

**Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Plastische, Rekonstruktive und  
Ästhetische Kopf-Hals-Chirurgie (APKO) der Deutschen Gesellschaft für Hals-  
Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.**

**zur Abrechnung von Ohrmuschelplastiken in der Gesetzlichen Krankenversi-  
cherung (GKV)**

**Frankfurt, den 26. Januar 2008**

---

**Präambel**

Die abstehende Ohrmuschel ist mit einer Prävalenz von 5 % die häufigste Fehlform im Kopf-Hals-Bereich. Die Übergänge zwischen der Norm, Normabweichung und Fehlbildung sind fließend. Die Ohrmuschelprojektion (Gesamtbreite von anterior = Otobasis bis äußere Helixkante in der Horizontalen) beträgt im Mittel  $20 \pm 4$  mm, der Bereich von 12 bis 28 mm gilt als Normbereich, eine Projektion  $> 28$  mm stellt eine Fehlbildung dar. Andere Ohrmuschel-Dysplasien sind individuell zu bewerten.

Abstehende Ohrmuscheln und andere Ohrmuschel-Dysplasien 1. Grades sind nicht mit funktionellen Störungen verbunden, können aber zu einem Leidensdruck führen und haben dementsprechend eine große psychosoziale Bedeutung. Häufig werden Korrekturen bereits im Kindesalter durchgeführt. Die Ohrmuschelanlegeplastik ist damit die einzige, ausschließlich ästhetisch indizierte Operation im Kindesalter. Sie wird vielfach von Eltern für ihre Kinder in „psycho-prophylaktischer“ Absicht gewünscht und erfolgt häufig in einem Alter, in dem die Kinder selber noch keinen (oder einen nur sehr geringen) Leidensdruck haben.

Die ordnungsgemäße Abrechnung von Ohrmuschelplastiken bereitet angesichts zunehmender Finanzengpässe bei den Gesetzlichen Krankenkassen immer mehr Probleme. Die im vorliegenden Zusammenhang aufgeworfenen Fragen sind allerdings nicht neu, sondern bereits vielfach diskutiert und beantwortet worden. In jüngster Zeit sind jedoch Abrechnungsfragen und unterschiedliche Interpretationen der Abrechnungsvoraussetzungen wieder zunehmend aufgetreten. Dabei fällt auf, dass die Handhabung der Abrechnung von Ohrmuschelplastiken zu Lasten der GKV nicht einheitlich erfolgt und Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und Medizinische Dienste der Krankenkassen hierzu teils sehr unterschiedliche Auffassungen und Verfahrensweisen vertreten. Dies führte wiederholt dazu, dass

bei gleichartigen Befunden durch verschiedene Stellen unterschiedliche Entscheidungen zur Kostenübernahme getroffen wurden.

Zur Vereinheitlichung der Abrechnungsvorgänge und damit zugleich auch im Interesse der hiervon betroffenen Patienten und der Ohrmuschelplastiken durchführenden Ärzte gibt die APKO als fachlich-wissenschaftlich zuständige Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie nachfolgende Stellungnahme ab.

Die APKO versteht die nachfolgende Stellungnahme als eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe für Ärzte und Patienten, aber auch Krankenkassen und deren Medizinische Dienste in spezifischen Einzelsituationen. Sie beruht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Damit sorgt die Stellungnahme für eine verbesserte einheitliche Anwendungspraxis und größere (Rechts-) Sicherheit, berücksichtigt aber gleichsam die ökonomischen Aspekte des Sozialversicherungsrechts. Die Empfehlungen sind im Übrigen für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

## **1. Der Krankheitsbegriff im Sozialversicherungsrecht**

Nach den gesetzlichen Grundlagen des Sozialversicherungsrechts ist die Gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, den gesetzlich krankenversicherten Personen Leistungen insbesondere bei Krankheit zur Verfügung zu stellen. So trivial diese Feststellung ist, so schwierig ist jedoch die nähere Definition. § 27 Abs. 1 SGB V in der insoweit unveränderten Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) vom 26.03.2007 stellt hierzu fest, dass Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung haben, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Maßgeblich abzustellen ist daher auf den Begriff der Krankheit. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist Krankheit unabhängig von der subjektiven Vorstellung des Patienten ein objektiv nach ärztlichem Urteil bestehender anormaler Körper- oder Geisteszustand. Das Bundessozialgericht versteht Krankheit als einen regelwidrigen, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichenden Körper- oder Geisteszustand, welcher der Behandlung bedarf oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Was im Einzelfall als Krankheit anzusehen ist, ergibt sich danach aus einem Vergleich mit bzw. durch eine Abweichung von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm. Dementsprechend sind von der Rechtsprechung unter an-

derem Fettleibigkeit, organisch bedingte Sterilität, Trunksucht, psychische Sprachstörungen sowie Erektionsstörungen als Krankheit anerkannt worden. Zuletzt hat das Bundessozialgericht im vorliegenden Zusammenhang in seinem Urteil vom 23.07.2002 - Az.: B 3 KR 66/01 R - ausgeführt, dass eine unter Kahlköpfigkeit leidende Frau von der Krankenkasse die Versorgung mit einer Perücke nur in einer Qualität verlangen kann, die den Verlust des natürlichen Haupthaares für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennen lässt. Ein Anspruch auf möglichst vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes besteht hingegen nicht. Die Tatsache aber, dass überhaupt im Falle einer Kahlköpfigkeit eine Perücke zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig ist, zeigt, wie groß der Rahmen der Erstattungsfähigkeit in Einzelfällen sein kann. Demgegenüber ist aber sozialgerichtlich auch entschieden worden, dass ein konstitutioneller Minderwuchs bei einem 5-jährigen Jungen nicht als Krankheit anzusehen sei, wenn er voraussichtlich noch eine Endgröße von 164 cm erreiche.

Festzustellen ist damit zunächst, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesgerichtshofs - letzterer für den Bereich des privaten Krankenversicherungsrechts - den Begriff der Krankheit stets mit Blick auf die jeweils streitige Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung definiert hat. Hiervon ausgehend ist auch eine psychische oder psychiatrische Beeinträchtigung des Menschen als behandlungsbedürftige Krankheit anzuerkennen.

## **2. Unstreitige Abrechnungsfälle - funktionelle Ohrmuschelplastiken**

Ausgehend von den genannten Voraussetzungen ist die Durchführung und Abrechnung von Ohrmuschelplastiken zu Lasten der GKV ohne jeden Zweifel in all den Fällen zulässig, gleichermaßen aber auch für die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen (Beleg-) Ärzte und im Krankenhaus obligat, wenn eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vorliegt. Dies gilt für alle frischen Ohrmuschelverletzungen im Sinne der Leitlinie „Frische Ohrmuschelverletzung“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 017/063, und bei allen Dysplasien 2. bis 3. Grades im Sinne der Leitlinie „Ohrmuschelplastik“, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 017/062, der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie.

Die Durchführung und Abrechnung der Ohrmuschelplastik zu Lasten der GKV erfolgt dabei unabhängig davon, ob der jeweilige Eingriff ambulant oder stationär erbracht wird. Die Entscheidung über die jeweils mögliche Verfahrensweise in diesem Sinne trifft der verantwortli-

che Operateur unter Berücksichtigung der o. g. Leitlinien, der gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen nach den §§ 39 Abs. 1 und 115 b SGB V in Verbindung mit § 2 Abs. 2 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus -, und den jeweiligen Besonderheiten des einzelnen Behandlungsfalles.

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Ohrmuschelplastik erfolgt nach den einschlägigen Abrechnungsvoraussetzungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärzte (EBM) in der ab dem 01.07.2007 geltenden Fassung, dort insbesondere nach den GO-Nr. des Kapitels 31.2.9 (ambulante Operationen) oder des Kapitels 36.2.9 (belegärztliche Operationen). Für die privatärztliche Abrechnung stehen die Gebührensnummern 1635 bis 1638 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ in der insoweit unveränderten Fassung vom 18.12.1995 zur Verfügung. Die Abrechnung der stationären Krankenhausleistungen erfolgt nach den einschlägigen Fallpauschalen (DRG) entsprechend der jeweils geltenden Fallpauschalenverordnung und dem Krankenhausentgeltgesetz.

### **3. Streitige Abrechnungsfälle - abstehende Ohrmuschel**

Bei der Frage nach einer Belastung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Kosten einer Ohrmuschelanlegeplastik muss in den streitigen Fällen zunächst hervorgehoben werden, dass im zu Grunde liegenden Behandlungsfall der Patient nicht über eine funktionelle Störung im Sinne des eingangs definierten Krankheitsbegriffs klagt und eine solche auch aus objektiven medizinischen Gründen nicht vorliegt. Ausgehend von den o. g. Leitlinien ist dies insbesondere bei der „abstehenden Ohrmuschel“ und bei Dysplasien 1. Grades der Fall. Die Durchführung und Abrechnung der Ohrmuschelplastik zu Lasten der GKV kommt in solchen Fällen also nur dann in Frage, wenn eine psychische Störung auf Grund der abstehenden Ohrmuschel oder der Fehlbildung gegeben ist. Kann eine solche psychische Störung mittels eines entsprechenden Gutachtens nachgewiesen werden, ist zweifelsfrei davon auszugehen, dass eine entsprechende Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vorliegt. Dies wird insbesondere unter Berücksichtigung der psychischen Beeinträchtigungen bei kleinen Kindern mit abstehenden Ohren im Vorschulalter angenommen, da diese häufig wegen ihres Zustandes gehänselt werden und gegebenenfalls darunter leiden. Auch bei Kindern höheren Alters, bei Jugendlichen und auch bei Erwachsenen können im Einzelfall solche psychischen Beeinträchtigungen mit einem Krankheitswert im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gegeben sein. Auch dann ist eine ärztliche Behandlung zu Lasten der GKV zulässig und geboten.

Mit dieser Zuordnung ist aber noch nicht die Frage beantwortet, welche ärztlichen Leistungen im Einzelfall erbracht werden dürfen. Liegen nämlich - insoweit als Krankheitswert relevant - allein psychische Störungen vor, sind diese in erster Linie mit den Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu behandeln. Im seinem Urteil vom 10.02.1993 - Az.: 1 RK 14/92 - führt das Bundessozialgericht hierzu aus, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen nicht die Kosten für operative Eingriffe in einen - funktionell - regelrechten Körperzustand umfasse, um auf diesem Wege eine psychische Störung zu beheben oder zu lindern. Dies gelte selbst dann, wenn wegen der krankheitsbedingten Ablehnung der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung keine andere Möglichkeit der ärztlichen Hilfe bestehe. Es würde nämlich zu einer unvereinbaren Ausweitung der Leistungspflicht der GKV führen, wenn Versicherte auf Kosten der Krankenkasse operative Eingriffe vornehmen lassen könnten, um einen im Normbereich liegenden Körperzustand zu verändern, nur weil er psychisch auf die gewünschten Änderungen fixiert ist. Andernfalls müssten die Krankenkassen - bei entsprechend psychischer Fixierung - den Versicherten auch andere Schönheitsoperationen gewähren, wenn sie an ihrem Aussehen leiden würden.

Diese insoweit in Rechtsprechung und juristischer Literatur einhellige Auffassung hat allerdings in der Praxis bisher durchgängig nur bei Jugendlichen ab einem Alter von 14 bis 16 Jahren und bei Erwachsenen Anwendung gefunden. Insbesondere bei Kindern im Vorschulalter haben Krankenkassen in der Vergangenheit unabhängig vom Vorliegen einer psychiatrisch oder psychotherapeutisch bestätigten Indikation auch eine operative Maßnahme akzeptiert und vergütet. Der vom Bundessozialgericht dargestellte Vorrang der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung gilt aber unabhängig vom Alter des jeweiligen Patienten. So können nur unternehmerische Gründe (Wettbewerb unter den Krankenkassen, besonderes Serviceverhalten) oder Gründe der lokalen Unterversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die Krankenkassen bisher dazu veranlasst haben, bei Kindern, insbesondere denjenigen im Vorschulalter, auch ohne psychiatrisch-psychotherapeutische Maßnahme eine operative Behandlung zu akzeptieren.

Die APKO ist hierzu jedoch der Auffassung, dass in allen vorgenannten Fällen (abstehende Ohrmuschel und Dysplasien 1. Grades) eine Operation zu Lasten der GKV durchgeführt und abgerechnet werden sollte, wenn eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfolglos war. Insoweit sind operative Maßnahmen grundsätzlich als subsidiär anzusehen. Die Durchführung und Abrechnung der Ohrmuschelplastik bei psychischer Störung ist

daher zu Lasten der GKV nur dann zulässig und geboten, wenn eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung versagt hat.

Die Patienten sind in diesen Fällen über die wirtschaftlichen Gesichtspunkte und Folgen vom behandelnden Arzt zu informieren. Lehnen Patienten danach die Durchführung psychiatrischer oder psychotherapeutischer Leistungen zu Lasten der GKV ab oder ist eine psychische Krankheit auszuschließen oder jedenfalls nicht nachgewiesen und wünschen Patienten in solchen Fällen die Durchführung eines operativen Eingriffs ohne psychiatrisch-psychotherapeutische Maßnahme, besteht unter Beachtung der Schriftformerfordernisse des § 18 Abs. 8 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bei gesetzlich krankenversicherten Patienten zweifelsohne die Möglichkeit der Erbringung der operativen Leistungen gegen Privatliquidation. Im engeren Sinne kann eine solche Leistung dann als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angesehen werden.

Frankfurt, den 26. Januar 2008

Prof. Dr. Dr. Ralf Siegert  
Prof. Dr. Alexander Berghaus  
Prof. Dr. Wolfgang Stoll  
Priv. Doz. Dr. Andreas Naumann

Vorstand der  
Arbeitsgemeinschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Kopf-Hals-Chirurgie  
(APKO) der  
Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie