

Urologe 2017 · 56:367–368
 DOI 10.1007/s00120-016-0313-0
 Online publiziert: 13. Januar 2017
 © Springer Medizin Verlag Berlin 2017



Karl-Heinz Ackermann

Augenärzrztegenossenschaft Mecklenburg-Vorpommern eG, Neubrandenburg, Deutschland

Botox®-Behandlungen – immer noch keine Kassenleistung?

In der Märzauflage von *Der Urologe* des Jahres 2015 (*Der Urologe* 3-2015, 400, 401) ist unter der Überschrift „Botox-Behandlungen zum Nulltarif?“ ein Artikel erschienen, der den seinerzeitigen Stand der Verfahrenspraxis der Krankenkassen bei der Kostenübernahme von Botox®-Behandlungen der Harnblase auf der Basis einer GOÄ-Abrechnung und die dem zugrunde liegenden rechtlichen Zusammenhänge dargestellt hat.

Krankenkassen akzeptieren teilweise ein Systemversagen

Mittlerweile sind nahezu 2 Jahre vergangen und die Problematik hat sich weiterentwickelt. Während seinerzeit die Krankenkassen aufgrund einer entsprechenden Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nahezu geschlossen eine gesonderte Abrechnung nach der GOÄ mit der Begründung abgelehnt haben, die Behandlung könne über die Gebührenposition einer Zystoskopie über die elektronische Gesundheitskarte und damit über den EBM abgerechnet werden und die Injektionen seien im Übrigen kostenlos zu erbringen, weil angeblich in der Grundpauschale enthalten, sehen das viele Krankenkassen heute nicht mehr so.

Sie akzeptieren, dass wegen (immer noch) fehlender gesonderter Gebührenposition für eine transurethrale Injektionsbehandlung im EBM ein Systemversagen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorliegt, durch das den betroffenen Versicherten ein Kostenfreistellungsanspruch (durch direkten Ausgleich einer GOÄ-Rechnung an den behandelnden Arzt) oder ein Kostenersatzanspruch zusteht, wenn der Rechnungsbetrag zunächst verauslagt wurde.

Vorherige gesonderte Anträge sind immer noch erforderlich

Allerdings setzt ein solcher Anspruch nach wie vor einen vorherigen Antrag voraus; es werden jedoch mittlerweile >60 % derartiger Anträge bewilligt und bei den verbleibenden knapp 40 % wird zu einem Teil dann noch im Widerspruchsverfahren abgeholfen.

Insbesondere einige Marktführer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben erkannt, dass die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes, gestützt durch eine nahezu geschlossene Haltung der regionalen MDK-Einrichtungen, nicht haltbar ist. So hat insbesondere die DAK-Gesundheit als Vorreiter in zwei Regionen entsprechende gesonderte Verträge mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen, die das Antragsverfahren ganz entbehrlich machen, und in den anderen Regionen werden GOÄ-Abrechnungen in der Regel ganz kurzfristig bewilligt. Letzteres gilt seit einiger Zeit auch für die TK und z. B. die AOK Bayern.

Klageverfahren noch häufig unumgänglich

Andere Krankenkassen lassen sich dagegen nach wie vor verklagen, wenn die Patienten den Mut dazu aufbringen. Das ist allerdings nicht bei jedem so. Nicht wenige nehmen die umständlichere stationäre Behandlung in Kauf, die ungleich teurer ist, aber in aller Regel von den ablehnenden Krankenkassen übernommen wird, andere verzichten unter Beibehaltung der Beschwerden auf die Behandlung.

Da Sozialgerichtsverfahren normalerweise recht lange dauern, bestand bei den ablehnenden Krankenkassen wohl bisher

die Hoffnung, sich im Gerichtsverfahren erfolgreich durchsetzen zu können. Diese Hoffnung dürfte nunmehr zunehmend auch zerschlagen werden.

Sozialgerichte schützen die Rechte der Betroffenen

So haben sich die Sozialgerichte in jüngerer Vergangenheit zunehmend zugunsten der Betroffenen positioniert:

Schreiben des SG Halle/Saale vom 23.05.2016 – S 35 KR 641/15:

Ich bitte, innerhalb von 3 Wochen mitzuteilen, ob nunmehr ein Anerkenntnis abgegeben werden kann. Anderenfalls ist beabsichtigt, durch Gerichtsbescheid zu entscheiden ... Ich gehe davon aus, dass der Klägerin der geltend gemachte Anspruch aufgrund eines klaren Systemversagens zusteht. Das System funktioniert einfach nicht, wenn Arzneimittel zugelassen werden, deren Applikation dann nicht zu Lasten der GKV erfolgen kann, weil die Schaffung von Abrechnungsziffern nicht stattfindet.

Schreiben des SG Berlin vom 24.06.2016 – S 72 KR 1820/14:

Ich rege nochmals an, die Abgabe eines Anerkenntnisses zu prüfen, falls Sie keine Leistungserbringer benennen können, die zur Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bereit sind. Es dürfte dann ein Systemversagen vorliegen.

Nunmehr liegt jetzt auch ein Urteil des SG Dresden vom 14.09.2016 – S 25 KR 134/15 – vor, mit dem die beklagte Krankenkasse verpflichtet wurde, die Klägerin von „den Kosten für die Botulinum-Injektion im Rahmen der Abrechnung nach der GOÄ freizustellen.“

In der Begründung wird u. a. ausgeführt:

Entgegen der Ansicht der Beklagten ist die streitgegenständliche Behandlung nicht im EBM über die Gebührenordnungsposition 26310 (Urethrozystoskopie des Mannes) bzw. 26311 (Urethrozystoskopie der Frau) in Verbindung mit der Grundpauschale enthalten. Zwar ist die intramuskuläre Injektion im Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen (Anhang 1 zum EBM) aufgeführt. Die Injektion wird regelmäßig auch im Rahmen einer Zystoskopie durchgeführt. Zwar besteht kein Zweifel daran, dass Botulinumtoxin A bei der streitgegenständlichen Behandlung in einen Muskel injiziert wird. Es handelt sich dabei aber um den Musculus detrusor vesicae oder den Sphinkter vesicae ... Die die Harnblase umgebenden und verschließenden Muskeln sind nicht nur Muskeln sondern es handelt sich gleichzeitig um wesentliche Bestandteile des Organs Harnblase ... Eine Injektion in das entsprechende Muskelgewebe stellt damit nicht nur eine einfache intramuskuläre Injektion dar, sondern einen Eingriff in ein Organ, der mit entsprechenden Komplikationen und Risiken verbunden ist ...

Fazit

Zwar ist dieses Urteil noch nicht rechtskräftig, weil die Berufung wegen der grundsätzlichen Bedeutung ausdrücklich zugelassen und inzwischen auch eingelegt wurde und das Ergebnis einer Berufungsverhandlung kann man nie sicher voraussehen. Allerdings können dieser bei der bisher sehr dünnen Argumentation der Krankenkassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes im Verhältnis zu den weiteren Überlegungen des SG Dresden sehr gelassen entgegen gesehen werden.

Insgesamt ist wohl davon auszugehen, dass sich die transurethrale Injektionsbehandlung in absehbarer Zeit – auch gestützt durch die Rechtsprechung – als (gesondert abrechenbare) EBM-Leistung durchsetzen wird.


Korrespondenzadresse

K.-H. Ackermann

Augenärztegenossenschaft Mecklenburg-Vorpommern eG
Walwanusstraße 25, 17033 Neubrandenburg,
Deutschland
mail@ackermann-rentenberater.de

Interessenkonflikt. K.-H. Ackermann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer