

Rechtsfragen zur Abrechnung/Kostenerstattung

M. Zach

In der Kataraktchirurgie ist seit jeher eine Leistungspflicht der GKV vorgesehen¹. Zugleich sind Maßnahmen der refraktiven Chirurgie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ausgeschlossen.² In der Privaten Krankenversicherung (PKV) wurde durch ein Zivilgericht erstmals eine Leistungspflicht einer PKV für LASIK am 30.03.2006 bejaht.³ Diese Rechtsprechung hat sich zwischenzeitlich konsolidiert⁴ und sieht sich nun Fragestellungen der Linsen Chirurgie gegenüber.

PKV

Seither haben die PKV – bei gleichgebliebener Rechtslage – zur LASIK eine ganze Kaskade juristischer Ablehnungsargumentationen vertreten, die allesamt verworfen worden sind. Heute wird vor dem Zivilgericht kaum noch über die PKV-Erstattungspflicht dem Grunde nach, sondern der Höhe nach gestritten. Fragen der Kostenerstattung der Implantation phaker Linsen und IOL erreichen die Rechtssprechung, eine Tendenz ist derzeit noch nicht erkennbar.

Im Folgenden werden die zur LASIK erhobenen Einwände und die jeweilige Gegenargumentation⁵ dargestellt und aufgezeigt, ob und welche Relevanz der jeweilige Einwand im Bereich der Linsenimplantation besitzt:

¹ EBM-Ä: 1353; LSG NRW, Urt. v. 16.10.2007, L 5 (2) KR 120/05, wonach EBM-Ä 1353 bei einer clear-lens-extraction aber nicht angesetzt werden könne; SG Düsseldorf, Urt. v. 04.02.2010, S 9 KR 159/07, wonach der Leistungskatalog GKV ausschließlich die Verwendung monofokaler Linsen vorsehe.

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung i.d.Fv. 17.01.2006, zuletzt geändert am 24.11.2011, Bundesanzeiger 2012, Nr. 31, S. 747 in Kraft getreten am 24.02.2012, S. 45.13, Anlage II Nr.13

³ AG Dortmund, Urt. v. 30.03.2006, 108 C 8022/05

⁴ AG Dortmund, Urt. v. 30.03.2006, 108 C 8022/05; LG Dortmund, Urt. v. 05.10.2006, 110 C 14594/04; AG Göttingen, Urt. v. 04.06.2008, 18 C 45/07; LG Münster, Urt. v. 21.08.2008, 15 O 21/08; LG Göttingen, Beschl. v. 22.10.2008, 2 S 10/08; LG Wuppertal, Urt. v. 04.12.2008, 7 O 296/07; AG Tiergarten, Urt. 15.09.2009, 6 C 337/07; OLG Karlsruhe, Urt. v. 03.10.2009, 12 U 4/08; LG Dortmund, Urt. v. 04.11.2009, 2 O 206/08; AG Mannheim, Urt. v. 09.07.2010, 12 C 357/09; AG Göttingen, Urt. v. 19.03.2008, 18 C 11/07; LG Stuttgart: Urt. v. 23.09.2010, 5 C 5406/09; LG Köln, Urt. v. 18.11.10, 23 O 329/10; AG München, Urt. v. 11.01.2012, 262 C 29040/08; AG Wiesbaden, Urt. v. 30.03.2012, 91 C 5361710 (11) AG Castrop-Rauxel, Urt. v. 04.05.2012, 4 C 831/10

⁵ Hütt VersR 2007, 1402 ff. und Erwiderung hierauf: Zach/Gedigk: LASIK-Behandlung in der privaten Krankenversicherung VersR 2008, 1043

Wissenschaftlichkeit

Zunächst versuchten einzelne Versicherungen, die wissenschaftliche Absicherung augenchirurgischer Behandlungsansätze in Zweifel zu ziehen. Zu Unrecht, da Maßnahmen der Laserchirurgie seit 2006 zumindest durch die Zivilgerichte als hinreichend wissenschaftlich i. S. d. der PKV-Musterbedingungen (MB/KK) anerkannt sind (Landgericht Göttingen, Beschl. v. 08.07.2008, 2 S 4/08). Zwar fehlen z. T. Langzeitstudien über z. B. zehnjährige Betrachtungszeiträume, randomisierte Doppelblindstudien und hersteller- und produktunabhängige Studien, wie dies von den PKV gefordert wird. Diese Forderung wird jedoch häufig zu Unrecht erhoben, wie das Landgericht Tübingen⁶ in einer Entscheidung vom 11.05.2005, 3 O 267/03, feststellte:

„... der Annahme einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung steht auch nicht entgegen, dass eine Behandlungsmethode noch nicht in der wissenschaftlichen Literatur nach wissenschaftlichem Standard dokumentiert und bewertet worden ist. Liegen solche Veröffentlichungen vor, können sie zwar für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung von Bedeutung sein; andererseits wird auf eine bisher fehlende Veröffentlichung die Verneinung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung nicht gestützt werden können. Bedeutsam für die Beurteilung der Behandlungsmethode kann es schließlich sein, ob diese vor dem Zeitpunkt ihrer Durchführung bereits anderweitig erprobt worden ist. Haben Behandlungen schon zuvor in einer solchen Anzahl stattgefunden, die Aussagen jedenfalls darüber zulässt, ob die Behandlung die mit ihr erstrebte Wirkung wahrscheinlich zu erreichen geeignet ist, kann darin ein besonders aussagekräftiger Umstand für die Beurteilung der Notwendigkeit der Heilbehandlung zu erkennen sein. Die Behandlungsmethode der Kläger ist nicht deshalb als medizinisch nicht notwendig zu verwerfen, weil sich die Studien auf kleinere Patientenzahlen und auf kurze Behandlungszeiträume beziehen und insofern noch keine Langzeitstudien vorliegen.“

Schon vor diesem Hintergrund wird IOL und phaken Linsen nicht eine fehlende langfristige Absicherung entgegengehalten werden können. Zudem sind die heutigen Linsen Fortentwicklungen früherer Medizinprodukte, sodass nicht für jede Innovation wiederholende Langzeitstudien gefordert werden können. Jedenfalls darf die PKV nicht Leistungen verweigern mit dem Hinweis, dass noch kein Konsens der Wissenschaftler eingetreten sei. Dies käme einer Marktzugangsbeschränkung für innovative Ansätze gleich, deren Teilhabe die MB/KK ihren Versicherungsnehmern aber gerade in Aussicht stellt.

Auch bei dem Corneal-Cross-Linking bei Keratokonus⁷ durch Verwendung von Riboflavin und Exposition von UVA-Licht dürfte heute schon eine hinreichende wissenschaftliche Absicherung bestehen, auch wenn nach Auskunft der DOG „der

⁶ Der zugrunde liegende Sachverhalt betraf die prothetische Sofortbelastung in der Zahnimplantologie.

⁷ Der Keratokonus ist eine angeborene Stoffwechselstörung, bei der die Hornhaut ihre Festigkeit verliert.

tatsächliche Behandlungseffekt an einer prospektiven, randomisierten, placebo-kontrollierten Studie noch untersucht werden soll und die bislang vorliegenden Pilotstudien erfolgversprechend klingen⁴⁸.

Gleiches dürfte für die laserrefraktive Katarakt- bzw. Linsenoperation gelten, da PKV-rechtlich hinreichende Belege für den medizinischen Nutzen des zusätzlichen Einsatzes eines Femtolasers unter den Aspekten der Präzision und der Sicherheit vorliegen dürften⁹.

Die bislang fehlende FDA-Zulassung der Kamra-Linse dürfte der PKV-Erstattungspflichtigkeit nicht entgegenstehen, da das CE-Kennzeichen erteilt ist¹⁰.

Fehlsichtigkeit und Krankheit

Dann vertraten einige Versicherer den Standpunkt, eine Kurzsichtigkeit sei keine Krankheit und berufen sich zum Teil bis heute auf eine Entscheidung des Landgerichtes Mannheim¹¹: Dabei wird aber übersehen, dass diese Entscheidung aufgehoben worden war durch das OLG Karlsruhe, Urt. v. 03.10.2009, 12 U 4/08. Auch geringgradige Fehlsichtigkeiten sind in dem vorliegenden Kontext als Krankheit anerkannt (AG Mannheim, Urt. v. 09.7.2010, 12 C 357/09: jeweils $-2,0$ dpt; LG Stuttgart: Urt. v. 23.09.2010, 5 C 5406/09RA $-4,0$ dpt komb. Zyl. $-1,75$ dpt A 0° und LA $-3,5$ dpt komb. Zyl. $-1,5$ dpt 70°). Für den Bereich der Privaten Krankenversicherung sicher unzutreffend ist die Überlegung mancher Sachverständiger, eine geringgradige Fehlsichtigkeit ohne Krankheitswert liege vor, wenn der bestkorrigierte Visus auf dem besseren Auge größer gleich $0,3$ betrage¹², denn derartige Regelungen aus dem Bereich

⁸ www.dog.org/?cat=121

⁹ sodass die medizinische Notwendigkeit des Einsatzes des FemtoLasers in der Kataraktchirurgie auch von Beihilfestellen schon bejaht wurde: Landesamt für Besoldung und Versorgung BW, Bescheid v. 16.03.2013, 213352077234Y

¹⁰ Zach, Die zivilrechtliche Relevanz des CE-Kennzeichens bei Medizinprodukten, MPR, 2012, 4

¹¹ Urt. v. 04.03.2008, 8 O 320/07, VersR 2008, 1200. „Die Ametropie bzw. Fehlsichtigkeit bezeichnet in der medizinischen Optik den Zustand eines Augapfels, der einen optisch im Unendlichen liegenden Gegenstand bei entspannter Akkomodation nicht scharf auf die Netzhaut abbildet. Im Widerspruch zu der von der Bezeichnung „Fehlsichtigkeit“ suggerierten Fehlerhaftigkeit steht die Tatsache, dass die weit überwiegende Mehrzahl aller menschlichen Augen ametrop ist. Ebenso gehört es zum natürlichen Alterungsprozess des Menschen, dass die Akkomodationsfähigkeit des menschlichen Auges physiologisch – und damit nicht krankhaft – mit zunehmendem Lebensalter abnimmt und sich damit eine sog. Alterssichtigkeit einstellt. Der als Sollwert festgelegte Wert „ $0,0$ dpt“ mag danach zwar einen Idealwert für das optimale Sehen darstellen, an dem das Bedürfnis des Versicherten für eine Korrektur seines Sehens angeknüpft wird. Es stellt jedoch keine Norm im engeren Sinne dar, anhand deren bei Abweichungen ein echtes Krankheitsbild im Sinne der MB/KK 94 beschrieben wird, da ein regelwideriger körperlicher Zustand gerade nicht gegeben ist. Vor diesem Hintergrund kann von einer Ametropie (streitgegenständlich rechts $-4,5$ dpt und links $-4,0$ dpt) auch nicht per se von einem abnormen Zustand im Sinne einer Krankheit gesprochen werden, sondern ebenso wie bei der Bildung von Falten im Alter oder der Glattenbildung bei Männern zunehmenden Alters handelt es sich zwar um einen von der Mehrzahl der Menschen unerwünschten, nicht jedoch medizinisch krankhaften Zustand.“

¹² So führte der universitäre GA unter Berufung auf die Hilfsmittelrichtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit v. 15.03.2012, §§ 12–17 Bundesanzeiger AT, 10.04.2012 B2, aus: „Im Sinne einer Erkrankung bezüglich einer Minderung der Organfunktion d. h. des Sehvermögens wird sie namens der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses z. B. gewertet, wenn die bestkorrigierte Sehschärfe kleiner/gleich $0,3$ beträgt.“

der GKV besitzen für die PKV keine Relevanz. Zumindest fragwürdig erscheint auch die an die Patienten erteilte Information zu sein, dass es sich bei einer Fehlsichtigkeit bis $-3,0$ dpt um eine leichte und mittelgradige Kurzsichtigkeit handele, die noch keinen Krankheitswert besitze (<http://www.augeninfo.de/patinfo/myopie.htm>).

Bei dem Krankheitsbegriff der MB/KK spielt es keine Rolle, in welchem Maß eine Fehlsichtigkeit den Patienten in beruflicher Hinsicht einschränkt. Anders verhält es sich im Bereich der Beihilfe: Hier wird beispielsweise eine erhöhte Blendempfindlichkeit deshalb als Krankheit bestätigt, weil sie die Polizeidienstfähigkeit einschränkt, OVG Hamburg, Urt. v. 02.03.2012, 1 Bf 177/10: Gemäß Ziff. 5.2.4 der Anlage 1 der PDV 300 Ausgabe 1998 „Ärztliche Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit und der Polizeidienstfähigkeit“ darf die Blendungsempfindlichkeit nicht erhöht sein und es gilt der gleiche Grenzwert wie bei der Dämmerungssehschärfe bei einem Umfeld von $0,1 \text{ cdm}^2$. Liegt eine solche erhöhte Blendempfindlichkeit vor, so ist ein Bewerber für den Polizeidienst nach Ziff. 2.3.3 PDV 300 als polizeidienstunfähig zu beurteilen¹³.

Kostenvergleich nicht zulässig

Auch wurde die Leistung durch PKV verweigert mit dem Hinweis darauf, dass die Kosten einer LASIK oder Linsenimplantation ein Vielfaches dessen darstellen, was Brille und Kontaktlinse kosten. Diese Bilanz wäre für die PKV rechnerisch nur dann richtig, wenn berücksichtigt wird, dass die PKV für eine Brille in der Regel nur einen Sockelbetrag von z. B. 120 Euro leistet unabhängig von den insgesamt anfallenden Kosten. Im Bereich der ambulanten Augen Chirurgie gilt, dass Aufwendungen tariflich (i. d. R. zu 100 %) zu erstatten sind und der Versicherungsnehmer sich nicht auf ein kostengünstigeres Verfahren verweisen zu lassen braucht (BGH, Urt. 12.03.2002, IV ZR 278/01, VersR 2003, 581). Konkret: Trotz Kostendifferenz muss die LASIK statt Brille bezahlt werden und die laserrefraktive Linsen-OP, auch wenn die Phakoemulsifikation mittels Ultraschalls kostengünstiger wäre (sofern die konkurrierenden Behandlungsansätze jeweils für sich medizinisch notwendig sind).

Grundsatz der Nachrangigkeit war eine unzulässige juristische Fiktion

Wie im Beihilferecht, wo die Nachrangigkeit der Kostentragung für Brille und Kontaktlinse normiert ist (VGH München, Beschl. v. 22.03.2010, 14 ZB 08.1083; Verwaltungsgericht Düsseldorf, Urt. v. 30.05.2012, 10 K 5359/10, zu § 77 Abs. 3 LBG), erhoben die PKV den Einwand der sog. Nachrangigkeit einer augenchirurgischen Behandlung gegenüber der Verwendung von Heilmitteln wie Brille und Kontaktlinse und konnten sich dabei zunächst auf LG München I, Urt. v. 07.12.06, 34 S 13369/06, und LG Köln, Urt. v. 13.5.2009, 23 S 53/08¹⁴ berufen. Dies war jedoch bald

¹³ <http://rechtsprechung.hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psm1?showdoccase=1&doc.id=MWRE120001012&st=ent>).

¹⁴ http://www.justiz.nrw.de/nrwe/lgs/koeln/lg_koeln/j2009/23_S_53_08urteil20090513.html

abgelehnt worden, da sich ein Vorrang von Brille oder Kontaktlinse den Versicherungsbedingungen nicht entnehmen lässt und insbesondere von einem Ausschluss der Behandlungskosten für Augen Chirurgie in den Versicherungsbedingungen abgesehen worden war (LG Göttingen, Beschl. v. 22.10.2008, 2 S 10/08). Heute folgt in den Versicherungsbedingungen die Rechtsprechung der Publikation einer früheren BGH-Richterin, wonach ein Patient sich nicht darauf verweisen lassen muss, seine Fehlsichtigkeit mittels Sehhilfen zu kompensieren, sofern er diese durch eine augenchirurgische Operation beheben lassen kann¹⁵, wie jetzt auch das LG Köln, Urt. v. 18.07.2012, 23 O 213/11, S. 5, bestätigt:

„Der Versicherungsnehmer muss sich nicht grundsätzlich darauf verweisen lassen, seine Fehlsichtigkeit mittels Sehhilfen zu kompensieren, sofern die in Rede stehende Operation ihrerseits die Voraussetzungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung erfüllt. Denn das Tragen einer Sehhilfe stellt in Bezug auf die Fehlsichtigkeit keine Heilbehandlung dar. Mit Hilfsmitteln werden körperliche Defekte lediglich über einen längeren Zeitraum ausgeglichen und eine Ersatzfunktion für ein krankes Organ wahrgenommen, indes ohne dessen Funktionsfähigkeit wieder herzustellen. Sehhilfen kompensieren lediglich einen regelwidrigen Körperzustand, während die Fehlsichtigkeit fortbesteht.“

Auch Augen Chirurgie kompensiere nur, heile aber nicht

Zunächst gibt es den PKV-Einwand, dass eine Heilung nicht eingetreten sei, wenn nach refraktiver Maßnahme immer noch Heilhilfsmittel verwendet werden müssten. Dem ist entgegenzuhalten, dass auch im PKV-Recht schon jede Linderung oder Besserung als Heilung zu verstehen ist¹⁶. Des Weiteren erheben die PKV den Einwand, bei LASIK oder Linsenimplantation werde die Kurzsichtigkeit nicht geheilt oder behoben, sondern es erfolge lediglich eine andere Art der optischen Korrektur. Aus dem Umstand, dass die Kontaktlinse in das Auge implantiert werde oder ein Hornhautabtrag im Inneren des Auges vorgenommen werde, begründe jedenfalls keinen Vorrang dieser Verfahren, da sämtliche Ansätze (Brille, Kontaktlinse, LASIK und Linsenimplantation) lediglich der Kompensation der Fehlsichtigkeit dienen und sämtliche Ansätze zuverlässig im Ergebnis die Korrektur der Fehlsichtigkeit herbeizuführen geeignet seien. Dem ist die Rechtsprechung nicht gefolgt, da qualitativ zu differenzieren sei, ob extrakorporal ein Effekt mit und in Abhängigkeit eines sog. Heilhilfsmittels erzielt werde oder durch chirurgischen Eingriff unter Verwen-

¹⁵ Kessal-Wulf r+s 2010, 359

¹⁶ Nach § 1 Abs. 2 MB/KK ist eine Behandlung medizinisch notwendig, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und ihrer Planung vertretbar ist, die Maßnahme als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar ist eine Heilbehandlung dann, wenn sie in fundierter und nachvollziehbarer Weise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet. Davon ist dann auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode und Therapie zur Verfügung steht und angewendet wird, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

dung dauerhaft implantierter Medizinprodukte (AG Stuttgart: Urt. v. 23.09.2010, 5 C 5406/09; AG Mannheim, Urt. v. 09.7.2010, 12 C 357/09).

Die Implantation der phaken Linse in den Körper spricht für eine Heilung statt nur für Kompensation. Sie dürfte nicht invasiver sein als eine LASIK, die regelmäßig medizinisch notwendig i. S. d. Versicherungsbedingungen ist. Sie dürfte umso klarer medizinisch notwendig sein, je deutlicher der LASIK-Indikationsbereich verlassen ist (Myopie von mehr als -10 oder -12 dpt). Demgegenüber stellt die von außen aufgebraachte Kontaktlinse lediglich eine Sehhilfe und damit eine Kompensation von außen dar, die zwar das Leben mit der Erkrankung erleichtern soll, sie aber nicht beseitigt. Die chirurgische Linseneinbringung stellt somit eine Heilbehandlung dar, deren Kosten – wie im Fall der LASIK – regelmäßig von der privaten Krankenversicherung zu tragen sein dürften. Auch im Beihilfenrecht wird erwogen, eine phake Linse als erstattungsfähiges Hilfsmittel zu betrachten, das gleichberechtigt neben Brille und Kontaktlinse steht. Da es hier im Beihilferecht aber auf einen Kostenvergleich zwischen Brille und phaker Linse im Rahmen der wirtschaftlichen Angemessenheit ankommt, wurde eine Erstattungspflicht aber im Ergebnis verneint¹⁷.

Der Austausch einer trüben Linse durch eine Multifokallinse wird häufig als medizinisch notwendig anzusehen sein, sofern zugleich ein Katarakt und eine korrekturbedürftige Fehlsichtigkeit vorliegen. Bei starken Fehlsichtigkeiten von mehr als -10 dpt wird der Einwand erhoben, dass der Indikationsbereich der LASIK verlassen sei. Dann dürfte seitens des Kostenträgers umso klarer die medizinische Notwendigkeit einer IOL zu bejahen sein z. B. mit einem Indikationsbereich von -8 bis -16 dpt).

Der IOL-Linsenaustausch bei klarer Linse (clear lens extraction) soll nur nach einzelfallbezogener Gesamtabwägung zu bejahen sein: es soll auf das Maß der Fehlsichtigkeit des Patienten ankommen, auf die individuellen Behandlungsrisiken sowie die nachträgliche Korrekturmöglichkeiten im Fall des Auftretens von Komplikationen. Hierbei handelt es sich um Einfallabwägungen zur Indikation der Behandlung und dem Risikoprofil des Patienten, die letztlich nur von einem gerichtlich bestellten Sachverständigen abschließend und verbindlich festgestellt werden können. Rechtlich erscheint es jedoch zweifelhaft, ob eine solche Abwägung zur Leistungsfreiheit der Versicherung führen kann, da diese Überlegungen ausschließlich in der Risikoaufklärung des Patienten wurzeln. Vieles spricht dafür, dass sich der Patient auch zugunsten einer (im Vergleich zur LASIK) risikoträchtigeren und invasiveren Behandlung einer IOL entscheiden können soll und die Krankenversicherung nicht nachträglich über das Instrument der Kostenerstattung berechtigt sein kann, die von dem Versicherungsnehmer getroffene Risikoentscheidung zu revidieren (andere Auffassung: LG Köln, Urt. v. 18.07.2012, 23 O 213/11).

¹⁷ Verwaltungsgericht Düsseldorf, Urt. v. 30.05.2012, 10 K 5359/10, trotz Verbesserung des Visus von 0,4 auf 1,0 bei RA $-11,0 -5,25/25^\circ$ LA $-10,25 -5,0/150^\circ$ bei Kombinationsbehandlung Implantation einer phaken Linse und LASIK

PKV-Erstattung abhängig von der Organisationsform?

Sofern die Liquidation der Behandlung durch eine GmbH erfolgt, wird aus § 4 Abs. 2 MB/KK zum Teil Leistungsfreiheit abgeleitet, da dem VN die freie Arztwahl nur unter den niedergelassenen Ärzten zugestanden ist und eine GmbH im Sinne des ärztlichen Zulassungsrechts nicht niedergelassen sein kann, es sei denn, sie ist als medizinisches Versorgungszentrum organisiert. Dieser Einwand greift aber schon nicht durch, wenn im Fall einer ambulant durchgeführten Operation diejenige Qualität gewährleistet sei, die im Fall einer stationären Durchführung im Hinblick auf Sterilität, Dokumentation, ärztliche Leitung gegeben wäre. Darüber hinaus sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Organisation als MVZ weichenstellend für die Erstattungsfähigkeit sein solle (AG Wiesbaden, Urt. v. 30.03.2012, 91 C 5361/10 (11), AG Mannheim, Urt. v. 09.07.2010, 12 C 357/09).

Vorvertraglichkeit der Fehlsichtigkeit?

Raffiniert ist auch der Einwand der Vorvertraglichkeit, wenn ein Versicherungsnehmer bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes eine Fehlsichtigkeit hatte, die seither etwa gleich geblieben ist und seither mittels Brille oder Kontaktlinse bewältigt wird. Die PKV sagt dann, die Heilbehandlung sei bereits vor Versicherungsbeginn eingeleitet worden, was wegen Vorvertraglichkeit zur Leistungsfreiheit führe. Dagegen spricht, dass das Tragen der Sehhilfe zur Kompensation der Fehlsichtigkeit keine Heilbehandlung darstellt (LG Köln, Urt. v. 18.07.2012, 23 O 213/11, S. 5). In diesem Sinne hatte auch AG Wiesbaden, Urt. v. 30.03.2012, 91 C 5361/10 (11) n. rkr., S. 5 unten, ausgeführt:

„Nach § 2 Abs. 2 Satz 2 MB/KK beginnt der Versicherungsfall mit der Heilbehandlung. Darunter ist jede ärztliche Tätigkeit zu verstehen, die durch die betroffene Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Bereich der Krankenpflege fällt und auf Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt, mag dieses Endziel auch erst nach Unterbrechungen oder mit Hilfe weiterer Ärzte erreicht werden. Vorgelegt wurde jedoch lediglich eine wohl beglichene Rechnung über eine Brille mit Gläsern. In einer Verordnung derselben liegt jedoch keine ärztliche Tätigkeit im oben genannten Sinne. Vielmehr liegt hierin die Verordnung eines Hilfsmittels im Sinne von § 4 Abs. 3 MB/KK 2009.“

Aspekte der GOÄ-Liquidation

Die Abrechnung der LASIK und PRK wird dirigiert durch die Empfehlung der Bundesärztekammer analog 1345 und 5855 GOÄ einerseits und analog 5855 GOÄ andererseits (Deutsches Ärzteblatt 2002, Heft 3, A 144). Heute kaum noch mehr vertreten ist die dort vorgenommene Bewertung, bei LASIK

„handelt sich es sich – von wenigen medizinischen Indikationen abgesehen (beispielsweise extreme Kurzsichtigkeit oder rezidivierende Hornhauterosionen) – überwiegend um eine Leistung auf Verlangen des Patienten.“

Heute nicht mehr haltbar ist der Einwand der PKV 5855, analog GOÄ sei als bloße Zuschlagposition nur bis zum 1,0- oder bis zum 1,8-fachen Satz abrechenbar, weil der Lasereinsatz nur als Bestandteil der Gesamtoperation zur Fehlsichtigkeitskorrektur zum Einsatz gelange (LG Köln, Urt. v. 19.10.2005, 25 S 19/04¹⁸, bestätigt die Abrechnung mit dem 2,5-fachen Faktor). Ob eine Abrechnung mit oder ohne Abdingung (dann aber mit Begründung) bis z. B. zum 3,5-fachen Steigerungssatz zulässig ist, ist noch nicht geklärt: Dagegen spricht § 5 Abs. 3 i. V. m. § 2 Abs. 3 GOÄ, wonach radiologische Leistungen nur bis zum 2,5-fachen Faktor abrechenbar sind. Dafür spricht, dass bei hinreichender Begründung die Analogposition von dem Gebührenrahmen in direkter Anwendung bei ausreichender Begründung gelöst werden können soll (Brück, Ärztekammerkommentar zur GOÄ, § 6 Rn. 5 a. E., S. 164)¹⁹. Begründungsansatz wäre insofern, dass es sich vorliegend nicht um eine radiologisch-diagnostische Erhebung eines statischen Befundes handelt, sondern um einen chirurgisch-therapeutischen Eingriff, bei dem die GOÄ ansonsten ausnahmslos eine Steigerung z. B. auf den 3,5-fachen Satz zulässt. Dafür könnte ferner sprechen, dass die Pos. 5855 GOÄ bei direkter Anwendung im Rahmen einer Bestrahlungstherapie planmäßig wiederholt zur Anwendung gelangt, während dies bei analoger Anwendung auf einen chirurgischen Sachverhalt nicht der Fall ist.

Manches spricht dafür, die analoge Anwendung der 5855 GOÄ analog neben 1375 GOÄ auch auf die laserrefraktive Katarakt- bzw. Linsenoperation zu erstrecken. Die Verwendung des Femtosekundenlasers stellt nämlich nicht lediglich eine Modifikation des durch GOÄ 1375 erfassten und abschließend abgerechneten Operationsverfahrens dar. Vielmehr handelt es sich um eine qualitative Erweiterung des Behandlungsgeschehens und in diesem Umfang um eine durch GOÄ 1375 nicht erfasste Leistung. Dem steht nicht entgegen, dass die Anwendung des Femtosekundenlasers im Rahmen eines einheitlichen OP-Vorganges erfolgt – wie bei der LASIK, wo die Ä5855 ebenfalls neben der Ä1345 abgerechnet wird. Vielmehr spricht Ä5855 ausdrücklich von einer „intraoperativen Strahlenbehandlung“ und weist somit gerade darauf hin, dass diese Position neben einer anderen Leistungsziffer abrechenbar sein soll²⁰.

¹⁸ http://www.justiz.nrw.de/nrwe/lgs/koeln/lg_koeln/j2005/25_S_19_04urteil20051019.html

¹⁹ „Im Grundsatz sei davon auszugehen, dass der Analogabgriff gleichzeitig auch den Gebührenrahmen nach § 5 Abs. 1 bzw. Abs. 3 GOÄ bestimmt. Sei die als gleichwertig angesehene Gebührenposition daher im kleinen Gebührenrahmen enthalten, so könne für die analog bewertete Leistung auch nur dieser kleine Gebührenrahmen in Ansatz gebracht werden. Ausnahmen hiervon müssten ausdrücklich begründet werden.“

²⁰ So wurde die Abrechnung Ä1375 (3,5) neben Ä5855 (2,5) im Rahmen der laserrefraktiven Kataraktchirurgie im Rahmen der Beihilfe auch schon bejaht: Landesamt für Besoldung und Versorgung BW, Bescheid v. 16.03.2013, 213352077234Y

Beihilfe

Des Öfteren erfolgen nun auch Bewilligungen augenchirurgischer Operationen zur Beseitigung von Fehlsichtigkeiten im Rahmen der Beihilfe. Hier ist allerdings ein erstattungsrechtliches Nachrangigkeitsprinzip in vielen Beihilfeverordnungen niedergelegt: Jedoch kann das Auftreten asthenopischer Beschwerden oder ein ausgeprägtes Fremdkörpergefühl gegen eine Verweisung auf die Hilfsmittel Brille oder Kontaktlinse sprechen (Berufsgenossenschaft BG RCI, 2/400585, Bescheid v. 20.09.2012). Ebenso können eine erhöhte Blendempfindlichkeit und ein Schwindelgefühl eine Verweisung auf Brille oder Kontaktlinsen ausschließen und eine augenchirurgische Maßnahme erforderlich machen, wenn sonst die volle Polizeidienstfähigkeit nicht wiederhergestellt werden könnte (OVG Hamburg, Urt. v. 02.03.2012, 1 Bf 177/10). Bei einem anderen Patienten mit mehr als +6 dpt sprach die schlechte Abbildungsqualität und die Gesichtsfeldeinschränkung gegen eine Verweisung auf die Brille. Da wegen Trockenheit des Auges Kontaktlinsen nicht verträglich waren, wurde die Implantation einer torischen Intraokularlinse mit nachfolgender LASIK im Rahmen der Beihilfe bewilligt (OLG Hamm, Bescheid v. 05.04.2012, 3194217). In Rheinland-Pfalz dürfte der Anspruch stets bestehen, wenn zwei privatärztliche Bescheinigungen zur Hilfsmittelunverträglichkeit vorgelegt werden (VG Neustadt an der Weinstraße, Urt. v. 08.05.2013, 1 K 1061/12.NW).

GKV

Nach Anlage II Ziff. 13 der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung in der Fassung vom 17. Januar 2006 (BAnz Nr. 48 S. 1523) zuletzt geändert durch Beschluss vom 14. April 2011 (BAnz 2011 Nr. 107 S. 2555, 2557) gehört die refraktive Augenchirurgie und damit das LASIK-Verfahren zu den von dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Behandlungen.

Auch aus verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten (BVerfG, sog. Nikolausbeschlüsse v. 06.12.2005, 1 BvR 347/98,) kommt eine Ausweitung der Leistungspflicht nach dem SGB V in aller Regel nicht in Betracht. Zwar kann der sonst drohende Funktionsverlust eines Organs (Sehkraft) eine existenzielle Betroffenheit des Patienten darstellen. Dies vermag eine Ausweitung der GKV-Leistungspflicht aber nach den Ausführungen des LSG Nordrhein-Westfalen nicht zu bewirken, LSG NRW, Urt. v. 16.10.2007, L 5 (2) KR 120/05:

„Versicherte der GKV haben danach Anspruch auf eine verfassungskonforme Leistungserweiterung nur wegen solcher Krankheiten, die in absehbarer Zeit zum Verlust des Lebens oder eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion führen (BSG Beschluss vom 14.05.2007, Az.: B 1 KR 16/07 B). Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben. Der Klägerin drohte nicht der Verlust einer heraus-

gehobenen Körperfunktion (Sehvermögen). Sie selbst hat nicht geltend gemacht, dass sich ihr Sehvermögen drastisch verschlechtert hat. Außerdem standen der Klägerin die Möglichkeiten des Tragens einer Brille oder aber von Kontaktlinsen – wenn auch möglicherweise wegen Unverträglichkeit nur mit Einschränkungen – zur Verfügung. Auch wenn der Klägerin – wie sie geltend gemacht hat – tatsächlich das Tragen einer Brille sowie von Kontaktlinsen nicht möglich gewesen sein sollte, ist dies nach Auffassung des Senats in der Bewertung nicht mit dem – generellen und vollständigen – Verlust des Sehvermögens gleichzustellen.“

Bei einer beidseitigen Uveitis (Entzündung der mittleren Augenhaut) mit drohender Erblindung hielt das SG Frankfurt²¹ eine Interferon-Therapie für erfolgversprechend, nachdem die herkömmlichen Therapieformen erfolglos geblieben waren. Hier war die Krankenkasse zur Leistung verurteilt worden, obwohl die Erkrankung der Patientin nicht lebensbedrohlich war, sondern „nur“ zu einem massiven körperlichen Funktionsverlust (beidseitige Erblindung) führte. Damit dehnte das SG Frankfurt die Leistungspflicht der Krankenkassen über den vom BVerfG abgesteckten und vom BSG konkretisierten Anwendungsbereich des Off-Label-Use bei lebensbedrohlichen Erkrankungen aus und bejahte den Off-Label-Use auch bei solchen Krankheiten, die bei weiterem Fortschreiten zu gravierenden Folgen (Verlust eines Sinnesorgans/Sehvermögens) führen (SG Frankfurt/M., Beschl. 22.08.2006 – S 21 KR 444/06 ER).

Der Bundestag hatte am 01.12.2011 eine Mehrkostenregelung bei Sonderlinsen für Kataraktpatienten (vergleichbar der SGB-V-Regelung zum Zahnersatz) beschlossen. Letztlich erfolgt sonach eine Privatbehandlung, bei der bestimmte GKV-Erstattungsbeträge (je nach KV und Teilnahme eines OP-Zentrums an Strukturverträgen) verrechnet werden²².

²¹ SG Frankfurt/M., Beschl. 22.08.2006 – S 21 KR 444/06 ER

²² Schmickler, Der Augenspiegel 4/2013, S. 32