

L 5 KR 596/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

5
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 9 (34) KR 183/08

Datum
22.09.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 596/11

Datum
28.02.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 22.09.2011 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger nimmt die Beklagte auf Kostenerstattung für ein sog. "Body-Lifting" in Anspruch.

Der 1976 geborene Kläger ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Er litt in der Vergangenheit unter massivem Übergewicht (Körpergröße: 1,93 m - Körpergewicht bis zu 190 kg). Dieses reduzierte er auf ca. 99 kg. Infolge dieser Gewichtsreduktion bildeten sich im Bereich Brust, Rumpf, Gesäß sowie der Oberarme und Oberschenkel (teilweise erhebliche) Hautfalten.

Am 11.09.2007 beantragte der Kläger unter Vorlage eines Berichts seines Hausarztes, des Arztes für Allgemeinmedizin N vom 10.09.2007 die Gewährung eines "Body-Liftings" als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In dem Bericht führte Herr N u.a. aus, dass der Kläger massiv unter dem Problem der überschüssigen Haut und Unterhaut leide. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Kläger nach erheblicher Gewichtsabnahme mittlerweile in seiner Persönlichkeit stabilisiert sei, werde es zu keiner erneuten Gewichtszunahme kommen, so dass ein Body-Lifting medizinisch indiziert sei.

In einem von der Beklagten veranlassten und aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers erstatteten Gutachten vertrat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) unter dem 16.10.2007 die Auffassung, dass eine zwingende medizinische Notwendigkeit zur Durchführung der beantragten Operation nicht gesehen werde. Gestützt auf diese Beurteilung lehnte die Beklagte den Antrag ab (Bescheid vom 08.11.2007).

Mit dem hiergegen erhobenen Widerspruch legte der Kläger eine Bescheinigung des St. B-Krankenhauses L (Chefarzt Dr. L) vom 05.12.2007 sowie einen Bericht des psychologischen Psychotherapeuten Dipl.-Psych. T vom 28.11.2007 vor. Dr. L wies darauf hin, dass sich im Bereich der überschüssigen Hautareale wiederholte Entzündungsreaktionen ausgebildet hätten, die lokal behandelt worden seien. Es werde eine operative Korrektur des gesamten Körperbildes in zwei operativen Schritten empfohlen. Dr. L stellte ferner die Diagnose "paraumbilikale Hernie bei Rektusdiastase und Mittellinieninstabilität der Bauchwand". Dipl.-Psych. T vertrat unter Mitteilung der Diagnosen "mittelgradige reaktive Depression" und "soziale Phobien" die Auffassung, dass er aus psychologischer Sicht eine plastische Korrektur der entstellenden Körpermerkmale für notwendig erachte.

Die Beklagte hob daraufhin den Bescheid vom 08.11.2007 auf und veranlasste eine erneute Untersuchung durch den MDK. Dieser führte in einem nach ambulanter Untersuchung des Klägers erstatteten Gutachten vom 25.02.2008 aus: Die Hautgewebsüberschüsse des Abdomens, der Brust und der Oberschenkel wiesen nur dann einen Krankheitswert auf, wenn therapieresistente dermatologische Erkrankungen oder im Alltag relevante funktionelle Einschränkungen bestünden und demzufolge eine Operation die einzig verbleibende Behandlungsmöglichkeit darstelle. Möglicherweise sei jedoch bei Vorliegen einer Mastopathie die Indikation für eine Straffungsoperation im Brustbereich indiziert. Eine operationspflichtige Rektusdiastase habe nicht festgestellt werden können. Der von der Beklagten zur Abklärung einer Gynäkomastie eingeschaltete Internist Dr. C teilte in einem Bericht vom 21.04.2008 mit, dass bei normalem Hormonstatus, sonographisch unauffälligem Brustbefund sowie nach einer radiologischen Untersuchung kein Anhaltspunkt für eine Gynäkomastie bestehe. In einem Folgegutachten vom 28.05.2008 teilte der MDK mit, dass die beantragte Operation nicht befürwortet werden könne. Daraufhin lehnte die Beklagte den Antrag abermals ab (Bescheid vom 09.06.2008).

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und stützte sich auf die von ihm vorgelegten Berichte seiner behandelnden Ärzte. Er führte weiterhin aus, dass das Sitzen bei ihm aufgrund der übereinanderliegenden Hautüberschüsse schmerzbehaftet sei. Zudem entstehe durch das Verschieben der übereinanderliegenden Haut eine stetige Instabilität. Zusätzlich sei es in der Bauchregion häufiger zu Scheuermerkmalen gekommen, die wiederum teilweise zu Abszessen geführt hätten. Diesbezüglich werde er durch seinen Hausarzt behandelt. Den Widerspruch wies die Beklagte zurück und stützte sich auf die durch den MDK geäußerten Beurteilungen (Widerspruchsbescheid vom 11.06.2008).

Im Klageverfahren hat der Kläger vorgetragen: Die beantragte Operation diene zum einen der Verhinderung psychischer Erkrankungen, zum anderen der Behandlung von chronischen Hautkrankheiten. Es sei bereits zu massiven entzündlichen Erscheinungen der Haut im Bereich der jeweils übereinanderliegenden Hautüberschüsse gekommen. Darüber hinaus bestünden erhebliche Beschwerden im Sitzen, die ebenfalls auf die Hautüberschüsse zurückzuführen seien.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid vom 08.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.06.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für das selbstbeschaffte Bodylifting in Höhe von 11.724,45 Euro zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich im Wesentlichen auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides gestützt.

Der Allgemeinmediziner N hat in einem vom Kläger vorgelegten Bericht vom 25.06.2008 ausgeführt, dass sich der Kläger mit einem stark geröteten und partiell nässenden Ekzem (35 x 6 cm) innerhalb der Bauchfalte vorgestellt habe. Durch entsprechende Salbenbehandlung sei es nach ca. acht Tagen zu einer Befundnormalisierung gekommen. Ähnliche Entzündungszeichen - diesmal auch unterhalb der linken Brust - hätten sich am 26.05.2008 und 19.06.2008 gefunden. Seiner Einschätzung nach entstünden die Reizzustände und Entzündungen im Bereich der überschüssigen Haut durch berufliche und sportliche Aktivitäten.

Die Hautärztin Dr. T (einmalige Vorstellung des Klägers am 03.12.2008) hat in einem vom Kläger übersandten Bericht vom 04.06.2009 mitgeteilt, dass zur Zeit intertriginöse Erytheme und Erosionen im Bereich der Bauchschürzenfalte sowie submammär vorlägen. Ursächlich hierfür sei die massive Hautlappenbildung.

In einer von der Beklagten veranlassten Stellungnahme vom 24.07.2009 hat der MDK ausgeführt, dass die Behandlungsbedürftigkeit einer Cutis laxa abdomines bei Existenz chronisch rezidivierender therapierefraktärer intertriginöser Ekzeme (frustrane dermatologische Behandlung über mindestens sechs bis acht Wochen mit Trockenhalten der Haut und zweimal täglichen topischen Anwendungen) sowie gleichzeitig einer deutlichen Hautduplikatur mit funktioneller Behinderung bei der Hüftbeugung gesehen werden könne. Beide Kriterien seien auch unter Zugrundelegung der vorgelegten medizinischen Unterlagen nicht erfüllt.

Das Sozialgericht (SG) hat ferner Befundberichte von dem Allgemeinmediziner N (27.04.2009) und der Dermatologin Dr. T (04.06.2009) eingeholt, die beide im Wesentlichen übereinstimmend die Erforderlichkeit der geltend gemachten Operation bejaht haben.

Im Oktober 2009 hat sich der Kläger einer Hautstraffungsoperation im Bereich beider Brüste sowie im Bauch- und Rückenbereich unterzogen. Hierfür hat ihm der Chirurg Dr. L einen Betrag von 8.925,32 Euro (Rechnung vom 22.11.2009), das St. B-Krankenhaus einen Betrag in Höhe von 1.500,00 Euro (Rechnung vom 19.11.2009) und der Anästhesist Dr. F einen Betrag von 1.299,13 Euro (Rechnung vom 03.12.2009) berechnet. Für eine am 10.06.2010 im Kantonsspital H durchgeführte Oberarm- und Oberschenkelstraffung wurde dem Kläger ein Betrag von 11.600,00 SFR (= 8.144,35 Euro) in Rechnung gestellt.

Auf Anordnung des SG hat die Ärztin für Chirurgie und Plastische Chirurgie Dr. E ein Sachverständigengutachten erstattet. In ihrem Gutachten vom 26.07.2010 (ambulante Untersuchung am 19.05.2010) hat die Sachverständige Dr. E im Wesentlichen ausgeführt: Bei dem Kläger habe keine Notwendigkeit zur Durchführung eines komplexen Body-Liftings bestanden. Der Wunsch nach Durchführung einer solchen operativen Maßnahme sei menschlich und kosmetisch nachvollziehbar, begründe jedoch keine medizinische Indikation. Hinweise für das Vorliegen einer Erkrankung im engeren Sinne, die durch die Cutis laxa hervorgerufen worden sei, seien nach Aktenlage nicht belegt und auch vom Kläger nicht in Ansatz gebracht worden. Die beschriebenen zeitweiligen kleinen Hautläsionen/Erosionen könnten keine medizinische Indikation zur Durchführung einer entsprechenden Hautstraffungsoperation darstellen. Auch seien therapierefraktäre Hautveränderungen - insbesondere im Bereich der Hautfalten - nicht aufgetreten. Derartige Veränderungen könne auch durch entsprechende Körperhygiene erfolgreich begegnet werden. Die vom Hausarzt bescheinigten zeitweiligen intertriginösen Ekzeme seien binnen kürzester Behandlung rückläufig bis abgeheilt gewesen. Hautärztlicherseits werde lediglich eine einmalige Vorstellung ohne höherwertige Auffälligkeiten bescheinigt.

Auf Antrag des Klägers hat sodann die Ärztin für Chirurgie und plastische Chirurgie Dr. F1 nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein weiteres Gutachten erstattet. In ihrem Gutachten vom 01.04.2011 hat die Sachverständige Dr. F1 im Wesentlichen dargelegt: Der Kläger habe mitgeteilt, dass er nunmehr, nach Durchführung der Operationen, wieder ungehindert sportliche Tätigkeiten durchführen könne. Vor der Operation habe er wegen der durch die Trägheit der Hautweichteillappen häufig auftretenden Reibungen an den Oberschenkeln und im Bauchbereich sowie an den Armen erhebliche Beschwerden gehabt. Ebenso hätten sich im Bereich der Falten unterhalb der Hautweichteillappen wiederkehrende Entzündungen ausgebildet. Diese Erkrankungen seien nicht mehr vorhanden. Bei dem Kläger habe eindeutig ein entstellender Körperzustand bestanden, der von der Norm, also dem Leitbild des gesunden Menschen abgewichen sei. Funktionsstörungen bei stärkeren körperlichen Belastungen oder sportlichen Tätigkeiten seien aufgrund der Trägheitskräfte der überschüssigen Hautweichteile glaubhaft. Auch wenn die Hautirritationen die kritische Grenze von sechswöchiger Therapieresistenz nicht überschritten hätten, habe bei Betrachtung sämtlicher medizinischer Aspekte zumindest die Indikation für eine Resektion der überhängenden Hautweichteilareale im Rahmen der Abdominalplastik im Unterbauch und Lendenbereich, nach Aktenlage den Arealen der

stärksten medizinischen Probleme, bestanden. Die funktionellen und psychischen Belastungen durch die Hautüberschüsse an den Oberschenkelinnenseiten und Oberarmen stellten demgegenüber keine medizinische Indikation für die Straffungsoperationen dar, seien also als kosmetisch zu werten. Die medizinische Notwendigkeit einer Straffungsoperation im Brustbereich sei retrospektiv nicht sicher beurteilen, müsse jedoch kritisch betrachtet werden. Eine Gynäkomastia vera habe ausgeschlossen werden können. Die funktionellen Beeinträchtigungen bei sportlichen Tätigkeiten sowie schwerer körperlicher Beanspruchung seien retrospektiv nicht sicher abzuschätzen. Hautirritationen i.S.v. intertriginösen Ekzemen seien nach Aktenlage nur im geringen Umfang aufgetreten. Allerdings sei die körperliche Entstellung durch die überschüssige Haut im Brustbereich eindeutig gegeben.

Durch Urteil vom 22.09.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und sich auf die Feststellungen der Sachverständigen Dr. E gestützt.

Gegen das ihm am 17.10.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 31.10.2011 Berufung eingelegt.

Er macht geltend: Den Ausführungen der Sachverständigen Dr. F1 lasse sich eindeutig entnehmen, dass bei ihm vor Durchführung der streitigen Operationen ein entstehender Körperzustand bestanden habe. Die Argumentation des SG, dass Entstellungen nur dann vorlägen, wenn Versicherte die Blicke Anderer auf sich zögen und zum Objekt der Neugier würden, zeige gerade, dass seinem Begehren hätte stattgegeben werden müssen. Als er sich mit freiem Oberkörper an der frischen Luft bewegt habe, habe er die Blicke Anderer auf sich gezogen und sei auf diese Weise zum Objekt der Neugier geworden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 22.09.2011 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 09.06.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11.06.2008 zu verurteilen, an ihn 11.724,45 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Weiterer Einzelheiten wegen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung des mit Klage und Berufung geltend gemachten Betrages. Insofern wird er durch den angefochtenen Bescheid in der Fassung des Widerspruchsbescheides nicht i.S.d. [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) beschwert.

Gegenstand des Verfahrens ist lediglich der Erstattungsanspruch hinsichtlich der im Oktober 2009 im St. B Krankenhaus L durchgeführten Hautstraffungsoperation im Bereich beider Brüste sowie im Bauch- und Rückenbereich, für die der Kläger den geltend gemachten Betrag von 11.724,45 Euro aufgewandt hat. Einen Anspruch auf Erstattung des ihm für die Operation in H (Oberarm- und Oberschenkelstraffung) in Rechnung gestellten Betrages von 11.600,00 SFR (= 8.144,35 Euro) hat der Kläger demgegenüber nicht weiter verfolgt.

Als Anspruchsgrundlage kommt nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Diese Regelung lautet: "Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war". Der Anspruch auf Kostenerstattung reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte und zukünftig zu beschaffende Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. nur BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 19](#) Rdn. 12 m.w.N.). Der Anspruch auf Kostenerstattung ist demnach nur gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. zum Ganzen: BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 20](#) Rdn. 25; E. Hauck in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, Bd. 1, 19. Aufl. Stand: 1.1.2012, [§ 13 SGB V](#) Rdn. 233 ff.): Bestehen eines Primärleistungs(Naturalleistungs-)anspruchs des Versicherten und dessen rechtswidrige Nichterfüllung, Ablehnung der Naturalleistung durch die Krankenkasse, Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten, Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung, Notwendigkeit der selbst beschafften Leistung und (rechtlich wirksame) Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung.

Nach Maßgabe dieser Voraussetzungen ist der erhobene Erstattungsanspruch nicht begründet, weil der Kläger im Hinblick auf die im Oktober 2009 durchgeführte Operation keinen Sachleistungsanspruch gegen die Beklagte hatte. Rechtsgrundlage für die Sachleistung ist [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Leistungspflicht der GKV setzt mithin das Vorliegen einer Krankheit voraus. Damit wird ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand umschrieben, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht ([BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3](#)). Auch mittelbar wirkende Therapien werden grundsätzlich vom Leistungsanspruch erfasst, sofern sie ausreichend, wirksam und zweckmäßig sind und dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen. Wird allerdings im Rahmen einer mittelbar ansetzenden Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert, bedarf es hierfür einer besonderen Rechtfertigung. Dabei ist insbesondere von Bedeutung, ob es sich bei der beabsichtigten Maßnahme um die ultima ratio handelt ([BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 1](#)). Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt.

Im Hinblick auf die Hautüberschüsse im Bereich der Brust hat keine medizinische Indikation für die durchgeführte Straffungsoperation bestanden. Das ergibt sich nicht nur aus den Feststellungen der von Amts wegen gehörten Sachverständigen Dr. E. Auch die Sachverständige Dr. F1 hat ausgeführt, dass die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Straffungsoperation im Brustbereich kritisch betrachtet werden müsse. Denn eine - gegebenenfalls zur medizinischen Indikation einer Operation führende - Gynäkomastie sei ausgeschlossen worden. Die funktionellen Beeinträchtigungen bei sportlichen Tätigkeiten sowie schwerer körperlicher Beanspruchung im

Rahmen der Arbeit seien nicht sicher einzuschätzen. Ebenso seien Hautirritationen nach Aktenlage nur im geringen Umfang aufgetreten.

Soweit Dr. F1 die Auffassung vertreten hat, dass eine Entstellung im Brustbereich vorgelegen habe, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Um eine Entstellung annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Anormalität. Es muss sich vielmehr objektiv um eine solche Auffälligkeit handeln, die dazu führt, dass der Betroffene ständig zahlreiche Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückzieht, so dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist. Das bedeutet, dass die körperliche Auffälligkeit in einer solchen Ausprägung vorhanden sein muss, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi "im Vorbeigehen" bemerkbar macht und regelmäßig zur Fixierung des Interesses anderer auf den Betroffenen führt (vgl. [BSGE 100, 119](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 14](#), juris Rdn. 14; Senat, Urteile v. 03.05.2001 - Az.: [L 5 KR 221/00](#) und v. 28.11.2001 - [L 5 KR 5/01](#)). Wie sich der vom Kläger übermittelten Fotodokumentation entnehmen lässt, waren die vorhandenen Hautüberschüsse im unbedeckten Zustand ohne weiteres zu erkennen. Sie konnten vielmehr durch geeignete Kleidung verdeckt werden und waren im Übrigen nur in besonderen Situationen den Blicken anderer ausgesetzt.

Ebenso wenig war die Straffungsoperation im Bereich von Bauch und Rücken/Gesäß medizinisch erforderlich. Zwar hat der den Kläger behandelnde Hausarzt N, wie sich der von ihm übersandten Behandlungsdokumentation entnehmen lässt, am 01.04.2008, 20.08.2008, 12.11.2008, 13.02.2009, 20.03.2009, 24.09.2009, 18.05.2009 und am 07.07.2009 intertriginöse Ekzeme diagnostiziert und diese entsprechend behandelt. Dabei hat das am 01.04.2008 diagnostizierte Ekzem auch einen Behandlungszeitraum bis zum 08.04.2008 beansprucht. Allerdings ergibt sich aus der Behandlungsdokumentation gleichzeitig, dass diese Ekzeme auch tatsächlich behandelbar waren und nicht von der Existenz therapierefraktärer Hauterkrankungen ausgegangen werden konnte. Letztlich hätten weiterhin Spielräume für weniger einschneidende Maßnahmen als eine Operation - z.B. konsequente hautärztliche Behandlung - bestanden. Einer solchen hautfachärztlichen Behandlung hat sich der Kläger jedoch nur einmalig, und zwar am 03.12.2008, bei der Dermatologin Dr. T unterzogen. In diesem Zusammenhang ist ferner zu berücksichtigen, dass auch die Sachverständige Dr. F1 nicht von der Existenz therapierefraktärer Ekzeme ausgegangen ist. Therapierefraktäre ekzematöse Veränderungen haben im Übrigen auch nicht die den Kläger behandelnden Ärzte und der MDK festgestellt. Auch im vorliegenden Zusammenhang ist entgegen der von der Sachverständigen Dr. F1 geäußerten Einschätzung nicht von einer Entstellung auszugehen. Insoweit nimmt der Senat Bezug auf die obigen Darlegungen zur ständigen Rechtsprechung des BSG. Der Kläger konnte nämlich auch die im Bereich von Abdomen und Gesäß unstrittig vorhandenen Hautüberschüsse durch geeignete Kleidung verdecken.

Soweit der Kläger geltend macht, dass es aufgrund der Hautüberschüsse insbesondere im Bereich des Gesäßes zu Einschränkungen seiner Mobilität und seiner Fähigkeit zum Sitzen gekommen sei, ist dem entgegenzuhalten, dass eine die Hüftbeugung funktionell beeinträchtigende Hautfaltenbildung im Rahmen der Befunderhebungen durch den MDK nicht festgestellt werden konnte (vgl. z.B. MDK-Gutachten vom 16.10.2007 und vom 22.08.2008). In dem MDK-Gutachten vom 22.08.2008 wurde anlässlich der körperlichen Untersuchung im Bereich des Gesäßes eine Cutis laxa lediglich in gering ausgeprägter Form gesichert. Gleichermaßen verhielt es sich hinsichtlich der Oberschenkelinnenseiten. Dort haben sich zwar girlandenartige Hautfältelungen, jedoch keine Hautüberlappungen gezeigt.

Die von Dr. L gestellte Diagnose "paraumbilikale Hernie bei Rektusdiastase und Mittellinieninstabilität der Bauchwand" hat sich im weiteren Verlauf des Verfahrens nicht bestätigt. Der MDK hat in dem Gutachten vom 22.02.2008 mitgeteilt, dass eine operationspflichtige Rektusdiastase nicht habe festgestellt werden können. Auch Dr. L hat diese Diagnose im Folgenden nicht mehr erwähnt. Abgesehen davon besteht zur Behandlung dieser Erkrankung im Falle medizinischer Erforderlichkeit gemäß [§§ 27 Abs. 1 Satz 1, 39 Abs. 1 SGB V](#) ein Sachleistungsanspruch im Rahmen der GKV.

Die vom Kläger und seinen behandelnden Ärzten insbesondere zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen gestellte psychische Belastung vermag eine Kostenerstattung für die durchgeführten Operationen nicht zu rechtfertigen. Denn nach ständiger Rechtsprechung (vgl. [BSGE 100, 119](#) = [SozR 4 2500 § 27 Nr. 14](#), juris Rdn. 17 m.w.N.) ist derartigen Belastungen nicht mit chirurgischen Eingriffen, sondern mit den Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu begegnen. Dies hat bereits das SG zutreffend dargelegt.

Schließlich sind dem Kläger auch keine Kosten i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) "entstanden", weil der Kläger keinen wirksam entstandenen bzw. fälligen Vergütungsanspruch ausgesetzt war. Ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) setzt voraus, dass ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes wegen der Behandlung entstanden ist. Nötig hierfür ist eine ordnungsgemäße Abrechnung (vgl. [BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 4](#)). Soweit - wie hier - privatärztliche Leistungen abgerechnet werden, kommt ein Honoraranspruch als Grundlage für eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nur in Betracht; wenn dem Patienten darüber eine Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ erteilt worden ist (vgl. [BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#)). Bei der ärztlichen Gebührenordnung handelt es sich um ein für alle Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht. Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der GOÄ entsprechenden Rechnung wird die Vergütung fällig, § 12 Abs. 1 GOÄ. Vorher trifft den Patienten keine Zahlungsverpflichtung. Nach § 10 Abs. 1 GOÄ können neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen nur die dort unter Nrn. 1 - 4 aufgeführten Positionen berechnet werden. Die Berechnung von Pauschalen ist unzulässig.

Im Hinblick auf die von Dr. L unter dem 22.11.2009 erteilten Rechnung über einen Betrag von 8.925,32 Euro gilt Folgendes: Hinsichtlich der einzelnen berechneten Leistungen finden sich überwiegend Steigerungssätze, die einen Faktor von mehr als 2,3 aufweisen (z.B. Untersuchung, symptombezogen gemäß Ziffer 5 Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ] - Faktor: 3,000; ausführliches Operationsaufklärungsgespräch gemäß Ziffer 34 - Faktor: 3,00; Brustdrüse, Absetzen gemäß Ziff. 2411 - Faktor: 4,000; Rundstiellappen, Anlage gemäß Ziffer 2392 - Faktor: 4,300; Rundstiellappen, Implantation einschließl. Modellierung am Ort gemäß Ziff. 2394 - Faktor: 4,300; Hautlappenplastik, einfach gemäß Ziff. 2381 - Faktor: 4,300; Fettgewebe, Extremität, op. Entfernung gemäß Ziffer 2454 - Faktor: 4,300). Die nach § 12 Abs. 3 Satz 1 Hs. 1 GOÄ verständliche und nachvollziehbare schriftliche Begründung für das Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes findet sich jedoch in der Regel nicht. Zwar wird hinsichtlich der Gebührenziffer 2381 (Hautlappenplastik, einfach - Faktor: 4,300) zur Begründung ausgeführt: "Korrektur Brust beidseits mit gestieltem Areolentransfer" oder im Hinblick auf die Ziffer 2454 (Faktor: 4,300) "Korrektur Rücken/Gesäßregion". Dass es sich hierbei um eine für einen nicht medizinisch und juristisch vorgebildeten Patienten um eine verständliche und nachvollziehbare Begründung handelt, lässt sich jedoch schlechterdings nicht annehmen. Abgesehen davon hat Dr. L als (ehemaliger) Chefarzt des St. B-Krankenhauses L nicht die in § 6 Abs. 1 Satz 1 GOÄ vorgesehene Minderung von 25 % in Abzug gebracht, so dass die Rechnung auch insoweit gemäß § 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ nicht fällig geworden ist.

Vergleichbare Erwägungen gelten für die Rechnung des Anästhesisten Dr. F vom 03.12.2009 über einen Betrag von 1.299,13 Euro. Dr. F hat dort die Ziffer 462 (Intubationsnarkose je angefangener halber Stunde - Anzahl: 10) ohne Begründung mit dem Faktor 3,5 in Ansatz gebracht. Gleiches gilt hinsichtlich der Ziffern 34 (Prämedikationsgespräch [analog § 6 GOÄ], zeitgetrennt über Art und Komplikation des Anästhesieverfahrens) und 45 (Visite im Krankenhaus), die Dr. F jeweils ohne weitere Begründung mit dem Faktor 2,5 angesetzt hat. Ob die Ziffer 34, die u.a. "die Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung" voraussetzt, im Falle des Klägers überhaupt analogiefähig war, lässt der Senat hier offen.

Für die vom St. B Krankenhaus - das vom Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) erfasst wird (vgl. § 1 Abs. 1 KHEntgG) - berechnete Pauschale über 1.500,00 Euro (Rechnung vom 19.11.2009) existiert nach Auffassung des ebenfalls keine tragfähige Rechtsgrundlage. Denn allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Abs. 2 KHEntgG, zu denen insbesondere auch operative Maßnahmen gehören, werden mit Entgelten und Fallpauschalen nach Maßgabe des § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 7 KHEntgG abgerechnet. Um eine solche Pauschale hat es sich bei dem Rechnungsbetrag jedoch nicht gehandelt; vielmehr hat das St. B Krankenhaus lediglich einen Betrag von 300,00 Euro pro Belegungstag in Ansatz gebracht. Es handelt sich bei der berechneten Pauschale auch nicht um eine Wahlleistung gemäß § 17 Abs. 1 KHEntgG. Nach dem Wortlaut des § 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG setzt eine Wahlleistung voraus, dass diese neben die Entgelte für voll- und teilstationäre Behandlung tritt. Hier deutet jedoch alles darauf hin, dass die in Rechnung gestellte Pauschale an die Stelle der allgemeinen Krankenhausleistungen getreten ist. Ob im Übrigen die für den Abschluss von Wahlleistungsvereinbarungen erforderlichen Voraussetzungen des § 17 Abs. 2 und 3 KHEntgG erfüllt waren, kann offen bleiben.

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

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-04-23