

L 4 KR 3588/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 99/07
Datum
27.06.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 3588/07
Datum
25.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. Juni 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten die Erstattung von Kosten für eine stationär in der Privatklinik für Kosmetische und Plastische Chirurgie in D. (K.-Klinik) durchgeführte operative Brustaugmentation.

Die am 1986 geborene Klägerin studiert seit dem Wintersemester 2005/2006 Chemie und ist bei der Beklagten im Rahmen der Krankenversicherung der Studenten seit 01. Oktober 2005 krankenversichert. Ihren Angaben zufolge ist die Klägerin auch über ihren Vater, der pensionierter Beamter des Landes Baden-Württemberg ist, zu 70 vom Hundert (v.H.) beihilfeberechtigt. Es bestand auch eine private Krankenversicherung.

Am 04. Juni 2006 befand sich die Klägerin in ambulanter Behandlung in der K.-Klinik. Nach der Bescheinigung des Facharztes für Plastische Chirurgie Dr. H., der Arzt an der genannten Klinik ist, vom 14. August 2006 bestand bei der Klägerin eine Mammahypoplasie mit tubulärer Brustdeformität und Asymmetrie. Es liege eine angeborene Entwicklungsstörung beider Drüsen vor. Bei der rechten sowie bei der linken Mamma seien die beiden unteren Quadranten nicht angelegt. Diese tubuläre Brustform führe zum Absinken der Brust. Es liege zudem eine deutliche Asymmetrie der Mammae vor. Die nicht altersentsprechende Form und Größe der Brustdrüsen werde von der Klägerin nicht mehr toleriert und führe zum sozialen Rückzug. Die Klägerin fühle sich im zwischenmenschlichen Umgang stark gehemmt und das frauliche Selbstwertgefühl sei nicht mehr gegeben. Zur Korrektur der Brustanomalie sei eine Neuformung beider Mammae mittels Augmentationsplastik mit submuskulär eingelegten Implantaten erforderlich. Diese Operation stelle von plastisch-chirurgischer Seite aus eine medizinische Indikation dar und werde in Vollnarkose durchgeführt. Die Kosten wurden mit EUR 7.000,00 beziffert. Ferner wurde darauf hingewiesen, dass die K.-Klinik eine Privatklinik sei; zusätzliche Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung bestünden nicht. Für diese ambulante Untersuchung berechnete die K.-Klinik der Klägerin EUR 51,51. Am 01. August 2006 ließ sich die Klägerin wegen der Durchführung der Brustaugmentation auch in der M. O. AG Privatklinik in S. beraten; diese Klinik berechnete der Klägerin für die Beratung EUR 50,00 und erstellte am 16. August 2006 einen Kostenvoranschlag. Am 04. August 2006 fand in der K.-Klinik ein Beratungs- und Aufklärungsgespräch hinsichtlich der dort geplanten Operation statt. Dafür berechnete die K.-Klinik EUR 50,00. Die Klägerin erteilte an diesem Tag ihr "Einverständnis für kosmetische Operationen Brustvergrößerung". Mit Schreiben vom 08. August 2006 bestätigte die K. Klinik der Klägerin den vereinbarten Aufnahmetag am 17. August 2006 (Bl. 41 bis 43 der LSG-Akte). Im Schreiben des Dr. H. ebenfalls vom 08. August 2006 wurde darauf hingewiesen, dass ein operativer Eingriff am 17. August 2006 vorgesehen sei. Die behandelnden Ärzte wurden präoperativ um Durchführung von Laborkontrollen (kleines Blutbild, Blutgerinnung und Elektrolyte) sowie um ein EKG mit Befund gebeten. Die Klägerin veranlasste die entsprechende Erhebung dieser Befunde, die privatärztlich durch die Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. Ka. (Laborwerte vom 14. August 2006, Bl. 58 der LSG-Akte) sowie durch die Laborärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. R./L./I. (Bl. 73 der LSG-Akte) erhoben wurden. Am 14. August 2006 untersuchte Dr. Dr. H.-R. B., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapeutische Medizin, die Klägerin und erstattete am 21. August 2006 ein nervenärztliches Gutachten zu der Frage, ob die medizinische Notwendigkeit zu der am 17. August 2006 geplanten plastisch-chirurgischen Intervention in der K.-Klinik vorliege. Für sein Fachgebiet stellte er die Diagnose eines ausgeprägten depressiven Syndroms mit pessimistischer Zukunftseinstellung, Antriebsstörung und einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit sowie Ausweglosigkeit. Bei der vorliegenden Diagnose sei aus vitaler Indikation eine plastisch-chirurgische Intervention der tubulären Mammae beiderseits dringend erforderlich. Es handle sich nicht um eine kosmetische Indikation, sondern um eine Indikation zur Behebung der bisherigen depressiven Verstimmungszustände und zur Vermeidung einer Fixierung der

bisherigen Beschwerden. Für dieses Gutachten stellte der Arzt der Klägerin EUR 516,00 in Rechnung, die die Klägerin am 06. September 2006 bezahlte. Am 15. August 2006 untersuchte die Frauenärztin Wi. die Klägerin und bescheinigte als Diagnose ebenfalls eine Mammahypoplasie mit tubulärer Brustdeformität. Für diese privatärztliche Untersuchung stellte die Frauenärztin der Klägerin EUR 26,80 in Rechnung. Am 17. August 2006 wurde die Klägerin stationär in der K.-Klinik aufgenommen. Sie unterschrieb an diesem Tag den Behandlungsvertrag (Bl. 53 der LSG-Akte), nach dem sie die Behandlung als Privatpatient (Selbstzahler) wünsche; sie erhalte für die angefallenen operativen sowie die in diesem Zusammenhang angefallenen Leistungen eine Privatliquidation. Die Brustaugmentation wurde am 17. August 2006 durchgeführt (Operationsbericht vom 17. August 2006, Bl. 52 der LSG-Akte); am 19. August 2006 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen (Bl. 34 der LSG-Akte). Nach einer Kostenaufstellung der K.-Klinik vom 18. Juli 2007 (Bl. 56 der LSG-Akte) wurden der Klägerin für die ärztlichen Bemühungen anlässlich der am 17. August 2006 durchgeführten Operation EUR 6.000,00 berechnet, wobei nach der Kostenaufstellung nach GOÄ vom 20. Juli 2007 die am 17. August 2006 erbrachten Anästhesieleistungen sowie die operativen Leistungen aufgeschlüsselt wurden (Bl. 54, 55 der LSG-Akte). Die Klägerin bezahlte für die am 04. August 2006 durchgeführte Beratung EUR 50,00, überwies am 14. August 2006 EUR 1.000,00 und bezahlte ebenfalls an die K.-Klinik am 17. August 2006 weitere EUR 5.000,00.

Unter Beifügung des Schreibens des Dr. H. vom 08. August 2006 sowie dessen Bescheinigung vom 14. August 2006, ferner auch der Bescheinigung der Frauenärztin Wi. vom 16. August 2006 wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 14. August 2006 an die Beklagte. Sie bat um Kostenübernahme für die bevorstehende Operation. Aufgrund des Problems der Mammahypoplasie mit tubulärer Brustdeformität sei sie bereits in psychologischer und psychiatrischer Behandlung gewesen. Eine gutachterliche Stellungnahme, welche die dringende medizinische Indikation des Eingriffs bestätige, sei erstellt worden und werde nachgereicht. Die Operation sei kurzfristig in der jetzt vorlesungsfreien Zeit angesetzt worden, damit die Weiterführung des Studiums nicht beeinträchtigt werde und die Nachsorge gewährleistet sei. Danach versuchte die Beklagte, die Klägerin telefonisch zu erreichen, was jedoch nicht gelang (Schreiben vom 16. August 2006). Mit Bescheid vom 21. August 2006 teilte die Beklagte der Klägerin mit, bei der K.-Klinik handle es sich um eine Privatklinik; diese sei kein AOK-Vertragspartner. Deswegen dürften Kosten nicht bezahlt oder erstattet werden. Dagegen legte die Klägerin am 21. September 2006 Widerspruch ein. Sie machte geltend, die Operation habe als plastisch-chirurgischer Eingriff wegen der vorhandenen Brustdeformität nur in einer Spezialklinik durchgeführt werden können. Dies seien lediglich die Mang-Klinik am Bodensee und die K.-Klinik gewesen. Unter anderem auch aus zeitlichen Gründen habe sie die K.-Klinik gewählt. Bei der Operation in einem anderen Krankenhaus ohne die vergleichbare Sach- und Personalausstattung wäre es zu einem Kunstfehler gekommen. Für die durchgeführte Behandlung habe in ihrem Einzelfall eine zwingende Indikation vorgelegen. Der Widerspruch blieb erfolglos. Im Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsausschusses vom 01. Dezember 2006 wurde ausgeführt, nach den gesetzlichen Bestimmungen sei bei stationärer Behandlung die Kostenübernahme auf zugelassene Krankenhäuser beschränkt. Eine Ausnahmeregelung sei nicht vorgesehen. Die Frage, ob die vorgesehene Operation zur Behandlung einer Krankheit im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) notwendig gewesen sei, sei nicht geprüft worden, da die Kostenübernahme in einem nicht zugelassenen Krankenhaus grundsätzlich ausscheide.

Am 05. Januar 2007 erhob die Klägerin deswegen Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie begehrte Kostenerstattung. Die am 17. August 2006 durchgeführte Operation sei medizinisch dringend indiziert gewesen. Die Operation sei nur in der K.-Klinik durchführbar gewesen. In anderen Kliniken wäre es zu einem Kunstfehler mit einer großen Kostenlawine gekommen. Es bestehe bei ihr auch eine "ungeregelte" Krankenversicherung. Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie verwies nochmals darauf, dass die K.-Klinik kein zugelassenes Krankenhaus nach [§ 108 SGB V](#) gewesen sei. Die Wahlmöglichkeiten unter den zugelassenen Krankenhäusern sei in [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) geregelt. Mit Gerichtsbescheid vom 27. Juni 2007 wies das SG die Klage ab. Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Eine Kostenerstattung sei grundsätzlich ausgeschlossen, wenn eine Behandlung in einem nach [§ 108 SGB V](#) nicht zugelassenen Krankenhaus erfolge. Es habe im Falle der Klägerin auch keine unaufschiebbare Leistung im Sinne einer Notfallbehandlung vorgelegen. Ein solcher Notfall sei nur dann zu bejahen, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestehe und ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt bzw. ein zugelassenes Krankenhaus nicht rechtzeitig zur Verfügung stehe. Ein Notfall liege nicht vor, wenn eine Behandlung objektiv auch durch einen Vertragsarzt bzw. ein zugelassenes Krankenhaus möglich wäre. Es seien keine Hinweise dafür ersichtlich, dass die von der Klägerin in Anspruch genommene operative Maßnahme in einem zugelassenen Krankenhaus nicht durchführbar gewesen wäre. Ungeprüft bleibe, ob die erfolgte operative Maßnahme zur Behandlung einer Krankheit nach [§ 27 SGB V](#) notwendig gewesen wäre. Es bestehe auch kein Rechtsanspruch auf Erstattung derjenigen Kosten, die bei Inanspruchnahme eines Vertragskrankenhauses angefallen wären.

Gegen den ihr am 29. Juni 2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 24. Juli 2007 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie trägt vor, sie und ihre Mutter hätten mit der Servicestelle (Kundenberater) der Beklagten wegen einer Brustvergrößerung zur Beseitigung der Fehlbildung telefonisch gesprochen. Dort sei erklärt worden, dass, wenn überhaupt, eine Kostenübernahme nur in einer AOK-Klinik, d.h. in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgen würde. Mehrere von ihr durchgeführte Beratungen hätten jedoch ergeben, dass die Operation in einem Vertragskrankenhaus nicht ordnungsgemäß hätte durchgeführt werden können. Der Operateur in einem solchen Vertragskrankenhaus wäre beispielsweise unbekannt gewesen. Unterlagen darüber seien der Beklagten jedoch vor der Operation nicht zur Prüfung vorgelegt worden. Die Operation sei dann dringend notwendig gewesen, weil sie suizidgefährdet gewesen sei. Insoweit habe sie vor der Operation das vorgelegte psychiatrische Gutachten des Dr. Dr. B. eingeholt. Dies sei für sie der Anlass zum sofortigen Handeln gewesen. Sie sei über ihren Vater beihilfeberechtigt. Die verauslagten Kosten im Zusammenhang mit der Brustoperation beliefen sich auf EUR 7.001,50 (Bl. 64 der LSG-Akte). Da sie über ihren Vater beihilfeberechtigt sei, habe die Beihilfe einen Teil der Kosten bezahlt. Die Beklagte müsse ihr die nicht von der Beihilfe erstatteten Kosten im Zusammenhang mit der Operation in der K.-Klinik noch bezahlen. Die Klägerin hat nach Durchführung eines Erörterungstermins vom 10. Januar 2008 verschiedene Unterlagen eingereicht (Bl. 25 bis 32, 34 bis 77 und 80 bis 96 der LSG-Akte).

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 27. Juni 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 21. August 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01. Dezember 2006 zu verurteilen, an sie die nicht von der Beihilfe erstatteten Kosten im Zusammenhang mit der Operation in der Privatklinik für Kosmetische und Plastische Chirurgie in D. zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Der Klägerin sei keine Kostenübernahme für die Brustoperation in Aussicht gestellt worden, auch keine eingeschränkte. Andernfalls wäre es auch zwingend erforderlich gewesen, zuvor eine sozialmedizinische Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu erheben, um die generelle medizinische Notwendigkeit der Brustoperation abklären zu lassen. Die Klägerin sei offensichtlich von Anfang an auf die K.-Klinik festgelegt gewesen, zumal sie dort seit 04. Juni 2006 bereits ambulant behandelt worden sei. Erst unmittelbar vor der Operation habe sie Kontakt mit ihr, der Kasse, aufgenommen und eine Kostenübernahme beantragt. Ohne eine Entscheidung über diesen Antrag abzuwarten, habe sie wenige Tage später die Operation in der Privatklinik durchführen lassen. Der reguläre Beschaffungsweg für die stationäre Behandlung sei somit nicht eingehalten worden. Es sei nicht vorstellbar, dass der Eingriff in der Klinik bzw. die Operation nur wenige Tage vorher terminiert worden sei, zumal die Klägerin dort bereits Wochen vorher in Behandlung gestanden habe.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft, zumal der von der Klägerin zuletzt (Bl. 64 der LSG-Akte) bezifferte Betrag von EUR 7.001,50 auch abzüglich der nicht bezifferten erbrachten Beihilfeleistungen ersichtlich den Beschwerdewert von EUR 500,00 nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) in der bis 31. März 2008 geltenden Fassung übersteigt. Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 21. August 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01. Dezember 2006 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) zu beurteilenden Anspruch auf Erstattung von Kosten für die am 17. August 2006 in stationärer Behandlung in der K.-Klinik durchgeführte Brustaugmentation. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Klägerin ist bei der Beklagten seit 01. Oktober 2005 krankenversichert, was die Beklagte nicht bestreitet. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den üblichen Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Krankenhausbehandlungen, die zur Behandlung einer Krankheit im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) notwendig sind, dürfen die Krankenkassen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen, d.h. durch Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbaugesetzes, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben ([§ 108 SGB V](#)). Dazu gehört die K.-Klinik, in der sich die Klägerin die operative Behandlung selbst beschafft hat, unstreitig nicht.

Der Klägerin steht der Kostenerstattungsanspruch schon deswegen nicht zu, weil sie sich die Operation in stationärer Behandlung am 17. August 2006 selbst beschafft hat, ohne die Entscheidung der Beklagten über den am 14. August 2006 gestellten Kostenübernahmeantrag abzuwarten. Insoweit sind der Klägerin nicht dadurch Kosten entstanden, dass die Beklagte die Leistung (Krankenhausleistung) in der K.-Klinik, in der sie bereits am 04. Juni und 04. August 2006 ambulante Leistungen bzw. eine Beratung in Anspruch genommen hatte, mit Bescheid vom 21. August 2006 abgelehnt hat. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), der sich der Senat ebenfalls angeschlossen hat, aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch nur für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung in Folge eines Mangels im Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidriger Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten ist sachgerecht. Sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihm von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Es ist deshalb weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses auch davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über ihre Leistungspflicht zu entscheiden (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 6/06 R](#) -; Urteil vom 02. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, jeweils mit weiteren Nachweisen).

Der Senat geht hier davon aus, dass die Klägerin zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten am 14. August 2006 nach den Beratungen in der K.-Klinik am 04. Juni und 04. August 2006 bereits auf die Beschaffung der Leistung in dieser Klinik festgelegt war, zumal sich auch aus dem Schreiben des Dr. H. vom 08. August 2006, das dem Kostenübernahmeantrag beigelegt war, ergibt, dass jedenfalls am 08. August 2006 der Operationstermin am 17. August 2006 schon festgestanden hat. Der Klägerin war es zuzumuten, die Entscheidung der Beklagten vom 21. August 2006 abzuwarten. Eine (telefonische) Beratung durch die Beklagte vor dem 17. bzw. 21. August 2006 war nicht durchführbar, wie das Schreiben der Beklagten vom 16. August 2006 belegt. Der Senat vermag auch nicht festzustellen, dass am 17. August 2006 eine so genannte operative Notfallbehandlung in der K.-Klinik durchzuführen war, abgesehen davon, dass die Ärzte der K.-Klinik der Klägerin eine solche Notfallbescheinigung nicht ausgestellt haben. Ein Notfall liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt auftretender

Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - Rdnr. 23). Ein unvermittelt auftretender Behandlungsbedarf auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie hat am 17. August 2006 nicht vorgelegen. Ein solcher unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf auf chirurgischem Gebiet ergibt sich auch nicht aus dem von der Klägerin vorgelegten nervenärztlichen Gutachten des Dr. Dr. B. vom 21. August 2006, das dieser nach einer Untersuchung der Klägerin am 14. August 2006 erstattet hat, und dem Vortrag der Klägerin, sie sei suizidgefährdet gewesen. Soweit Dr. Dr. B. den chirurgischen Eingriff für indiziert zur Behebung der bisherigen depressiven Verstimmungszustände und zur Vermeidung einer Fixierung der bisherigen Beschwerden ansieht, würde dies den Anspruch auf die begehrte Brustoperation nicht rechtfertigen. Denn psychische Leiden begründen keinen Anspruch auf eine Operation zum Brustaufbau (vgl. dazu BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 - [B 1 KR 19/07 R](#)). Mithin hätte eine akute Suizidgefahr auch lediglich eine nervenärztliche Notfallbehandlung rechtfertigen können. Im Übrigen bestünde auch bei einer medizinisch begründeten Notfallbehandlung in einer Privatklinik, weil eine Behandlung in der Abteilung für Plastische Chirurgie eines Vertragskrankenhauses nicht rechtzeitig erreichbar gewesen wäre, kein Zahlungsanspruch der Klinik gegen den Versicherten. Vielmehr hätte die K.-Klinik in diesem Fall unmittelbar mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen müssen.

Danach lagen die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nicht vor. Insoweit war nicht zu prüfen, ob der in der K.-Klinik erhobene Befund Krankheitswert im Sinne einer zu behandelnden Krankheit nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) hatte und mit Mitteln der plastischen Chirurgie zu behandeln war (vgl. dazu BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 [a.a.O.](#)). Es war auch nicht zu erörtern, ob die Klägerin überhaupt berechtigt gewesen wäre, die von ihr erstrebte Operation des Brustumbaus in einem nicht zugelassenen Krankenhaus durchführen zu lassen. Darauf, in welcher Höhe durch die Beihilfe nicht gedeckte Kosten im Zusammenhang mit der operativen Behandlung am 17. August 2006 noch bestehen, kommt es ebenfalls nicht an.

Da schon ein Anspruch auf Erstattung von Kosten für die stationäre Behandlung vom 17. bis 19. August 2007 nicht bestand, hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf Erstattung von Kosten für die postoperativen Leistungen, die von der K.-Klinik für erforderlich gehalten worden sind, auch nicht auf Zahlung von Kosten für das am 21. August 2006 erstattete Privatgutachten des Dr. Dr. B. oder von Kosten für Fahrten nach Düsseldorf bzw. für Übernachtungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson der Klägerin in Düsseldorf, sofern die Klägerin als Operationskosten nicht lediglich den Betrag von EUR 7.001,50 ansehen will, sondern auch diejenigen "Auslagen Kosten (Sachkosten)", die sich aus den von der Klägerin mit Schriftsatz vom 14. März 2008 vorgelegten Belegen ergeben.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-08-03