

Medizinische Notwendigkeit einer Laser-Operation an den Augen (Lasik)

MBKK 94 §§ 1 Abs. 1, 24 Abs.2

1. Bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Korrektur von Fehlsichtigkeit durch eine Laser-Operation an den Augen (sog. Lasik-Operation) kann auf die Bewertung der Kommission für Refraktive Chirurgie (KRC) und die darin beschriebenen Grenzbereiche zurückgegriffen werden.

2. Eine „Nachrangigkeit“ der Lasik-Operation gegenüber der Verwendung von Brillen oder Kontaktlinsen besteht nicht.

3. Um einen niedergelassenen Arzt i.S.v. § 4 Abs. 2 MBKK 94 handelt es sich auch dann, wenn dieser im Rahmen der Behandlung und Vertragsabwicklung mit einer juristischen Person zusammengearbeitet hat; maßgeblich ist, dass der Behandlungsvertrag zwischen dem Arzt und dem Patienten geschlossen worden ist.

LG Frankfurt (Oder), *Urteil* vom 2. 10. 2012 - 6a S 198/11

Zum Sachverhalt:

I. Der Kl. nimmt seine private Krankenvers. auf Erstattung von Kosten für eine Laser-Operation an den Augen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (sog. LASIK-Operation) in Anspruch.

Der Kl. ist selbstständiger Physiotherapeut. Er litt unter einer Weitsichtigkeit (+4.50 dpt auf dem linken Auge; +2.50 dpt auf dem rechten Auge) in Kombination mit einem Astigmatismus und war deshalb Brillenträger.

Bis zum 31. 12. 2009 war er bei der Bekl. mit dem Tarif ... krankenversichert...

Am 19. 8. 2008 unterzeichneten der Kl. und Dr.med. A eine Honorarvereinbarung über eine beidseitige Behandlung der Augen mittels „LASIK mit Femtosekundenlaser wellenfrontgeführt“.

Diese Operation wurde dann am 26. 8. 2008 auch vorgenommen. Hierfür stellte die ... „im Auftrag von Dr.med. A“ dem Kl. am 8. 10. 2008 ein ärztliches Honorar in Höhe von 4560,00 € in Rechnung.

Nach der Operation besteht eine Weitsichtigkeit rechts von +1,25dpt. und links von +1,5 dpt. mit Reststigmatismus von 0,5 dpt. Der Kl. benötigt postoperativ nunmehr eine einfache Lesebrille zum Nahausgleich.

Mit Schreiben vom 18. 9. 2008 und vom 3. 12. 2008 lehnte die Bekl. die Erstattung der Operationskosten ab ...

Das AG hat die Bekl. zur Zahlung von 500 € verurteilt und die Klage im Übrigen abgewiesen.

Aus den Gründen:

II. Die zulässige Berufung ist begründet.

Der Kl. hat gegen die Bekl. einen Anspruch auf Zahlung von 4560,00 € aus dem KrankenversVertrag i.V.m. § 1 I lit. a AVB.

1. Zwischen den Parteien bestand zur Zeit der LASIK-Operation ein privater KrankenversVertrag, dem die AVB zu Grunde lagen.

Danach erbringt der Versicherer im VersFall Ersatz von Aufwendungen für eine Heilbehandlung, § 1 I lit. a AVB. Der VersFall ist gemäß § 1 II AVB die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit.

2. Der Kl. war vorliegend krank. Der Krankheitsbegriff wird als anomaler Körper- oder Geisteszustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt (BGH r+s 1987, 80 =VersR

87, 278f.) definiert. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist anhand objektiver Kriterien zu bestimmen (BGH aaO). Der Kl. litt an einer Überweitsichtigkeit, die nicht bloß altersbedingt war. Er musste daher eine Brille als Sehhilfe tragen. Das bestätigt auch der Sachverständige.

3. Die LASIK-Operation war auch eine Heilbehandlung. Darunter ist jegliche ärztliche Tätigkeit anzusehen, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist und die auf eine Heilung, Besserung oder Linderung einer Krankheit abzielt (st. Rspr., BGH r+s 1996, 457 = BGHZ 133, 208; Voit in: Prölss/Martin, § 192 VVG Rn. 49 m.w.N.). Linderung bedeutet die unmittelbare Besserung eines krankhaften Zustands. Die LASIK-Operation soll dazu führen, die Weitsichtigkeit zu korrigieren oder ganz zu beheben. Sie diene auch im vorliegenden Fall jedenfalls der Linderung des Leidens, indem das Ausmaß der Fehlsichtigkeit vermindert werden sollte. Eine solche Linderung ist auch eingetreten,

LG Frankfurt (Oder): Medizinische Notwendigkeit einer Laser-Operation an den Augen (Lasik) (r + s 2013, 30 ▲
29) ▼

indem beim Kl. postoperativ eine deutlich verringerte Weitsichtigkeit (+1.25 dpt auf dem rechten Auge; +1.50 dpt auf dem linken Auge) festzustellen war, so dass dieser eine Brille nur noch für den Nahbereich als Lesebrille benötigt.

4. Schließlich war die LASIK-Operation auch medizinisch notwendig. Dem Wortlaut und Sinn nach zielt die medizinische Notwendigkeit darauf ab, in das versicherte Risiko nur Leistungen für Maßnahmen einzubeziehen, die aus medizinisch-objektiver Sicht geeignet sind, einen qualifizierten Behandlungserfolg zu erzielen. Es ist nicht Zweck einer Krankenvers., Leistungen für subjektiv wünschenswerte, objektiv zur Krankheitsbehandlung aber nicht erforderliche Maßnahmen zu erbringen (Bach/Moser, PKV, 4. Aufl., § 1 Rn. 29). Die Notwendigkeit bestimmt sich daher nach rein objektiven Kriterien (BGHZ aaO), so dass die ärztliche Verordnung einer Methode allein noch nicht ihre medizinische Notwendigkeit bestätigt. Der kontinuierliche Erkenntnisfortschritt in der Medizin, die Unsicherheiten einer Diagnose und die Schwierigkeiten bei der Abschätzung der Erfolgsaussichten einer Behandlung im Einzelfall machen es erforderlich, einen Korridor zu eröffnen, der verschiedene Behandlungsmethoden als medizinisch vertretbar erscheinen lässt. Der Zweck des VersVertrages wäre nicht erreicht, wenn nicht alle aus ärztlicher Sicht vertretbaren Behandlungsmethoden und Behandlungsschritte abgedeckt wären. Denn dann träfe den Versicherten das finanzielle Risiko, wenn sich ex-post eine andere Methode als vorzugswürdig herausstellt. Eine Behandlungsmethode ist aus diesen Gründen dann als medizinisch notwendig einzustufen, wenn ihre Anwendung nach den festgestellten objektiven medizinischen Befunden und den Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung als medizinisch vertretbar angesehen werden kann (BGH aaO; Voit a.a.O. § 192 VVG Rn. 61 m.w.N.).

Die medizinische Vertretbarkeit richtet sich im Allgemeinen danach, ob die ins Auge gefasste Behandlungsmethode wissenschaftlich dahingehend anerkannt ist, dass sie geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern (BGH VersR 2003, 584; BGH r+s 1987,88 = BGHZ 99, 228; BGHZ 133, 208; BGH VersR 1979, 221).

a) Nach diesen Kriterien ist die LASIK-Operation im vorliegenden Fall als medizinisch notwendig einzustufen. Die LASIK ist in dem hier in Rede stehenden Anwendungsfall als wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode als medizinisch vertretbar anzusehen.

Als primär maßgeblich sieht die Kammer in diesem Kontext die Bewertung der Kommission für Refraktive Chirurgie (KRC) an, die Richtlinien zur Bewertung und Qualitätssicherung refraktiv-chirurgischer Eingriffe unter www.augeninfo.de/krc/veroeffentlicht hat. Die KRC ist als gemeinsame Kommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA) eingerichtet worden, um angesichts der „stürmischen Entwicklung“ auf dem Gebiet der refraktiven Chirurgie eine stets aktualisierte Bewertung der refraktiv-chirurgischen Verfahren vorzunehmen.

Nach den Richtlinien der KRC (Stand: Mai 2011) handelt es sich bei der LASIK um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, welches für eine Myopiekorrektur bis -8 dpt, Astigmatismuskorrektur bis 5 dpt und Hyperopiekorrektur bis +3 dpt anwendbar ist. Als Grenzbereich wird die Myopiekorrektur bis -10 dpt, Astigmatismus bis 6 dpt und die Hyperopiekorrektur bis +4 dpt angegeben. Entgegen der Behauptung der Bekl.

lässt sich den Richtlinien der KRC eine „Nachrangigkeit“ der refraktären Chirurgie gegenüber herkömmlichen Methoden nicht entnehmen.

Mit einer voroperativen Hyperopie von 2,5 (rechts) bzw. 4,5 (links) lag der Kl. nach den Feststellungen des Sachverständigen noch im Grenzbereich des von der KRC als wissenschaftlich anerkannten Bereichs, so dass von einer medizinischen Vertretbarkeit auszugehen ist. Den Feststellungen des Sachverständigen lassen sich Anhaltspunkte für eine Kontraindikation im konkreten Fall nicht entnehmen. Der Sachverständige führt zwar in seinem Gutachten aus, dass die Refraktionswerte des linken Auges des Kl. in Bezug auf die Kriterien der KRC als grenzwertig anzusehen seien. Grenzwertigkeit bedeutet jedoch nicht, dass sie intolerabel außerhalb dieser Kriterien liegen.

Der Grenzbereich wird auch nicht deshalb verlassen, weil der Grenzbereich mit bis +4 dpt. angegeben ist und beim Kl. ein Wert von +4,5 dpt. gemessen wurden. Denn nach allgemeinen naturwissenschaftlichen Standards wird die Genauigkeit eines Wertes regelmäßig durch die Anzahl der Nachkommastellen angegeben. Jeder Messwert ist immer ungenau und mit einer Toleranz behaftet, die bei der Bewertung berücksichtigt werden muss. Der Messwert 4 bedeutet, dass sich der wahre Wert zwischen 3 und 5 bewegt, während die Angabe 4,0 bedeutet, dass der wahre Wert sich zwischen 3,9 und 4,1 bewegt. Durch die Angabe des Grenzbereichs mit bis zu +4dpt ist deutlich gemacht, dass es insoweit nur auf die erste Stelle des Messwerts ankommt, weshalb der Sachverständige den Wert von +4,5 dpt zutreffend auch dem Grenzbereich zugeordnet hat.

b) Die Kammer ist nicht gehalten, den von der Bekl. angeführten allgemeinen Risiken der Behandlungsmethode nachzugehen und diese durch ein Sachverständigengutachten näher aufzuklären. Denn primär maßgeblich für die medizinische Notwendigkeit ist die allgemeine wissenschaftliche Anerkennung der in Rede stehenden Behandlungsmethode. Die wissenschaftliche Anerkennung einer Behandlungsmethode setzt auch voraus, dass ihre Risiken und ihre spezifischen Anwendungsbereiche hinreichend genau und sicher bestimmt wurden. Ob eine Behandlungsmethode anerkannt wird, bestimmt sich ganz wesentlich auch anhand der Abwägung ihrer Chancen und Risiken durch die beteiligten Fachkreise. Von der generellen Eignung einer Behandlungsmethode ist jedenfalls dann auszugehen, wenn sie in der (Fach)ärzteschaft allgemein als wirksam anerkannt sind, also im Wesentlichen außer Streit steht (BGH r+s 1993, 351).

Hier ist die KRC von den maßgeblichen Berufsverbänden ausdrücklich zum Zweck der wissenschaftlichen Evaluierung der Behandlungsmethoden der refraktiven Chirurgie bereits im Jahr 1995 eingerichtet worden. Die Richtlinien der KRC werden stetig aktualisiert und veröffentlicht. Es ist daher davon auszugehen, dass die Ergebnisse der KRC von den Berufsverbänden und ihren Mitgliedern als medizinischer Maßstab für ihr ärztliches Handeln anerkannt sind. An der Bewertung als allgemein wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode würde ein gerichtlich bestellter Sachverständiger, der sich der Bewertung durch die KRC nicht anschließt, nichts ändern. Denn maßgeblich für die medizinische Vertretbarkeit einer Behandlungsmethode ist ihre Bewertung durch die einschlägigen Fachkreise und nicht diejenige eines einzelnen Sachverständigen oder diejenige des Gerichts. Die Bekl. hat in diesem Zusammenhang keine Umstände vorgetragen, die allgemein oder im konkreten Behandlungsfall die Anwendbarkeit der Leitlinien der KRC in Zweifel ziehen könnten.

LG Frankfurt (Oder): Medizinische Notwendigkeit einer Laser-Operation an den Augen (Lasik) (r + s 2013, 31 ▲
29) ▼

c) Soweit das AG und der erstinstanzlich tätig gewordene Sachverständige die Auffassung vertreten, die LASIK sei nur dann medizinisch indiziert, wenn eine Brillen- und Kontaktlinsenunverträglichkeit gegeben sei, handelt es sich dabei um eine – für die Kammer nicht maßgebliche – Rechtsauffassung. Tatsächlich kommt es auf eine Brillen- oder Kontaktlinsenunverträglichkeit des Kl. für die Frage der medizinischen Notwendigkeit nicht an. Die von der Bekl. eingewandte „Nachrangigkeit“ der LASIK besteht nicht. Ein Grundsatz, dass nur die kostengünstigere Behandlung notwendig ist, besteht nämlich versrechtlich nicht. Denn die Bestimmung in § 1 AVB stellt nur auf die medizinische und nicht auf die wirtschaftliche Notwendigkeit ab (BGH NJW 2003, 1596; Voit aaO § 192 VVG Rn. 64 m.w.N.). Deshalb bleiben Kostengesichtspunkte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit grundsätzlich außer Betracht.

d) Die medizinische Notwendigkeit entfällt hier auch nicht deshalb, weil die Möglichkeit der altersbedingten

Verschlechterung der Sehleistung besteht. Die Möglichkeit einer späteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes besteht mit zunehmendem Alter immer, unabhängig davon, welcher Teil des Körpers betroffen ist. Dies kann daher kein Grund sein, die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung in Zweifel zu ziehen. So kann beispielsweise einer Zahnbehandlung die medizinische Notwendigkeit nicht deshalb abgesprochen werden, weil der behandelte Zahn auch nach der Behandlung wieder geschädigt werden kann. Auch die medikamentöse Behandlung einer Infektionskrankheit wird man kaum mit dem Argument ablehnen können, der Patient könne sich auch nach erfolgreicher Behandlung wieder eine Infektion zuziehen. Zwar mag in besonderen Fällen der Behandlungserfolg in zeitlicher Hinsicht von vorneherein so kurz bemessen sein, dass er in keinem vernünftigen Verhältnis zum Behandlungsaufwand mehr steht. Von einer solchen besonderen Situation kann vorliegend jedoch nicht ausgegangen werden. Die Verbesserung der Sehfähigkeit durch die LASIK-Operation hält unstreitig mehrere Jahre an.

e) Die Einstufung als medizinisch notwendige Heilbehandlung entfällt nicht schon dann, wenn mit der Behandlung zugleich kosmetische Ziele verfolgt werden, sondern nur dann wenn die Behandlung allein kosmetischen Zwecken dient (OLG Karlsruhe r+s 1994, 470; Voit aaO § 192 Rn. 52). Dass die Behandlung im vorliegenden Fall allein kosmetischen Zwecken dient, ist nicht der Fall.

5. Dem Erstattungsanspruch steht auch nicht § 4 II AVB entgegen, wonach die medizinischen Leistungen durch einen niedergelassenen approbierten Arzt zu erbringen sind. Denn die LASIK-Operation erfolgte durch Dr.med. A als niedergelassenen und approbierten Arzt.

Unter Niederlassung eines Arztes wird dabei die öffentlich erkennbare Bereitstellung zur Ausübung des ärztlichen Berufes in selbstständiger Praxis verstanden. Ein in diesem Sinne niedergelassener Arzt bietet die Gewähr dafür, dass nur notwendige Heilbehandlungen vorgenommen werden. Außerdem wird ein Arzt, der durch die Gründung einer Niederlassung seine Bereitschaft zeigt, sich der Allgemeinheit zur ärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen, in Befolgung seiner Berufspflichten seine Praxis entsprechend den notwendigen personellen, sachlichen und räumlichen Voraussetzungen einrichten, die es ihm ermöglichen, zu jeder Zeit die ärztliche Tätigkeit nach den anerkannten Regeln der Kunst auszuüben (BGHZ 70, 158; Voit aaO MB/KK 2009 § 4 Rn. 16 m.w.N.). Ausgeschlossen ist die Behandlung durch Ärzte, die nur gelegentlich tätig werden, weil sie nicht (mehr) über eine Praxis verfügen (OLG München VersR 1990, 614; OLG Saarbrücken r+s 2007,26).

Dass Dr. med. A seine ärztlichen Leistungen öffentlich erkennbar zur Ausübung des ärztlichen Berufes bereitstellt, kann schon aufgrund der von der Bekl. vorgelegten Internetauszüge nicht zweifelhaft sein.

Auch über das Bestehen eines Behandlungsvertrages zwischen dem Kl. und Herrn Dr.med. ... kann es auf Grund der vorgelegten Honorarvereinbarung vom 19. 8. 2008 keinen Zweifel geben. Die Privaturkunde, deren inhaltliche Richtigkeit von der Bekl. nicht in Zweifel gezogen wird, erbringt gemäß § 416 ZPO vollen Beweis über die Abgabe der darin enthaltenen Erklärungen und damit auch vollen Beweis über das Zustandekommen eines entsprechenden Behandlungsvertrages. Dass der Vertrag auf einem fremden Briefkopf verfasst ist oder sich der behandelnde Arzt bei der Vertragsanbahnung und bei der Abrechnung eines Dritten bedient, steht dem Abschluss und der Durchführung eines ärztlichen Behandlungsvertrages genauso wenig entgegen wie eine fehlende Begründung für die Überschreitung des Regelhöchstsatzes. Die Bekl. behauptet auch nicht, dass die Leistungen nicht durch den behandelnden Arzt erfolgt sind.

Die Eigenschaft als niedergelassener Arzt verliert dieser im vorliegenden Fall nicht dadurch, dass er im Rahmen der Behandlung und Vertragsabwicklung mit der ... als juristische Person zusammengearbeitet hat. Für die Frage, ob der Arzt selbstständig oder als ASt. tätig wird, ist primär der Behandlungsvertrag maßgeblich, der hier unmittelbar zwischen dem Arzt und dem Patienten zustande gekommen ist. Der behandelnde Arzt wird durch den Behandlungsvertrag mit dem Patienten persönlich verpflichtet und nicht erst im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses.

Auf die Frage, ob die Bekl. leistungsfrei wäre, wenn der Vertrag tatsächlich mit der ... zustande gekommen wäre, braucht hier mangels Entscheidungserheblichkeit nicht abschließend eingegangen werden. Es sei an dieser Stelle jedoch angemerkt, dass die Regelung in § 4 II AVB dem Ziel der Qualitätssicherung dient und nicht ein Mittel der Einschränkung des (ansonsten gegebenen) VersSchutzes. Zwar ist in der älteren Rspr. Therapieeinrichtungen, die von einer juristischen Person getragen werden und ihre Leistungen mit angestellten Ärzten erbringen, der

VersSchutz versagt worden, weil es am Merkmal der Selbstständigkeit des Arztes gefehlt habe ((BGHZ 70, 158; Voit aaO MB/KK 2009 § 4 Rn. 18 m.w.N.). Jedoch ist diese Rspr. mit zunehmendem medizinischen Fortschritt, der zunehmenden Spezialisierung und dem dadurch notwendigen arbeitsteiligen Vorgehen bereits für ambulante Operationen in einem Krankenhaus und für ärztliche Gemeinschaftspraxen aufgeweicht worden. Auch für medizinische Versorgungszentren, die in Gestalt einer juristischen Person betrieben werden, wird daher die Einstufung als „niedergelassener Arzt“ bejaht (Voit aaO § 4 MB/KK Rn. 20). Zutreffend wird darauf hingewiesen, dass die Entwicklung der Medizin und des Berufsrechts, insbes. auch die weithin gewünschte Verlagerung früherer stationärer Behandlungen zu (minimal-invasiven) ambulanten Methoden, eine Anpassung der Auslegung des Begriffs des „niedergelassenen Arztes“ notwendig machen. Denn angesichts des oben dargelegten Ziels des § 4 II AVB (= § 4 Abs. 2 MB/KK) würde eine Auslegung, die nicht am Maßstab der Qualitätssicherung, sondern allein an organisationsrechtlichen Maßstäben gemessen wird, schon einer AGB-rechtlichen Inhaltskontrolle nicht standhalten (so zutreffend Voit aaO § 4 MB/KK Rn. 20 m.w.N.).

LG Frankfurt (Oder): Medizinische Notwendigkeit einer Laser-Operation an den Augen (Lasik) (r + s 2013, 32 ▲
29) ▼

6. Der Einwand der Bekl., in der Honorarabrechnung sei eine Begründung für die Überschreitung des Regelhöchstsatzes für die Excimer-Laser-Behandlung nicht enthalten, ist sachlich unzutreffend... (wird ausgeführt).