

## L 5 KR 381/07

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Würzburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 3 KR 279/03  
Datum  
18.06.2007  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 KR 381/07  
Datum  
29.01.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 18. Juni 2007 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für eine stationär durchgeführte Lidoperation in Höhe von 507,56 Euro.

Die 1928 geborene Klägerin ist als Rentnerin bei der Beklagten krankenversichert. Sie beantragte mit Schreiben vom 24. Juni 2003 unter Vorlage einer Verordnung zur Krankenhausbehandlung von Dr. K., Augenarzt, vom 20. Juni 2003 mit der Diagnose Blepharochalasis (Erschlaffung der Oberlidhaut) bei der Beklagten die Übernahme der Kosten der Krankenhausbehandlung. Zur Begründung führte sie aus, dass zunächst ein ambulanter Operationstermin geplant war, der Operateur ihr aber mitteilen ließ, dass eine ambulante Operation nicht möglich sei. Sie habe bereits zwei kleinere Operationen über den Augen gehabt, die Entstellung hänge nun bis unter die Augen, damit könne sie nicht leben. Wie der Beklagten bekannt sei, leide sie auch unter Angstzuständen. Als Operationstermin sei der 7. Juli 2003 vorgesehen.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 18. Juli 2003 ab. Nach dem Bericht der Augenklinik sei der Eingriff aus ästhetischen Gründen erfolgt. Es habe keine medizinische Indikation bestanden, daher habe der medizinische Dienst (MDK) eine Kostenübernahme nicht empfohlen. Bei seiner Entscheidung lag dem MDK ein Arztbrief der Universität W. vom 6. März 2000 und 2. Juli 2003 sowie ein Foto der Klägerin vor. Im Bericht vom 2. Juli 2003 wurde über die Vorstellung der Klägerin am 1. Juli 2003 berichtet und ein Fettgewebeprolaps der Unterlide rechts größer als links diagnostiziert. Aus ästhetischen Gründen werde der Klägerin eine transpalpabrale Fettgewebesresektion empfohlen. Dadurch könne auch das psychische Wohlbefinden verbessert werden, sofern die Krankenkasse die Kosten übernehme.

Dagegen richtet sich der von der Klägerin erhobene Widerspruch. Sie teilte mit, dass der Eingriff nicht aus ästhetischen Gründen erfolgt sei, dieser Vorteil ergebe sich nur zusätzlich. Sie sei seit längerer Zeit wegen der Augenprobleme, vor allem wegen der extrem trockenen Augen, in Behandlung bei Dr. K. ... Die Entfernung des Fettgewebes sei notwendig gewesen, damit die Augenlider wieder anliegen. Im übrigen möge doch ihre nervliche Situation berücksichtigt werden. Außerdem habe sie eine Krankenseinweisung vorgelegt. Bei Einweisung in die Klinik durch einen Arzt müsse die Kasse die Behandlung bezahlen.

Im Widerspruchsverfahren ließ die Beklagte nochmals ein sozialmedizinisches Gutachten durch den MDK von Dr. S. erstellen. Diese war in Auswertung des Fotos und des Berichts der Augenklinik der Auffassung, dass eine überwiegend medizinische Indikationsstellung für den Eingriff am unteren Lid nicht bestätigt werden könne. Die geklagten Beschwerden seien auf eine zusätzlich bestehende Sicca-Symptomatik zurückzuführen. Diese müsse aber durch den Einsatz von Tränenersatzmitteln in Form von Augentropfen, Gelen oder Augensalben behandelt werden. Eine Tränenabflussstörung, die durch den Unterlidbefund hervorgerufen sei, könne nicht erkannt werden. Aus medizinischer Sicht sei daher die Maßnahmen nicht erforderlich gewesen.

Nachdem die Klägerin nach Belehrung über die Entscheidung des MDK an ihrem Widerspruch festhielt, erließ die Beklagte am 14. Oktober 2003 den Widerspruchsbescheid. Da eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgelegen habe, bestehe keine Leistungspflicht der Krankenkasse. Die Augenlideroperation zulasten der Versichertengemeinschaft sei auch unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fixierung nicht möglich, dies habe das BSG zum Beispiel im Urteil vom 10. Februar 1993 (AZ B [1 RK 14/92](#)) bereits entschieden. Eine Leistungspflicht ergebe sich auch aufgrund der ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Dr. K. nicht, da der Arzt die

medizinische Notwendigkeit für Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) hätte prüfen und ausdrücklich begründen müsse. Nachdem Dr. K. keine Begründung für seine Verordnung angegeben habe, habe die Beklagte selbst recherchiert und sei nach eingehender Prüfung zum Ergebnis gekommen, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht vorliegen. Dem Widerspruch könne deshalb nicht abgeholfen werden.

Dagegen richtet sich die zum Sozialgericht Würzburg erhobene Klage, mit der die Klägerin die verauslagten Kosten in Höhe von 507,46 Euro geltend macht. Es habe sich um keine ästhetische Augenlid - Operation gehandelt, denn die Operation sei wegen der Austrocknung des Auges unbedingt erforderlich gewesen. Dies werde auch die Uniklinik W. bestätigen. Nach der Operation seien bisher keine Behandlungen durch Dr. K. mehr notwendig gewesen. Sie bitte jeweils die entsprechenden Befunde einzuholen. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass nach dem Urteil des LSG Rheinland-Pfalz (Az.: [L 5 KR 51/02](#)) die Kasse zur Zahlung der Operationskosten bei Einweisung durch den Arzt verpflichtet sei. Nur aufgrund eines Telefonanrufs der Beklagten beim behandelnden Arzt habe dieser eine Überweisung an Stelle der Krankenhauseinweisung ausgestellt. Sie lege das Schreiben von Dr. K. vom 27. Juni 2003 vor. Dr. K. habe nur auf Drängen der IKK den Einweisungsschein von ihr zurückverlangt. Wegen der großen Probleme am Auge habe sie den bereits festgelegten Operationstermin wahrgenommen.

Die Klägerin legte einen Bericht der Uniklinik W. über die stationäre Behandlung vom 7. Juli 2003 bis 9. Juli 2003, einem Bericht vom 20. Januar 2005 sowie eine Bestätigung von Dr. K. vor. Sie wies gleichzeitig darauf hin, dass seit der Operation keine Behandlung mehr erforderlich sei, keine Entzündungen, kein Juckreiz und keine Schwellungen mehr aufgetreten seien. Vorgelegt wurde ein Bericht an den behandelnden Augenarzt vom 22. Juli 2003, der über ein regelrechtes postoperatives Ergebnis, die Entfernung der restlichen Lidkantenfäden und die Ausstellung eines Rezepts für Liquifilm-AT zur Behandlung der Sicca-Symptomatik berichtet.

Das Sozialgericht richtete eine Anfrage an die Uniklinik W. , ob die Klägerin bei der Aufnahme die obligatorische Krankenhausverordnung vorgelegt habe oder ob ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag für den Aufenthalt vom 7. Juli bis 9. Juli 2003 geschlossen wurde. Die Uniklinik übersandte daraufhin die bereits bekannten Arztbriefe sowie den Aufnahmevertrag vom 6. Juli 2003, den die Klägerin unterschrieben hat. Auf dem Aufnahmeblatt vom 7. Juli 2003 ist als einweisender Arzt vermerkt: "Augenklinik-Arzt".

Mit Urteil vom 18. Juni 2007 wies das Sozialgericht die Klage ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Behandlung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), denn dies setze voraus, dass die Krankenkasse die Kosten dadurch verursacht habe, dass sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Die selbstbeschaffte Behandlung müsse infolgedessen zu den Leistungen gehören, welche die Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) scheitere jedoch, weil ein Primäranspruch auf eine Lidoperation nicht bestehe. Der bei der Klägerin vor der Operation bestehende Fettgewebssprolaps der Unterlider habe keinen regelwidrigen Körperzustand dargestellt, der einer ärztlichen Behandlung bedürftig sei. Die Universitätsaugenklinik W. habe vielmehr eine Beeinträchtigung körperlicher Funktionen weder bestätigt noch eine medizinische Indikation beschrieben. Nach den schlüssigen Ausführungen der MDK Gutachterin sei die Konjunktivitis sicca nicht auf den Fettgewebssprolaps der Unterlider zurückzuführen. Die Operation habe diese auch nicht gebessert, wie die Verordnung vom 22.07.2003 zeige. Im Übrigen könnten nur solche Maßnahmen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, die unmittelbar an der eigentlichen Krankheit ansetzen, so dass deshalb zum Beispiel bei einer reaktiven Depression als Folge eines von der Norm abweichenden Körperzustandes der Behandlungsanspruch sich im allgemeinen nur auf eine Behandlung mit Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie erstrecke. Etwas anderes gelte nur dann, wenn die Normabweichung des Körperzustand eine schwere sichtbare Entstellung darstelle. Dies werde aber weder von der Klägerin geltend gemacht noch in den vorliegenden medizinischen Unterlagen beschrieben. Im Übrigen habe sich die Klägerin bereits vor Ablehnung der Behandlung in stationäre Behandlung begeben, so dass eine Leistungsablehnung durch die Beklagte nicht ursächlich für die Selbstbeschaffung gewesen sei. Die Klägerin könne ihren Anspruch auch nicht auf die vom Augenarzt Dr. K. zunächst ausgestellte Verordnung von Krankenhausbehandlung stützen, denn die Beklagte habe diese Verordnung weder genehmigt noch der Universitätsaugenklinik eine entsprechende Kostenzusage erteilt. Der Klägerin sei bei Aufnahme in die Universitätsaugenklinik am 7. Juli 2003 auch bewusst gewesen, dass die Krankenkasse für die Kosten nicht aufkomme, daher habe sie auch die anfallenden Kosten selbst beglichen. Deshalb sei das von ihr zitierte Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz nicht einschlägig.

Dagegen richtet sich die von der Klägerin eingelegte Berufung. Die Klägerin wiederholte zur Begründung ihre Schilderung, dass sie aufgrund des großen Leidensdrucks die bei der Voruntersuchung empfohlene stationäre Behandlung akzeptiert habe. Bei ihrer Unterschrift auf den Aufnahmeantrag habe sie nicht erkannt, dass sie selbst zahlen müsse, wenn die Kasse sich weigere. Erkennbar sei nur eine Zuzahlung gewesen. Im Gegensatz zu der früheren Behandlung mit Augentropfen habe die Operation eine Besserung gebracht. Die Krankenhausbehandlung sei nötig gewesen, da die vorangehende längere Behandlung durch Dr. K. ohne Erfolg geblieben sei. Der Kasse sei auch bekannt, dass sie unschuldig in DDR-Haft gewesen sei und seither unter Depressionen leide, was 1970 zur Rentenleistung geführt habe. Die Ärzte der Uniklinik hätten schließlich vermerkt, dass durch die Operation das psychische Befinden gebessert werden könne. Die Klägerin fügte einen ärztlichen Befundbericht aus dem Jahre 1994 über ihre psychische Beschwerden bei.

Die Klägerin beantragt ,

das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 18. Juni 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. Juli 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Oktober 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten die Kosten der Operation an den Augenlidern in Höhe von 507,56 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts Würzburg für zutreffend. Grundsätzlich handle es sich bei der Operation um eine Behandlung, die außerhalb des Leistungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liege. Der Medizinische Dienst habe festgestellt, dass der Eingriff aus ästhetischen Gründen erfolgt sei und eine Kostenübernahme nicht empfohlen werden könne. Die vorgelegten Unterlagen seien bereits bekannt und bei der Bewertung des Sachverhalts berücksichtigt worden.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Akten der Beklagten, das Sozialgericht Würzburg und des Bayerischen Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig, erweist sich jedoch als unbegründet. Streitig ist der Betrag von 507,56 Euro, der die Berufungsgrenze überschreitet.

Das Sozialgericht hat zutreffend entschieden, dass die Klägerin gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten hat, die anlässlich der stationären Behandlung mit Operation der Unterlider vom 7. Juli 2003 bis 9. Juli 2003 entstanden sind. Versicherte haben nach den Regelungen des SGB V gegen die Krankenkasse Anspruch auf Leistungen gemäß [§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V](#), die notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, um Erkrankungen medizinisch zu behandeln oder zu lindern. Hierzu zählen auch Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#). 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, müssen diese von der gesetzlichen Krankenkasse in der notwendigen Höhe erstattet werden. Dieser Kostenerstattungsanspruch bildet für Versicherte die einzige Rechtsgrundlage, mit welcher sie die Bezahlung von selbstbeschafften Leistungen erhalten können. Da im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich das Sachleistungsprinzip gilt, ist dieser Kostenerstattungsanspruch niemals weitergehend als der ursprüngliche Leistungsanspruch. Dieser Erstattungsanspruch der Klägerin scheidet daran, dass mehrere Voraussetzungen fehlen. [§ 13 SGB V](#) betont das grundsätzlich herrschende Sach- oder Dienstleistungsprinzip der Krankenversicherung. Das bedeutet, dass eine Kostenerstattung nur dann erfolgen kann, wenn die selbstbeschafften Leistungen entweder von der Kasse, wie zum Beispiel in Notfällen, nicht rechtzeitig erbracht werden konnten oder es sich um zu Unrecht abgelehnte Leistungen handelt. Da ein Notfall im Falle der Klägerin ausscheidet, setzt ein Erstattungsanspruch gegen die Kasse also voraus, dass diese die Sachleistung abgelehnt hat. Die Klägerin hat aber die Operation bereits vor Ablehnung durch die Kasse durchführen lassen, daher fehlt es bereits aus diesem Grund an dem notwendigen Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung und der selbstbeschafften Leistung (so Höfler in Kassler-Kommentar [§ 13 SGB V](#) Anm. 38). Die Versicherte wäre also verpflichtet gewesen vor Inanspruchnahme der Leistung die Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Dies ist nicht geschehen, so dass bereits aus diesem Grund eine Kostenerstattung nicht in Betracht kommt. Wie das Sozialgericht zurecht ausgeführt hat, bestand daneben aber auch keine Erkrankung, die mit den Mitteln der Krankenhausbehandlung zulasten der Beklagten hätte behandelt werden müssen. Gerade der Bericht der Voruntersuchung durch die Uniklinik W. zeigt, dass bei der Klägerin zwar das jetzt angeblich gebesserte Sicca-Syndrom bestand, die Entfernung des Fettgewebes an beiden Augenlidern erfolgte aber aus ästhetischen Gründen, wie diesem Bericht eindeutig zu entnehmen ist und im Übrigen auch in Auswertung der Befunde durch den MDK nachgewiesen wurde. Der medizinische Dienst hat zuletzt durch Dr. S. überzeugend beschrieben, dass keine Funktionsbehinderungen oder sonstigen Gründe erkennbar waren, die eine medizinische Indikation rechtfertigen können. Das Sozialgericht hat ausführlich und überzeugend dargelegt, warum die Voraussetzungen für Erstattung der Kosten einer stationären Behandlung nicht vorliegen. Insoweit wird gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen, da die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückzuweisen ist.

Durch die von der Klägerin eingeräumte Unterzeichnung des Aufnahmevertrages und aufgrund der Rückforderung des Einweisungsscheines durch Dr. K. musste ihr auch bei Aufnahme in die Klinik bewusst sein, dass die Behandlung nicht im Rahmen der Sachleistung durch die Beklagte vorgenommen werden wird. Nur so ist zu erklären, dass sie bereits vor Durchführung der Operation einen Antrag auf Kostenübernahme gestellt hat. Die Klägerin kann sich daher entgegen ihrem Vortrag nicht auf die Einweisung durch Dr. K. berufen, da diese Einweisung zurzeit der Krankenhausaufnahme gerade - wie sie wusste - nicht mehr bestand, sondern von Dr. K. zurückgenommen worden war.

Das Sozialgericht hat auch richtig ausgeführt, dass eine Behandlung der psychischen Belastung nur mit den Mitteln der Psychiatrie, nicht aber durch die begehrte Operation möglich wäre. Eine Entstellung die allein die Durchführung der Operation rechtfertigen würde ist aus keinem der Berichte zu entnehmen. Die Klägerin selbst weist auf die Beschwerden durch das trockene Auge hin. Die Verordnung von entsprechender Tränenflüssigkeit am 22.07.2003 durch die Uniklinik zeigt im Übrigen, dass hier noch entsprechender Behandlungsbedarf bestand. Die Bescheinigung von Dr. K. über die Behandlung bis Juni 2003 kann nicht dahingehend verstanden werden, dass nach diesem Zeitpunkt keine Behandlung durch ihn oder keine Behandlung einer Konjunktivitis sicca mehr erfolgt ist. Da die streitige Behandlung nicht aus medizinischer Indikation erfolgte, kann es darauf aber auch nicht entscheidend ankommen. Die Klägerin hat somit aus den Gründen des angefochtenen Urteils keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der selbst durchgeführten Behandlung in Höhe von 507,56 Euro, so dass die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 18. Juni 2007 zurückzuweisen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf den Erwägungen, dass die Klägerin mit ihrem Begehren nicht obsiegt ([§§ 183, 193 SGG](#)).

Gründe, gemäß [§ 160 Abs. 2 Ziff. 1](#) und 2 SGG die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-08-05