L 4 KR 226/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 117/01
Datum
14.11.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 226/01
Datum
10.04.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 14. November 2001 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte Kosten für eine Brustreduktion erstatten muss.

Die am 1978 geborene Klägerin ist Pflichtmitglied der Beklagten. Sie legte der Beklagten im April 2000 ein ärztliches Attest der Orthopädin Dr.R. vor, wonach sich die Klägerin am 30.03.2000 bei ihr vorgestellt hatte. Bei der Diagnose Thoracolumbalskoliose mit myostatischem Cervikalsyndrom, chronischem BWS-Syndrom mit initialen degenerativen Veränderungen, Beckentiefstand links und dem Hinweis auf große Mammae wurde eine stabilisierende krankengymnastische Übungsbehandlung empfohlen und aus orthopädischer Sicht die geplante Brustverkleinerung befürwortet. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie C. L. attestierte der Klägerin am 14.04.2000, aufgrund einer Hyperplasie der Mammae bestehe von seiten der Patientin ein deutlicher Leidensdruck, Rückzugstendenzen bei sozialen Aktivitäten, Neigung zu depressiven Verstimmungen. Eine operative Mammakorrektur wird empfohlen.

Der von der Beklagten angehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) befürwortete die geplante Brustverkleinerung mit der Begründung nicht; die angegebenen psychischen Befindlichkeitsstörungen stellten keine Indikation zu einer Operation dar.

Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 11.05.2000 die Kostenübernahme ab. Der geplante Eingriff werde überwiegend aus psychischen Gründen vorgenommen, es liege somit keine Krankheit im Sinne des Sozialgesetzbuches vor.

Am 26.05.2000 wurde daraufhin der Klägerin von der praktischen Ärztin Dr.S. attestiert, aus ärztlicher Sicht sei eine Mammaverkleinerung unumgänglich, es stünden nicht die psychischen, sondern physische Gründe im Vordergrund. Aufgrund der Mammagröße komme es bereits zu deutlichen Veränderungen im Wirbelsäulenbereich.

Daraufhin erfolgte eine weitere sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK (Dr.R.), worin die therapeutische Wirkung der Operation verneint wird. Die Beklagte erließ daraufhin am 09.06.2000 einen weiteren ablehnenden Bescheid, auch dieser Bescheid erging ohne Rechtsmittelbelehrung. Am 13.11.2000 attestierte die Orthopädin Dr.R. erneut, dass aus orthopädischer Sicht eine Mammareduktionsplastik weiterhin sinnvoll wäre.

Am 19.10.2000 vereinbarte die Klägerin mit der Chefärztin der Abteilung für plastische Chirurgie des Caritaskrankenhauses S. in R. die Mammareduktionsplastik zum 12.02.2001. Frau Dr.E. wies darauf hin, es liege eine Makromastie mit schweren Brüsten vor, die Beschwerden bei bestehender Skoliose würden dadurch verstärkt.

Daraufhin erfolgte eine Begutachtung durch den MDK, diesmal nach Untersuchung der Klägerin am 07.02.2001. Bei der Hauptdiagnose Thoracolumbalskoliose mit myostatischem Cervikalsyndrom und chronischem BWS-Syndrom mit initialen degenerativen Veränderungen und der weiteren Diagnose grenzwertige Makromastie mit anamnestisch deutlichem Brustwachstum nach Beginn einer oralen Kontrazeption wurde dargelegt, dass durch die geplante Mammareduktionsplastik eine Besserung der Symptomatik nicht zu erwarten sei und zudem keine diesbezügliche konsequente Therapie im Sinne von Ausgleichssport, Auftrainieren der Bauch- und Rückenmuskulatur erfolgt sei. Die

Kostenübernahme wurde deshalb nicht empfohlen.

Die Beklagte lehnte mit weiterem Bescheid vom 12.02.2001 eine Kostenübernahme ab. Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 01.03.2001 Widerspruch ein. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 23.04.2001 zurückgewiesen.

In der gegen diesen Bescheid zum Sozialgericht Regensburg erhobenen Klage machten die Bevollmächtigten der Klägerin geltend, die Klägerin habe vor ihrer Operation von ihrer Orthopädin ein Massagegerät verschrieben bekommen, das sie über ein Jahr regelmäßig angewendet habe. Außerdem habe sie einen Krankengymnasten aufgesucht und Übungen dann zu Hause durchgeführt. Sie sei auch über eineinhalb Jahre regelmäßig in ein Fitnesstudio gegangen, auch dies habe keine Besserung gebracht.

Die Beklagte hat im Klageverfahren darauf hingewiesen, ihrer Auffassung nach lägen die Voraussetzungen des § 13 Abs.3 SGB V nicht vor. Sie habe mit Bescheiden vom 11.05.2000 und 09.06. 2000 die Kostenübernahme für eine Brustverkleinerung abgelehnt. Die Klägerin habe diese Entscheidungen akzeptiert. Im Rahmen des neuen Antragsverfahrens habe bereits festgestanden, dass die Operation druchgeführt werde. Damit könne die Ablehnung der Leistung nicht als Ursache für die Kostenerstattung angesehen werden.

In der mündlichen Verhandlung am 14.11.2001 gab die Klägerin an, sie habe für die privatärztlich durchgeführte Operation ca. 12.000,00 DM bezahlt. Ihre Wirbelsäulenbeschwerden hätten sich nach der Operation gebessert.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 14.11.2001 mit der Begründung abgewiesen, es fehle eine Kausalität zwischen der Ablehnung durch die Beklagte und der Kostenentstehung für die selbst beschaffte Leistung. Der entsprechende Antrag auf die Leistung sei zu einem Zeitpunkt gestellt worden, als diese Leistung bereits mit der privatärztlichen Leistungserbringerin vereinbart worden war. Zudem habe die Klägerin bei der Vorstellung beim MDK angegeben, sie werde die Operation unabhängig von der Entscheidung der Beklagten durchführen lassen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung, die damit begründet wird, kausal für die Kostenentstehung seien die beiden vorausgehenden ablehnenden Entscheidungen vom 11.05. und 09.06.2000 gewesen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 14.11.2001 und den Bescheid der Beklagten vom 12.02.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.04.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 11.947,09 DM - entsprechend in Euro - an Kosten der Mammareduktionsplastik zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Unabhängig von der Frage der Kausalität, die aus Sicht der Beklagten vom Sozialgericht zutreffend gewürdigt sei, sei der Eingriff ausweislich des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vom 06.06.2000 nicht erforderlich gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung, deren Wert des Beschwerdegegenstandes EUR 500,00 übertrifft (§ 144 Abs.1 Nr.1 SGG), ist zulässig, sie erweist sich jedoch als unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr im Zusammenhang mit der am 13.02.2001 durchgeführten Operation entstanden sind.

Als einzige Anspruchsgrundlage kommt § 13 Abs.3 SGB V in Betracht. Danach sind Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn eine Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war.

Bei der Operation hat es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Die Beklagte hat die Leistungsgewährung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Bei der durchgeführten Operation handelt es sich nicht um eine Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs.1 Satz 1 SGB V. Sie war nicht notwendig, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Die Mammae der Klägerin waren, wie sich aus den gutachtlichen Stellungnahmen des MDK ergibt, zwar groß, jedoch nicht krank. Es lag lediglich eine genzwertige Makromastie vor. Der MDK hat hierzu ausgeführt, dass dies nicht ausreiche für eine Verkleinerungsoperation. Da die Operation bereits durchgeführt wurde, sieht der Senat keine Möglichkeit, durch eine Begutachtung der Klägerin den individuellen Krankheitswert der Brustgröße nachträglich feststellen zu lassen.

Die vorgetragenen orthopädischen oder psychischen Beschwerden sind nicht geeignet, die Beklagte zur Kostenübernahme zu verpflichten. Das Bundessozialgericht hat nämlich ausdrücklich festgestellt, dass jede nur "mittelbare" Behandlung einer speziellen Rechtfertigung bedürfe. Besonders strenge Anforderungen müssen dann gelten, wenn die mittelbare Behandlung eine gezielte Verletzung gesunder Körpersubstanz voraussetze, wie im Fall der Klägerin. Die Interessen der Versicherungsgemeinschaft würden durch einen solchen Eingriff besonders nachhaltig berührt, weil eventuelle Folgekosten der zu Therapiezwecken vorsätzlich veranlassten Gesundheitsschädigung wiederum die Gemeinschaft belasten könnten (s. BSG, Urteil vom 06.10. 1999, SozR 3-2500 § 28 Nr.4). Zu den psychischen Beeinträchtigungen ist zu sagen, dass sie die Klägerin lediglich zu einem einmaligen Aufsuchen eines Spezialarztes veranlasst haben. Dies dürfte zur Ausstellung des Attests erforderlich gewesen sein. Die Beeinträchtigungen auf orthopädischem Gebiet haben sich durch die Operation offensichtlich nicht soweit gebessert, dass nicht weiterhin Behandlung erforderlich ist. Dies hat die Klägerin selbst angegeben. Es gibt somit keine spezielle Rechtfertigung für die mittelbare Behandlung.

Damit kann offen bleiben, ob die Leistungsablehnung durch die Kasse kausal für die der Klägerin entstandenen Kosten war.

Die Kostenfolge ergibt sich aus § 193 SGG und entspricht dem Unterliegen der Klägerin.

Gründe, die Revision gemäß § 160 SGG zuzulassen, sind nicht gegeben.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-28