

Die Deckung kosmetischer Operationen

Schönheitsoperationen für Männer und Frauen liegen im Trend. Zunehmend entscheiden sich immer mehr Jugendliche für die oft gefährlichen Eingriffe. Allein in den vergangenen fünf Jahren starben in Deutschland 13 Personen an den Folgen einer Fettabsaugung. Ganz zu schweigen von den vielen weniger gravierenden Komplikationen.

Auf der einen Seite stehen also die Risiken, auf der anderen die Kosten. Eine Nasenkorrektur kann leicht mit 2.000 bis 5.000 Euro zu Buche schlagen, ein größerer Busen mit durchschnittlich 4.500 bis 6.000 Euro. Der Spielraum nach oben ist immens.

Kosmetische Operationen sind nicht immer die Folge des Wunsches nach einem makellosen Körper. Oft sind sie das Ergebnis eines schweren Unfalls. Private und gesetzliche Krankenversicherer müssen in diesem Fall nur solche Behandlungen bezahlen, die eine Heilung ermöglichen oder eine Verschlimmerung verhindern helfen. Rein optische Abweichungen vom Normalzustand rechtfertigen keine Kostenübernahme.

Pro und Contra: Funktions-Defizit

Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz hat diesbezüglich in einem Urteil vom Mai 2002 entschieden, dass ein Funktions-Defizit Voraussetzung für die Kostenübernahme seitens der Krankenversicherung ist. Ein solches liegt nicht vor, wenn normale körperliche Funktionen durch Entstellungen im Gesicht nicht beeinträchtigt werden. Im konkreten Fall einer Frau mit stark eingefallenen Wangen wurde allerdings eine Kostenübernahme bejaht. Schließlich sei diese darauf angewiesen, dass ihre Mitmenschen ihr mit Achtung und Respekt begegnen. Daher können Entstellungen im

Gesichtsbereich auch dann eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung begründen, wenn keine körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen bestehen.

Privatvergnügen: eingefallener Busen

In einem anderen Fall musste das Hessische Landessozialgericht darüber entscheiden, ob eine Frau, die psychisch unter ihrem zu kleinen Busen litt, Anspruch auf Kostenersatzung für eine Brustvergrößerung hatte.

Die Frau verlangte die Übernahme der Kosten von ihrem Krankenversicherer, als ihre Brust nach dem Abstillen deutlich an Größe verloren hatte. Nach Ansicht der Richter liege es im Ermessen der Versicherten einen kosmetischen Eingriff durchzuführen, wenn sie glaube, damit ihr psychisches Wohlbefinden wieder her zu stellen. Allerdings sei die „Entstellung“ nicht so ausgeprägt gewesen, dass die Klägerin damit zum „Objekt der Neugierde“ geworden wäre. Eine Kostenübernahme aus medizinisch notwendigen Gründen wurde daher als nicht gerechtfertigt abgewiesen.

Ärztliche Gebührenordnung gilt auch für Schönheitschirurgen

In einem aktuellen Urteil urteilte der Bundesgerichtshof über den Chirurgen einer privaten Schönheitsklinik, der einer Patientin

eine Brustverkleinerung zum Pauschalpreis von knapp 9.500 Euro berechnen wollte. Die Patientin hatte den Beitrag gezahlt und einen erheblichen Teil der Summe zurückgefordert, weil eine Berechnung nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu einem deutlich niedrigeren Rechnungsbetrag geführt hätte.

Das Gericht urteilte darüber, dass Ärzte bei der Behandlung von Privatpatienten zwingend an die GOÄ gebunden seien. Abweichungen davon seien nur in engen Grenzen und auf Grund einer besonderen Vereinbarung möglich. Der Bundesgerichts-



■ Auch Schönheitschirurgen sind bei der Behandlung von Privatpatienten zwingend an die GOÄ gebunden.

hof kam weiter zu der Ansicht, dass medizinisch nicht notwendige Operationskosten keine Ausnahme von dieser Regel begründen. Vielmehr gelte die Berechnung auf Basis der GOÄ für jeden Arzt, der privat abrechne. Eine Ausnahme gelte höchstens für selbständige juristische Personen wie eine GmbH.

Grundsätzlich bleibt festzustellen, dass kosmetische Operationskosten regelmäßig keine Leistung einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung begründen. Auch psychische Belastungen auf Grund einer tiefen Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen ändern nichts an dieser Regel. Entscheidend ist bis auf wenige Ausnahmefälle immer die medizinische Notwendigkeit.

Zahnersatz: So leisten die privaten Unfallversicherer

Anders sieht es aus, wenn die Kosten für kosmetische Operationskosten im Rahmen einer privaten Unfallversicherung mitversichert sind. Viele Tarife sehen eine Kostenübernahme für unfallbedingte äußerliche Beeinträchtigungen bis zu bestimmten Höchstätzen vor. Dabei sind allerdings einige Voraussetzungen zu beachten:

- Ein anderer Leistungsträger (z.B. ein Sozialversicherungsträger oder eine private Krankenversicherung) ist nicht (in vollem Umfang) zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- Die kosmetische Operation muss meist innerhalb von 3 Jahren (bei der DBV-Winterthur im Produkt BOXplus: 5 Jahre)

nach dem Unfall durchgeführt werden, bei Minderjährigen spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres

Oft werden neben den Arzt- und Operationskosten, den Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus auch die Kosten für unfallbedingten Zahnersatz übernommen.

Je nach Versicherer bezieht sich diese Leistung auf die Beschädigung oder den Verlust sämtlicher natürlicher Zähne, meist aber nur auf die Eck- und Schneidezähne. In der Leistungspraxis der Versicherer ist Zahnersatz viel häufiger ein Thema als die eigentliche kosmetische Operation. Schon der Sturz von einem Karussell kann schließlich zum Schadenfall führen.

Unfalltarife in der Übersicht

Versicherer / Konzeptanbieter	abweichender Risikoträger	Tarif	Kostenübernahme für kosmetische Operationskosten*	Inklusive Kostenübernahme für Zahnersatz
Aspecta	nein	UP	10.000 €**	Schneide- und Eckzähne
Baden Badener	nein	Basis 2006 Plus 2006 Top 2006	2.500 € 2.500 € 2.500 €	nein nein natürliche Zähne
ConceptIF	ja	Konzept I Konzept II	10.000 € 10.000 €	Schneide- und Eckzähne Schneide- und Eckzähne
DBV-Winterthur	nein	Global 2004 Box plus Unfall Basis BOX plus Unfall Standard BOX plus Unfall Extra	nein nein 25.000 € 50.000 €	nein nein natürliche Schneide- und Eckzähne natürliche Zähne
Gothaer Makler	nein	GUB 2005	10.000 €	Eck- und Schneidezähne
Inter Risk	ja	S-Mart L XL XXL i-Maxx	nein nein 10.000 € 20.000 € 50.000 €	nein nein nein natürliche Zähne natürliche Zähne
Konzept und Marketing	ja	U4 Konzept basic	6.000 €	Schneide- und Eckzähne
	ja	U4 Konzept advanced	10.000 €	bei offenem Mund sichtbare Frontzähne des Versicherten
	ja	U4 Konzept premium	10.000 €	bei offenem Mund sichtbare Frontzähne des Versicherten
maxPool	ja	max2007	10.000 €**	20% der Versicherungssumme für natürliche Zähne und Zahnersatz
VHV	nein	Basis 2006 Klassik 2006 Exklusiv 2006	3.000 € 6.000 € 12.000 €	nein Schneide- und Eckzähne Schneide- und Eckzähne
Volkswahl Bund	nein	Easy Basis Easy Komfort Easy Komfort Plus Exklusiv Basis Exklusiv Komfort Exklusiv Komfort Plus	nein 5.000 € 5.000 € nein nein 5.000 €	nicht zutreffend Zähne Zähne nicht zutreffend nicht zutreffend natürliche Zähne
WÜBA	nein	UB 06	20.000 €	Schneide- und Eckzähne

* beitragsfreie Summe. Je nach Versicherer und Tarif können höhere Summen gegen Zuschlag eingeschlossen werden.

** zahlt Frauen eine Leistung auch bei Verlust der Brust oder Gebärmutter durch Krebs oder Unfall. Damit lassen sich ggf. auch die Kosten für eine künstliche Brust finanzieren. Dynamikerhöhungen finden auf die Höhe der kosmetischen Operationskosten keine Anwendung. Bestehen mehrere Verträge beim gleichen Versicherer, so kann die Versicherungsleistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Einige Versicherer begrenzen die Leistungen für kosmetische Operationskosten auf den Höchstsatz der GOÄ (3,5 fach).