Die Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert und leidet an Osteoporose. Ihr behandelnder Arzt, der als Vertragsarzt zugelassene praktische Arzt W. , hielt deshalb eine Magnetfeldtherapie nach dem System "Magnetomedics" für angezeigt. Die für eine solche Behandlung erforderlichen Geräte hatte der Hersteller, die Firma M. M. GmbH, im Rahmen eines Kooperationsvertrags mit dem genannten Arzt in dessen Praxis aufgestellt; dieser war mit 40 % am Umsatz beteiligt und haftete für Umsatzausfälle als selbstschuldnerischer Bürge bis zur Höhe von 3.000 DM im Monat. Zur Auslastung der Geräte war der Arzt verpflichtet, im Monat mindestens fünf Patienten der Magnetfeldtherapie zuzuführen. Für Funktion und Einstellung der Geräte war die Herstellerfirma verantwortlich; die Behandlungsparameter des einzelnen Patienten waren in einem elektronischen "Patientenschlüssel" gespeichert. Nach dem Vertrag sollte die Firma ihre Leistungen mit der Krankenkasse bzw mit dem Patienten abrechnen und auf Wunsch dessen Interessen gegenüber der Krankenkasse vertreten.

Dementsprechend beantragte der Geschäftsführer der Firma im Namen der Klägerin mit Schreiben vom 3. März 1994 die Kostenübernahme und legte einen Kostenvoranschlag über 2.880 DM sowie ein Kassenrezept vom 28. Februar 1994 bei, auf dem der behandelnde Arzt der Klägerin die Behandlung nach dem System "Magnetomedics" verordnet hatte. Mit Bescheid vom 11. März 1994 (Widerspruchsbescheid vom 1. Juli 1994) lehnte die Beklagte den Antrag ab, weil die Behandlung als Magnetfeldtherapie nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht zu den anerkannten Behandlungsmethoden gehöre, die in der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden dürften. Inzwischen war die Behandlung von Ende März bis Anfang Mai 1994 durchgeführt worden.

Klage und Berufung hatten keinen Erfolg (Gerichtsbescheid des Sozialgerichts <SG> vom 9. März 1995 und Urteil des Landessozialgerichts <LSG> vom 26. Januar 1996). Das LSG hat im wesentlichen ausgeführt: Die Klage könne zwar entgegen der Meinung des SG nicht schon deshalb abgewiesen werden, weil die Klägerin bisher keine Kosten zu tragen gehabt habe. Daß die Herstellerfirma auf eine Vergütung endgültig verzichtet habe, lasse sich nicht feststellen; vielmehr sei deren Argumentation, sie habe den Vergütungsanspruch lediglich gestundet, nicht von der Hand zu weisen. Jedoch lägen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht vor. Der darin vorausgesetzte Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten sei nicht gegeben. Die als Heilmittel iS des § 32 SGB V einzuordnende Be-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

handlung sei nicht unter der ständigen Verantwortung des Arztes, sondern unter der Kontrolle der Herstellerfirma durchgeführt worden. Das ergäben der Inhalt des Kooperationsvertrags und die weiteren Umstände der Leistungserbringung. Deshalb komme es nicht darauf an, daß die Magnetfeldtherapie weder nach den Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln (HuH-RL) noch nach den RL über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-RL) verordnungsfähig sei. Deren Anwendbarkeit werde allerdings durch die Einwände der Klägerin nicht in Frage gestellt, denn medizinisch unhaltbar seien die Richtlinien nicht.
Mit der Revision rügt die Klägerin die Verletzung des § 2 Abs 1 Satz 1 SGB V, weil das LSG die Verordnung auf Kassenrezept nicht beachtet habe. Im übrigen werden Verletzungen von § 27 Abs 1, § 13 Abs 3, § 92 Abs 1 Nr 5, § 135 SGB V sowie von Vorschriften des Grundgesetzes (GG) gerügt. Die Magnetfeldtherapie sei als ärztliche Behandlung aufzufassen; die ärztliche Kontrolle sei hier sogar weiter gegangen als bei der Verordnung von Arzneimitteln. Der Ausschuß, der die NUB-RL erlasse, habe verfassungsrechtlich nicht die Befugnis, über Leben und Gesundheit der Klägerin zu entscheiden; seine Empfehlungen bedürften der gerichtlichen Überprüfung. Selbst wenn die RL den Anspruch grundsätzlich ausschlössen, sei im Einzelfall die Anwendung erlaubt, wenn - wie im Berufungsverfahren unter Beweis gestellt - ausreichende Belege über die Wirksamkeit gegen eine lebensbedrohliche Erkrankung vorlägen.

Die Klägerin beantragt,

> das Urteil des LSG vom 26. Januar 1996 und den Gerichtsbescheid des SG vom 9. März 1995 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 11. März 1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1. Juli 1994 zu verurteilen, die Kosten der Magnetfeldtherapie zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

> die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet. Das LSG hat im Ergebnis zu Recht entschieden, daß die Beklagte die bei der Klägerin durchgeführte Magnetfeldtherapie nicht bezahlen muß.

Nachdem die Behandlung abgeschlossen ist, kann das Klagebegehren auf Verurteilung zur "Kostenübernahme" nur noch iS der Kostenerstattung oder - weil die Klägerin bisher keine Kosten zu tragen hatte - iS der Freistellung von möglichen Zahlungsverpflichtungen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

gegenüber dem Kostengläubiger verstanden werden. Die fehlende Bezifferung des Antrags steht wegen § 130 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) der Zulässigkeit der Klage nicht entgegen. Solange die Behandlung nicht stattgefunden hatte, mag derselbe Antrag zwar ursprünglich so zu verstehen gewesen sein, daß die kostenfreie Verschaffung einer Sachleistung begehrt wurde. Hierfür entfällt jedoch nach der Behandlung das Rechtsschutzbedürfnis. Eines besonderen Verwaltungsverfahrens unter dem Gesichtspunkt der Kostenfreistellung bedarf es nicht. Wenn sich der Versicherte die Leistung nach der Ablehnung selbst beschafft, umfaßt die Ablehnung der Sachleistung die Ablehnung der Einstandspflicht für die Kosten (so auch BSG vom 9. April 1997 - 9 RV 23/95, zur Veröffentlichung bestimmt).

Die demnach zulässige Klage ist unbegründet. Einzig denkbare Anspruchsgrundlage ist § 13 Abs 3 SGB V, wonach Kosten zu erstatten sind, die dadurch entstehen, daß die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann (Voraussetzung 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2) und sich der Versicherte die notwendige Leistung deshalb selbst beschafft. Es sind keine Vergütungsansprüche gegen die Klägerin entstanden, die den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V begründen können. Auf Reichweite und Inhalt der einschlägigen Richtlinien kommt es infolgedessen nicht an.

Der Anspruch nach § 13 Abs 3 SGB V setzt nach Wortlaut und Sinn der Vorschrift voraus, daß der Versicherte einem Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ausgesetzt ist. "Entstehung" und "Erstattung" von Kosten bedeuten zunächst - wie es auch in aller Regel der Fall sein wird - daß der Versicherte für seine Behandlung etwas bezahlt hat. Der Erstattungsanspruch kann jedoch auch dann - jedenfalls im Sinne der Freistellung - bestehen, wenn der Versicherte für die Behandlung etwas schuldet; für diesen Fall kann die Wendung, daß die zu erstattenden Kosten entstanden sein müssen, den Anspruch nicht ausschließen, sondern allenfalls einen Aufschub seiner Durchsetzbarkeit bewirken. Hingen der Anspruch und seine Geltendmachung demgegenüber von der tatsächlichen Zahlung durch den Versicherten ab, würde dieser ohne ersichtlichen Grund mit einer zusätzlichen Vorleistungspflicht belastet. Wenn jedoch kein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers entstanden ist, steht dem Versicherten kein Erstattungs- oder Freistellungsanspruch zu. § 13 Abs 3 SGB V hat nur den Zweck, den Versicherten so zu stellen wie bei Gewährung einer Sachleistung, und kann folglich nur Kosten erfassen, von denen der Versicherte bei regulärer Leistungserbringung befreit wäre. Andere Kosten - etwa Verpflichtungen gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer - lösen keinen Anspruch aus, weil eine Sachleistung insoweit nicht gewährt werden dürfte und der Versicherte in jedem Fall mit Kosten belastet bliebe. Derartige Erwägungen stehen auch einem Freistellungsanspruch entgegen, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an den zulässigen Leistungserbringer durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (vgl BSG

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

vom 24. September 1996 - 1 RK 33/95, zur Veröffentlichung bestimmt). Damit entwickelt der Senat Gedankengänge fort, die bereits der 4. Senat im Urteil vom 23. Oktober 1996 (4 RK 2/96, zur Veröffentlichung bestimmt) angestellt hat, die dort jedoch nur im Rahmen der Zulässigkeit der Klage eine Rolle spielten, weil - anders als hier - die Person des Leistungserbringers nicht zweifelhaft war.

Im Fall der Klägerin ist der Arzt W. als Leistungserbringer anzusehen. Nur dieser hat eine "Leistung" iS des § 13 Abs 3 SGB V erbracht, für die eine krankenversicherungsrechtlich zu berücksichtigende Vergütung in Betracht kommt. Es muß sich um eine Sach- oder Dienstleistung handeln, mit der die Gesundheit des Versicherten gefördert werden soll (vgl § 1 Abs 1 Satz 1, § 11 Abs 1 Satz 1 SGB V). Für die Erbringung derartiger Gesundheitsleistungen gelten besondere Vorschriften - beispielsweise des ärztlichen Berufs- oder des Arzneimittelrechts - deren Nichtbeachtung eine Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V ausschließt. Dienstleistungen im Rahmen einer Heilbehandlung - und nur um solche geht es hier - dürfen außer von approbierten Ärzten nur mit besonderer Erlaubnis erbracht werden (vgl § 1 Abs 1, § 5 des Heilpraktikergesetzes <HeilprG> vom 17. Februar 1939, RGBl I 251 = BGBl III 2122-2; dazu beispielsweise BVerwGE 94, 269 = NJW 1994, 3024; OLG Karlsruhe MedR 1993, 470; BGH NJW 1978, 599). Da die Behandlung durch Heilpraktiker in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugelassen ist (vgl § 15 Abs 1 Satz 1, § 27 Abs 1 Satz 2 SGB V), dürfen nach diesen Vorschriften Dienstleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur erbracht werden, wenn sie von einem Arzt verantwortet werden, indem sie entweder in dessen Praxis als Eigenleistung oder auf "Verordnung" außerhalb der Praxis von einem zur selbständigen Ausübung eines Heilhilfsberufs Berechtigten durchgeführt werden (§ 15 Abs 1 Satz 2, § 28 Abs 1 Satz 2 <jetzt Satz 6> SGB V).

Diese Beschränkungen gelten auch im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V. Zwar erweitert diese Vorschrift die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen auf nicht regulär beschaffte Leistungen (zur Grenzziehung vgl nochmals BSG vom 24. September 1996 - 1 RK 33/95, zur Veröffentlichung bestimmt). Keinesfalls kann diese Vorschrift jedoch von den Voraussetzungen dispensieren, die auf Grund von allgemeinen gesundheitsrechtlichen Vorschriften auch außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für die Kostenübernahme bei Krankenbehandlungen gelten. Danach ist sowohl im Beihilferecht des öffentlichen Dienstes als auch in der privaten Krankenversicherung eine Kostenerstattung nur zulässig, wenn ein Arzt die Verantwortung für die Behandlung übernommen hat (vgl § 6 Abs 1 Nr 3 der Beihilfevorschriften des Bundes in der hier maßgeblichen Fassung vom 10. Dezember 1991 - GMBl 1050; § 4 Abs 3 der Musterbedingungen in der Krankheitskostenversicherung - VerBAV 1976, 437). Soweit in diesen Bereichen außerdem eine Behandlung durch Heilpraktiker zugelassen ist, wird das Ergebnis dadurch nicht berührt, weil die Vergütung für einen solchen hier nicht im Streit ist.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

Diese Grundsätze gelten auch für die Magnetfeldtherapie. Es handelt sich nur dann um eine erstattungsfähige Leistung, wenn sie entweder als Eigenleistung im Rahmen der ärztlichen Behandlung vom Arzt bzw von seiner Aufsicht unterstehenden Personen oder auf ärztliche Verordnung als "Heilmittel" von einem selbständigen Therapeuten (vgl § 124 Abs 1 SGB V) erbracht und abgerechnet wurde. Nur als Heilmittel müßte sie nach § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3, § 73 Abs 2 Nr 7 SGB V vom Arzt verordnet sein und nur in diesem Fall könnte der ärztlichen Verordnung eine "Außenwirkung" zu Lasten der Krankenkasse zukommen (vgl BSGE 77, 194 = SozR 3-2500 § 129 Nr 1). Als Heilmittel eines auf ärztliche Verordnung eigenverantwortlich handelnden Therapeuten ist die Magnetfeldtherapie jedoch nicht erbracht worden und als ärztliche Eigenleistung darf sie nach den Umständen des Falles nicht abgerechnet werden, so daß die Klägerin keinem erstattungsfähigen Vergütungsanspruch ausgesetzt ist.

Die Magnetfeldtherapie war Teil der ärztlichen Behandlung durch den Arzt W. . Dafür sprechen dessen Bezeichnung als "Betreiber" im Vertrag mit der Firma, seine Beteiligung am finanziellen Risiko des "Therapie-Zentrums", die Aufstellung der Geräte in den Praxisräumen und seine Verpflichtung, die ärztliche Kontrolle über das Therapie-Zentrum auszuüben und das erforderliche Fachpersonal zu stellen. Die vom LSG in den Vordergrund gestellte Frage der ausreichenden Kontrolle (dazu vgl BSG SozR Nr 1 zu § 122 RVO; BSGE 29, 27 = SozR Nr 34 zu § 182 RVO; BSGE 39, 288 = SozR 5536 § 2 Nr 2; BSG USK 9086; BSG USK 95122 sowie OLG Stuttgart NJW 1983, 2644 = MedR 1983, 152) betrifft die ordnungsgemäße Durchführung der Behandlung und ist von der Frage, wer als Leistungserbringer aufgetreten ist, zu trennen. Als solcher ist auch deshalb der Arzt anzusehen, weil eine Leistung der Herstellerfirma, deren Mitarbeiter überdies gar nicht anwesend sein mußten, eine Erlaubnis nach dem HeilprG vorausgesetzt hätte, für deren Vorliegen jeder Anhaltspunkt fehlt. Dem kann die Abrechnung der Leistung durch die Firma schon deshalb nicht entgegengehalten werden, weil die Abrechnungsbefugnis die Leistungserbringung voraussetzt und nicht umgekehrt. Schließlich ist die Einordnung als ärztliche Leistung nicht deshalb ausgeschlossen, weil die handwerklich-technische Fertigkeit oder das sächliche Mittel im Vordergrund steht (vgl aber bei orthopädischen Einlagen: BSGE 23, 176; bei Zahnprothesen: BSGE 35, 105 = SozR Nr 55 zu § 182 RVO; bei der Anpassung von Brillengestellen: BSGE 36, 146, 149 = SozR Nr 6 zu § 368 RVO; bei einem Ultraschallvernebler: BSGE 37, 130 = SozR 2200 § 184 Nr 1). Denn das hier eingesetzte Gerät soll die Osteoporose unmittelbar günstig beeinflussen, so daß ein Bereich betroffen ist, der seiner Art nach zur (zahn-)ärztlichen Tätigkeit gehört (vgl zur funktionsgerechten Eingliederung von Zahnersatz: BSGE 25, 116, 118 = SozR Nr 4 zu § 368 RVO; zu Laboruntersuchungen: BSGE 38, 73, 75 = SozR 2200 § 368n Nr 4 S 15). Bei einer Einordnung als ärztliche Behandlung bedeutet die Ausstellung eines Kassenrezepts lediglich einen schriftlichen Beleg über die Behandlungsnotwendigkeit und eine interne Anweisung an das Praxispersonal.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Da die Magnetfeldtherapie als ärztliche Behandlung erbracht wurde, kann mit der möglicherweise der Herstellerfirma geschuldeten Vergütung kein Erstattungsanspruch begründet werden, denn seitens der Firma liegt keine nach § 13 Abs 3 SGB V erstattungsfähige Leistung vor. Der fragliche Aufwand kann allenfalls in die ärztliche Abrechnung einfließen. Auf die Vergütung des Arztes wäre die Leistungspflicht der Krankenkasse auch bei ordnungsgemäßer Verschaffung der Leistung beschränkt: Für eine Entschädigung des Geräteherstellers außerhalb der ärztlichen Behandlung auf Grund einer privaten Vereinbarung mit dem Patienten hätte die Krankenkasse auch bei unterstellter Leistungspflicht für die Magnetfeldtherapie nicht aufzukommen.

Erstattungsfähig wäre demnach lediglich die Vergütung des Arztes als des wirklichen Leistungserbringers. Dabei kann offenbleiben, wie sich eine eventuelle Verletzung von Kontroll- und Aufsichtspflichten auf den privaten Vergütungsanspruch (dazu BayVGH DÖD 1995, 205), auf den Leistungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (bei Verletzung anderer vertragsärztlicher Vorschriften: BSG vom 24. September 1996 - 1 RK 26/95, zur Veröffentlichung bestimmt) oder auf die Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V auswirkt. Denn ein ärztlicher Vergütungsanspruch ist unabhängig davon zu verneinen.

Weder sind die formalen Voraussetzungen eines ärztlichen Vergütungsanspruchs erfüllt, noch brauchte die Klägerin nach den Gesamtumständen mit einer ärztlichen Vergütungsforderung zu rechnen. Ein Vergütungsanspruch des Vertragsarztes gegen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen ("Kassenpatienten") ist die Ausnahme. Grundsätzlich wird die Leistung des Vertragsarztes von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet, die ihrerseits die Mittel dafür in Form einer Gesamtvergütung von den Krankenkassen erhält (vgl ua § 2 Abs 2, § 75 Abs 1 und 2, § 85 Abs 1 und 4 SGB V). Ein privater Vergütungsanspruch kann nur entstehen, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Arzt schriftlich bestätigt (§ 17 Abs 1 Nr 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte <BMV-Ä> in der hier einschlägigen Fassung vom 28. September 1990). Außerdem kommt ein Anspruch nur in Frage, wenn die Abrechnung den weitgehend zwingenden Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ - hier in der bis zum 31. Dezember 1995 geltenden Fassung) entspricht. Unabhängig von denkbaren mündlichen Erörterungen über die finanzielle Abwicklung, für die allerdings auch auf den Hinweis des Senats keine Anhaltspunkte vorgetragen worden sind, durfte die Klägerin nach dem äußeren Verlauf darauf vertrauen, keinesfalls vom Arzt auf eine ärztliche Vergütung in Anspruch genommen zu werden. Daß eine solche Inanspruchnahme von den Beteiligten auch nur erwogen wurde, ist bereits auf Grund der vertraglichen Abmachungen zwischen Arzt und Herstellerfirma auszuschließen, nach denen die Herstellerfirma die Vergütung mit den Patienten abrechnen sollte und nach denen - wie den Feststellungen des LSG zu entnehmen ist - auch tatsächlich verfahren wurde. Dementsprechend hat die Klägerin keine Abrechnung des Arztes, sondern einen Kosten-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

voranschlag der Herstellerfirma erhalten, der mit einer Pauschalsumme über 2.880 DM unter keinem Gesichtspunkt als Abrechnung einer ärztlichen Leistung eingeordnet werden kann, selbst wenn unterstellt würde, daß die Firma hierzu ermächtigt gewesen ist. Weder ist eine Bewertung nach § 5 GOÄ noch eine Analog-Bewertung nach § 6 Abs 2 GOÄ ersichtlich, noch gibt es Anhaltspunkte für eine Vereinbarung nach § 2 Abs 1 GOÄ, die im übrigen nur den Steigerungssatz betreffen könnte (vgl Brück, Kommentar zur GOÄ, Stand: 1. Januar 1996, § 2 RdNr 1.1 und § 5 RdNr 13; vgl auch BVerfG NJW 1992, 737). Das "Nachschieben" einer der GOÄ entsprechenden Vergütungsanforderung wäre daher unzulässig, ohne daß es darauf ankommt, ob nach § 12 GOÄ nur die Fälligkeit der ärztlichen Vergütung aufgeschoben oder ob der Vergütungsanspruch inzwischen verjährt oder verwirkt ist (vgl BGHZ 113, 188 = LM Nr 21 zu § 198 BGB = NJW 1991, 836 mwN; AG Göttingen MedR 1997, 29) oder ob der Arzt im Hinblick auf § 17 BMV-Ä oder wegen Verletzung seiner Aufklärungspflichten überhaupt gehindert wäre, eine Vergütung zu berechnen (vgl BGH LM BGB § 276 <Ca> Nr 27; OLG Düsseldorf VersR 1985, 458).

Mangels einer durchsetzbaren ärztlichen Vergütungsforderung gegen die Klägerin steht dieser auch kein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte zu. Die diesen Anspruch verneinende Entscheidung des Berufungsgerichts ist zu bestätigen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS