



Medizinischer Dienst
Bund

Begutachtungsleitfaden

Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen

Stand: 2. Dezember 2024

IMPRESSUM

Dieser Begutachtungsleitfaden wurde von der AG „Plastische Chirurgie“ im Auftrag des Medizinischen Dienstes Bund mit Unterstützung der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 7 (administrativ) und dem Fachbereich Evidenzbasierte Medizin des Medizinischen Dienstes Bund (Literaturrecherche und Evidenzbewertung) erstellt.

Review

Das Review erfolgte durch die SEG 7.

Bildnachweis

Alle Zeichnungen wurden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Plastische Chirurgie“ erstellt.

Beschlussfassung

Der Begutachtungsleitfaden wurde am 2. Dezember 2024 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

Die Begutachtungsaufträge für plastisch-chirurgische Eingriffe, insbesondere an der Brust sowie bei Straffungsoperationen, haben in den letzten Jahren zugenommen, auch im Zusammenhang mit anderen operativen Maßnahmen wie z. B. der Adipositas-Chirurgie. Neben den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen muss dabei auch die sich fortentwickelnde, aktuelle Rechtsprechung berücksichtigt werden. Diese legt die Voraussetzungen fest, die erfüllt sein müssen, damit ein Anspruch des Patienten oder der Patientin auf einen derartigen Eingriff geltend gemacht werden kann.

In dieser Hinsicht ergaben sich seit der letzten Fassung dieses Begutachtungsleitfadens viele für die Einzelfallbegutachtung wichtige neue Vorgaben und Erkenntnisse, weshalb eine komplette Überarbeitung und gleichzeitige Aktualisierung des Begutachtungsleitfadens „Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen“ erforderlich wurde.

Gleichwohl existieren nicht für alle Begutachtungsfragen und -details medizinische Evidenznachweise oder höchstrichterliche Entscheidungen. Es war den Autorinnen und Autoren jedoch ein Anliegen, für diese offenen Fragestellungen eine Orientierungshilfe zu geben, die aus langjähriger gutachterlicher Erfahrung resultiert. Auf diese Erfahrungswerte wird an den jeweiligen Stellen explizit hingewiesen, und sie sollen lediglich als unterstützende Begutachtungshilfe verstanden werden. Wissend, dass BSG-Entscheidungen einen höheren Stellenwert als LSG-Entscheidungen haben und dass gleichzeitig nicht zu jeder plastisch-chirurgischen Konstellation eine passende BSG-Entscheidung existiert, wurden Zitate aus LSG-Entscheidungen als Orientierungshilfe aufgeführt, wenn aus Sicht der Autoren dies als hilfreich und sinnvoll für die Begutachtung erachtet wurde.

Abschließend ein Hinweis zur Bezugnahme auf die Rechtsprechung: Gerichtliche Entscheidungen können als Urteile, Beschlüsse und Verfügungen erfolgen. Um terminologische Klarheit und Verständlichkeit zu fördern, wurde in dem Begutachtungsleitfaden einheitlich der Begriff „Entscheidung“ benutzt.

Danksagung

Die Arbeitsgruppe bedankt sich bei der SEG 7 und bei dem Bereich Evidenzbasierte Medizin des Medizinischen Dienstes Bund für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Begutachtungsleitfadens.

Dr. Ernst Seiffert

Dr. Kerstin Haid

Sprecher der Leitenden Ärztinnen und Ärzte
der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Leitende Ärztin
Medizinischer Dienst Bund

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Danksagung	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Definitionen	10
1 Einleitung	14
2 Rechtliche Grundlagen	15
2.1 Allgemeine Rechtliche Grundlagen.....	16
2.2 Rechtsprechung des BSG	17
2.3 Entscheidungen zu speziellen Begutachtungsanlässen	18
2.3.1 Entscheidungen zur Brustverkleinerung	18
2.3.2 Entscheidungen zur Brustvergrößerung.....	20
2.3.3 Entscheidungen zur Angleichung bei Asymmetrie der Brust	22
2.3.4 Entscheidungen zu plastisch-chirurgischen Straffungsoperationen	24
2.3.5 Folgeeingriffe.....	26
3 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass	28
4 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	29
4.1 Mammaaugmentation (Arbeits- und Bewertungsschritte)	29
4.2 Straffungsoperationen (Arbeits- und Bewertungsschritte)	31
4.3 Operative Verfahren bei Gynäkomastie (Arbeits- und Bewertungsschritte)	41
4.4 Mammareduktionsplastik.....	45
4.5 Mammaasymmetrie/Anisomastie	52

4.6	Folgezustände	57
4.6.1	Folgezustände/Komplikationen nach Brustimplantateinlage	58
4.6.2	Narben	61
5	Hinweise zur Zusammenarbeit von Krankenkassen und Medizinischen Diensten ...	63
5.1	Fallbearbeitung und -auswahl durch die Krankenkassen	63
5.2	Bearbeitungsablauf bei Krankenkasse und MD nach § 13 Abs. 3a SGB V	64
6	Gutachten.....	66
6.1	Gutachten nach Aktenlage	67
6.2	Gutachten durch persönliche Befunderhebung	67
7	Vorgehen bei Widersprüchen.....	68
8	Ergebnismitteilung	69
9	Anlagen und Verweise	70
9.1	Untersuchung/Befunderhebung bei persönlicher Vorstellung	70
9.2	Unterlagen zu den Fragestellungen/Begutachtungsanlässen in diesem Begutachtungsleitfaden	77
9.3	Auflistung des Fragenkatalogs mit relevanten Fragestellungen der Krankenkassen zu plastisch-chirurgischen Eingriffen im Rahmen des EDA wBB.....	79
9.4	Größenbezeichnung von Bekleidung.....	82
10	Literaturverzeichnis	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Begutachtungsalgorithmus Mammaaugmentation	30
Abbildung 2:	Begutachtungsalgorithmus Straffungsoperationen	32
Abbildung 3:	Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss am Oberarm	34
Abbildung 4:	Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss abdominell/Bauchfettschürze	35
Abbildung 5:	Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss abdominell und am Mons pubis	36
Abbildung 6:	Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss am Rücken und an den Oberschenkeln.....	38
Abbildung 7:	Begutachtungsalgorithmus Gynäkomastie.....	43
Abbildung 8:	Algorithmus Mammareduktionsplastik.....	49
Abbildung 9:	Nicht krankheitswertiger Befund bei Zustand nach subkutaner Mastektomie links und Brustrekonstruktion mit freier Lappenplastik.....	54
Abbildung 10:	Begutachtungsalgorithmus Mammaasymmetrie	55
Abbildung 11:	Links: nicht krankheitswertige Mammaasymmetrie zu Gunsten der linken Seite; rechts: krankheitswertige Mammaasymmetrie zu Gunsten der rechten Seite	56
Abbildung 12:	Umfangmessung am Abdomen und an den Oberschenkeln.....	74
Abbildung 13:	Messpunkte im Untersuchungsgang zur Bestimmung der Brustgröße.....	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Relevante LSG-Entscheidungen zur Brustverkleinerung (2014–2022).....	20
Tabelle 2:	Gewichtsklasseneinteilung gemäß WHO.....	72
Tabelle 3:	Maße für Büstenhalter, Miederwaren und Badeanzüge mit Cups mit Sprungwerten von 5 cm [Maße in cm]	83

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angeführten/angegebenen Ort
Abs.	Absatz
Az.	Aktenzeichen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGL	Begutachtungsleitfaden
BIA-ALCL	(Breast Implant Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma) Brustumplantatassoziiertes anaplastisches Großzelltlymphom
BII	Breast Implant Illness
BMI	Body-Mass-Index
BSG	Bundessozialgericht
BUM	Brustumfang (auf Mamillenhöhe)
BWS	Brustwirbelsäule
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DRG	Diagnosis Related Groups
FT	Funktionstraining
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
JMA	Jugulum-Mamillen-Abstand
KDM	Körpergewichtsdifferenzmethode
LSG	Landessozialgericht

LWS	Lendenwirbelsäule
MAK	Mamillen-Areola-Komplex
MAP	Mammaaugmentationsplastik
MD	Medizinischer Dienst
MMA	Medioclavicular-Mamillen-Abstand
MSA	Mamillen-Submammärfalten-Abstand
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PRG	Patienten-Rechte-Gesetz
QSKV	Qualitätssicherung in der Krankenversicherung
RCT	Randomized Controlled Trials (Randomisierte Kontrollierte Studien)
SEG 7	Sozialmedizinische Expertengruppe 7
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
UU	Unterbrustumfang (auf Höhe der Submammärfalten)
V.a.	Verdacht auf
VAS	Visuelle Analogskala
VVM	Volumenverdrängungsmethode
WHO	World Health Organisation
WHR	Waist-Hip-Ratio = Verhältnis der Umfangmaße Taille/Hüfte

Definitionen

Amastie

Eine Amastie wird durch das vollständige Fehlen der Brustdrüse gekennzeichnet. Sie kann parallel mit einer Unterentwicklung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane und auch mit ipsilateralen Thoraxwanddefekten (z. B. Poland-Syndrom) einhergehen.

Eine Amastie kann auch mit einer Athelie, d. h. mit dem Fehlen der Brustwarze, vergesellschaftet sein.

Gynäkomastie

Die Gynäkomastie stellt eine gutartige Vergrößerung der männlichen Brust dar. Histologisch ist die Vergrößerung der männlichen Brust bedingt durch:

- Fettgewebshypertrophie (Pseudogynäkomastie/Lipomastie/Adipomastie) oder
- Hypertrophie des Drüsengewebes (»echte« Gynäkomastie, Gynaecomastia vera) oder
- Kombination aus Fett- und Drüsenhypertrophie (die häufigste Form).

Üblicherweise erfolgt die Stadieneinteilung der Gynäkomastie nach Simon [1]:

Stadium I: Gering sichtbare Brustvergrößerung ohne Hautüberschuss
Stadium IIa: Moderate Brustvergrößerung ohne Hautüberschuss
Stadium IIb: Moderate Brustvergrößerung mit wenig Hautüberschuss
Stadium III: Weiblich geformte Brust mit Submammärfalte, Ptosis mammae und deutlichem Hautüberschuss

Kapselfibrose

Bei der Kapselfibrose handelt es sich um eine Fremdkörperreaktion, die die Ausbildung einer harten bindegewebsartigen, teilweise schmerzhaften Kapsel beinhaltet und die als Folge einer Brustvergrößerung/Brustrekonstruktion durch Einsetzen eines Implantats entsteht. Bei dieser Fremdkörperreaktion kann es zu starken Verformungen der Brust kommen.

Stadieneinteilung der Kapselfibrose nach Baker [2]	
Baker I:	nicht tastbare normale Kapsel; die Brust ist normal weich
Baker II:	tastbare normale Kapsel; die Brust ist etwas fester
Baker III:	verhärtete und tastbare Kapsel, zum Teil sichtbares Implantat; die Brust ist verhärtet
Baker IV:	schmerzhafte, verhärtete Kapsel, narbige Schrumpfung und Verformung der Brust/Dislokation

Makromastie/Mammahypertrophie/Mammahyperplasie

Bei einer Makromastie/Mammahypertrophie/Mammahyperplasie besteht im Verhältnis zu Größe und Gewicht der Frau eine zu große und schwere Brust. Die Hypertrophie bezieht sich auf das gesamte Brustgewebe, kann also sowohl das Brustdrüsengewebe als auch das Brustfettgewebe betreffen.

Die ausgeprägteste Form der Mammahypertrophie stellt die Gigantomastie dar, wobei keine allgemeingültig anerkannte, einheitliche Definition der Gigantomastie/Makromastie mit exakten Größen, Gewichtsangaben und Stadieneinteilungen existiert.

Die historische Einteilung der Brustgröße nach Beller [3] bzw. nach dem Schema von Lalardrie und Jouglard [4] hilft orientierend:

Einteilung der Brustgröße in cm³ nach Beller bzw. Lalardrie und Jouglard

	Größe pro Brust (Volumen)
Hypoplasie	< 200 cm ³
„Idealgröße“	250–350 cm ³
geringe Hypertrophie	400–600 cm ³
mittelstarke Hypertrophie	600–800 cm ³
ausgeprägte Hypertrophie	800–1500 cm ³
Gigantomastie	> 1500 cm ³

Mammaaplasie

Eine Mammaaplasie ist eine Nichtausbildung der Brust. Sie gehört zu den Mangelfehlbildungen der embryonalen Milchleiste. Die Aplasie der Mamma kommt selten vor und tritt meist als Syndrom mit generellen Störungen der Hautanhängsgebilde auf.

Mammaasymmetrie/Anisomastie

Bei der Mammaasymmetrie/Anisomastie liegt ein in Form, Größe und/oder Position unterschiedliches Brustpaar vor.

Die Asymmetrie kann anlagebedingt, nach operativen Eingriffen, als Krankheitsfolge oder als Unfallfolge auftreten (z. B. nach Mammatumor, Entzündung, Bestrahlung). Auch kann die Brust im Verlauf des Alterungsprozesses und durch Schwangerschaft/Stillzeit/Gewichtsschwankungen Veränderungen in ihrem Erscheinungsbild durchlaufen und asymmetrisch werden.

Eine Sonderform der Mammaasymmetrie stellen Asymmetrien mit begleitenden Thoraxwanddefekten (z. B. Poland-Syndrom) dar.

Mammahypoplasie

Im Verhältnis zu Größe und Gewicht der Frau liegt eine zu kleine Brust (BH-Körbchen kleiner als A) vor. Die Mammahypoplasie kann anlagebedingt oder erworben sein. Die erworbene Form stellt häufig die Involutionstrophie der Brust (Involutionsmammahypoplasie) nach massivem Gewichtsverlust, im Zuge des Alterungsprozesses und/oder nach Schwangerschaft und Stillzeit dar.

Ptosis mammae

Als Ptosis mammae bezeichnet man das Absinken / die Erschlaffung der weiblichen Brust. Die Ptosis mammae entsteht hauptsächlich altersbedingt, kann aber auch beispielsweise nach massivem Gewichtsverlust oder Schwangerschaft/Stillzeit vorliegen.

Klassifikation der Ptosis mammae nach Regnault [5]	
Grad 0 (keine Ptosis mammae):	Der Mittelpunkt der Brustwarze bzw. des Mamillen-Areola-Komplexes liegt oberhalb der Unterbrustfalte. Brustwarzen können nach oben zeigen.
Grad 1 (leichte Ptosis mammae):	Der Mittelpunkt der Brustwarze bzw. des Mamillen-Areola-Komplexes liegt auf der Höhe der Unterbrustfalte.
Grad 2 (mittelgradige/moderate Ptosis mammae):	Der Mittelpunkt der Brustwarze bzw. des Mamillen-Areola-Komplexes liegt 1–3 cm unterhalb der Unterbrustfalte, aber oberhalb der unteren Brustkontur. Bei größeren Brüsten zeigen die Brustwarzen in der Regel nach unten.
Grad 3 (schwere Ptosis mammae):	Der Mittelpunkt der Brustwarze bzw. des Mamillen-Areola-Komplexes liegt mehr als 3 cm unterhalb der Unterbrustfalte und bildet den tiefsten Punkt der unteren Brustkontur.
Pseudoptosis mammae (Sonderform)	Der Mittelpunkt der Brustwarze bzw. des Mamillen-Areola-Komplexes befindet sich oberhalb der Unterbrustfalte, jedoch liegt das Brustparenchym unterhalb der Unterbrustfalte (abgesunkene Brustdrüse)

Tubuläre Brustdeformität

Es handelt sich bei der tubulären Brustdeformität um eine Formvariante der weiblichen Brust.

Eine Beschreibung erfolgte durch Rees u. Aston [6]. Sie beschrieben die Brustdeformität als einer Dahnienknolle (»tuber«) ähnlich und nannten sie entsprechend »tuberous breast«.

Ursächlich bleiben in der Fetalperiode das Einwachsen und die Verlängerung der Drüsengänge aus, wodurch sich alle Milchgänge zentral hinter der Areola anordnen. Beim Brustwachstum in der Pubertät entsteht folglich ein Prolaps, da das Volumen der Brustdrüse nicht gehalten werden kann.

Die tubuläre Brustdeformität geht in Abhängigkeit vom Typ mit einer schmalen Brustbasis, hochstehenden Submammärfalte, Hypoplasie von Brustquadranten, Taillenbildung zwischen der vorderen und

der hinteren Brustpartie und mit einem Prolaps von Brustdrüsengewebe in die Mamillen-Areolae-Komplexe einher.

Üblicherweise erfolgt die Stadieneinteilung der tubulären Brustdeformität nach Grolleau oder von Heimburg:

Einteilung der Brustdeformität nach Grolleau [7]	
Typ I:	Hypoplasie des medialen unteren Quadranten
Typ II:	Hypoplasie beider unterer Quadranten
Typ III:	Vollbild der tubulären Brust mit Hypoplasie aller Quadranten, schmaler Brustbasis, hochsitzender Submammärfalte, Ptosis und schlauchförmigem Hautmantel

Klassifikation der tubulären Brustdeformität nach von Heimburg [8]	
Typ I:	Unterentwicklung des medialen unteren Quadranten
Typ II:	Beide unteren Quadranten sind unterentwickelt. Es liegt kein Hautdefizit vor.
Typ III:	Beide unteren Quadranten sind unterentwickelt. Ein Hautdefizit liegt vor. Die Mamillen-Areolae-Komplexe sind nach unten gerichtet.
Typ IV:	Alle 4 Quadranten sind unterentwickelt mit verkleinerter Brustbasis. Es liegt eine schlauchförmige Brust vor.

1 Einleitung

Die Abgrenzung krankheitswertiger Befunde bei Leistungsanträgen auf plastisch-chirurgische Eingriffe gehört zu den sozialmedizinischen Fragestellungen, die im Medizinischen Dienst (MD) oft im Grenzbe- reich zur Behandlungsnotwendigkeit zu Lasten der Solidargemeinschaft zu entscheiden sind.

Mit der Weiterentwicklung der Rechtsprechung in den letzten Jahren bezüglich plastisch-chirurgischer Eingriffe wurde eine Aktualisierung des Begutachtungsleitfadens „Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen“ vom 9. Dezember 2014 notwendig.

Deshalb erging von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Gemeinschaft der Medizini- schen Dienste am 19. Juli 2021 der Auftrag zur Überarbeitung des Begutachtungsleitfadens.

Die Gliederung erfolgte überwiegend nach der Art der beantragten Operationen, da dieses der gut- achterlichen Praxis entspricht. Hinweise erfolgen in den jeweiligen Kapiteln. Dadurch sind Redundan- zen nicht auszuschließen und sollen zum besseren Verständnis beitragen.

Es erfolgte die Recherche von aktuellen Bundessozialgerichts(BSG)- und Landessozialgerichts(LSG)- Entscheidungen ab 2014 (seit der Erstellung der letzten Version des BGLs) bis Ende 2022 sowie die Übernahme relevanter BSG-Entscheidungen vor 2014.

Der Begutachtungsleitfaden wurde von der Arbeitsgruppe „Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen“ im Auftrag der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 (SEG 7) „Me- thoden- und Produktbewertung“ erstellt.

2 Rechtliche Grundlagen

Bei der Entwicklung von Begutachtungskriterien in diesem Begutachtungsleitfaden wurde die Rechtsprechung in Form von Sozialgerichtsentscheidungen mit den jeweiligen Entscheidungsbegründungen berücksichtigt.

Es erfolgte eine Suche nach relevanten Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) bzw. der Landessozialgerichte (LSG) zur plastischen Chirurgie der Brust und zu plastisch-chirurgischen Straffungsoperationen in der Datenbank der Sozialgerichtsbarkeit der Bundesrepublik Deutschland (www.sozialgerichtsbarkeit.de) unter Verwendung folgender Suchbegriffe (in alphabetischer Reihenfolge):

- Abdominalplastik, Abdominoplastik, Ablatio, Amastie
- Bauchdeckenstraffung, Body-Lift, Brustangleichung, Brustfehlbildung, Brustkrebs, Bruststraffung, Brustvergrößerung, Brustverkleinerung
- Fettgewebe
- Gesäßstraffung, Gigantomastie, Gynäkomastie
- Hautstraffung, Hypoplasie
- juvenile Gigantomastie
- Kapselfibrose
- Lipofilling, Liposuktion, Lockwood
- Mammaasymmetrie, Mammaaugmentation, Mammaaugmentationsplastik, Mammahyperplasie, Mammahypertrophie, Mammahypoplasie, Mammakarzinom, Mammaptose, Mammareduktion, Mammareduktionsplastik, Mastopexie
- Oberarmstraffung
- Oberschenkelstraffung
- plastische Chirurgie
- Straffungsoperation, Straffungs-OP
- Thoraxstraffung
- tubuläre Brust

Die Suche nach BSG- und LSG-Entscheidungen erstreckte sich über den Suchzeitraum von 2014 (seit der Erstellung der letzten Version des BGL) bis Dezember 2022. Unverändert relevante BSG-Entscheidungen vor 2014 wurden berücksichtigt. Die Autoren möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass trotz der sorgfältigen und ausführlichen Recherche der Rechtsprechung eine Vollständigkeit nicht garantiert werden und dass sich im Laufe der Zeit die Auffindbarkeit von Entscheidungen verändern kann.

Entscheidungen, die sich auf die Genehmigungsifiktion (§ 13 Abs. 3a SGB V), sowie Entscheidungen, die sich auf Abrechnungsmodalitäten (DRG) beziehen, werden in diesem Begutachtungsleitfaden nicht thematisiert, da sie in der sozialmedizinischen Begutachtung vor Leistungserbringung keine Relevanz erfahren.

2.1 Allgemeine Rechtliche Grundlagen

Für die Begutachtung von Anträgen bezüglich der plastisch-chirurgischen Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen sind die gleichen rechtlichen Vorgaben des SGB V zu beachten, wie sie allgemein für die Begutachtung bzw. Prüfung des Leistungsanspruchs eines Versicherten maßgeblich sind. Dies sind die folgenden Paragrafen des SGB V, in welchen u. a. das Leistungsrecht, das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie die Krankenhausbehandlung geregelt sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um:

§ 2 Leistungen

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 27 Krankenbehandlung

§ 39 Krankenhausbehandlung

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

§ 73 Absatz 4 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

§ 107 Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen

§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

§ 275 Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst

§ 277 Mitteilungspflichten

Vor dem Hintergrund der meist irreversiblen Eingriffe an der Brust als auch am Körper bei Straffungsoperationen sind die im Patientenrechtegesetz vom 26.02.2013 sowie in dem erweiterten § 13 Abs. 3a Satz 1 vom 25.04.2017 SGB V getroffenen Regelungen zum Behandlungsvertrag, zu den Informations- und Aufklärungspflichten durch die Behandelnden und die Fristenregelungen zu beachten.

Die Begutachtung von Leistungsanträgen durch den Medizinischen Dienst (MD), die eine Veränderung der Körperform zur Folge haben, leitet sich aus dem § 275 Abs. 1 SGB V ab. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen eine gutachterliche und sozialmedizinische Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

Bei der Begutachtung geht es unter anderem darum, zu identifizieren, ob krankheitswertige Beschwerden vorliegen und deren konservative Behandlungsalternativen ausgeschöpft wurden. Dies soll dabei helfen, dass die Solidargemeinschaft nur für sozialmedizinisch notwendige Leistungen in Anspruch genommen wird. Relevant sind in diesem Kontext auch Sozialgerichtsentscheidungen, die sich mit der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinsichtlich operativer Veränderungen des äußerlichen körperlichen Erscheinungsbildes aufgrund eines psychischen Leidensdrucks auseinandersetzen.

2.2 Rechtsprechung des BSG

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Entscheidungen des Bundessozialgerichts.

Soll der Eingriff zur Behandlung einer psychischen Störung dienen, lässt sich kein Leistungsanspruch rechtfertigen. Hier wird auf die BSG-Entscheidung (Az. **1 RK 14/92**) vom 10.02.1993 hingewiesen:

„Liegt eine psychische Störung vor, so ist sie mit den Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu behandeln. Jedenfalls umfasst die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht die Kosten für operative Eingriffe in einen regelrechten Körperzustand, um auf diesem Wege eine psychische Störung zu beheben oder zu lindern.“

Dies gilt selbst dann, wenn wegen der krankheitsbedingten Ablehnung der psychiatrischen, psychotherapeutischen Behandlung keine andere Möglichkeit der ärztlichen Hilfe besteht. Bei psychischen Störungen, die als Dysmorphophobie einzustufen sind, ist eine ästhetische Operation in jedem Falle sogar kontraindiziert ...“.

Das Bundessozialgericht hat zu diesem Sachverhalt die jahrelang gefestigte Rechtsprechung mit aktuellen Entscheidungen fortgesetzt (siehe BSG-Entscheidungen: Az. **B 1 KR 3/03 R** vom 19.10.2004, Az. **B 1 KR 19/07 R** vom 28.02.2008, Az. **B 1 KR 35/15 R** vom 08.03.2016).

Weiterhin zu berücksichtigen ist die Rechtsprechung hinsichtlich der Leistungspflicht der GKV, wenn eine Entstellung zugrunde gelegt wird:

- BSG-Entscheidung (Az. **B 1 KR 19/07 R**) vom 28.02.2008

„... Um eine Entstellung annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Anormalität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit und damit zugleich erwarten lässt, dass die Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehen und zu vereinsamen droht, sodass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist (vgl. dazu BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 45 S 253 f).“

Um eine Auffälligkeit eines solchen Ausmaßes zu erreichen, muss eine beachtliche Erheblichkeitschwelle überschritten sein: Es genügt nicht allein ein markantes Gesicht oder generell die ungewöhnliche Ausgestaltung von Organen, etwa die Ausbildung eines sechsten Fingers an einer Hand. Vielmehr muss die körperliche Auffälligkeit in einer solchen Ausprägung vorhanden sein, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi „im Vorbeigehen“ bemerkbar macht und regelmäßig zur Fixierung des Interesses anderer auf den Betroffenen führt. Dies gilt gerade auch vor dem Hintergrund, dass die Rechtsordnung im Interesse der Eingliederung behinderter Menschen fordert, dass Nichtbehinderte ihre Wahrnehmung von Behinderung korrigieren müssen (vgl. dazu BSG SozR 3-3870 § 48 Nr. 2 S 5 f). Die Rechtsprechung hat als Beispiele für eine Entstellung z. B. das Fehlen natürlichen Kopfhaares bei einer Frau oder eine Wangenatrophie oder Narben im Lippenbereich angenommen oder erörtert (BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3, jeweils Rd. Nr. 6). Dagegen hat der erkennende Senat bei der Fehlanlage eines Hodens eines männlichen Versicherten eine Entstellung nicht einmal für erörterungswürdig angesehen (vgl. BSGE 82, 158, 163 f = SozR 3-2500 § 39 Nr. 5) und eine Entstellung bei fehlender oder wenig ausgeprägter Brustanlage unter Berücksichtigung der außerordentlichen Vielfalt in Form und Größe der weiblichen Brust revisionsrechtlich abgelehnt (BSGE

93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3, jeweils Rd. Nr. 6). Die Feststellung, dass im Einzelfall ein Versicherter wegen einer körperlichen Anormalität an einer Entstellung leidet, ist in erster Linie Tatfrage (vgl. BSG SozR 3-1750 § 372 Nr. 1; BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3, jeweils Rd. Nr. 6).“

Das Bundessozialgericht hat zu diesem Sachverhalt seine jahrelang gefestigte Rechtsprechung mit aktuellen Entscheidungen fortgesetzt und erweitert (z. B. BSG-Entscheidung Az. **B1 KR 35/15 R** vom 08.03.2016). In dieser BSG-Entscheidung wurde die fehlende Brustanlage zwar als eine Krankheit angesehen, aber nicht als Entstellung bewertet und somit wurde keine operative Therapie als notwendig erachtet.

- BSG-Entscheidung (Az. **B 1 KR 3/21 R**) vom 10.03.2022

„Eine Entstellung kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise von Kleidung bedeckten Körperstellen möglich sein. In diesen Bereichen müssen die Auffälligkeiten jedoch besonders schwerwiegend sein. Erforderlich ist, dass selbst die Offenbarung im privaten und vertrauten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität nahezu ausschließen würde. Hierbei ist nicht das subjektive Empfinden der Betroffenen maßgeblich, sondern allein die objektiv zu erwartende Reaktion. Hierfür muss die Auffälligkeit evident abstoßend wirken. In den bislang vom BSG ablehnend entschiedenen Fällen wird diese Erheblichkeitsschwelle nicht erreicht ... Vorliegend hat das LSG rechtsfehlerfrei festgestellt, dass die Brustasymmetrie der Klägerin sowohl im bekleideten als auch im unbekleideten Zustand nicht entstellend war. Schließlich rechtfertigte eine psychische Belastung der Klägerin aufgrund ihres Erscheinungsbildes keinen operativen Eingriff. Nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats können psychische Leiden einen Anspruch auf eine Operation zum Brustaufbau grundsätzlich nicht begründen. [...]“

Zwar mag die Unsicherheit und Verletzlichkeit wegen einer anatomischen Abweichung bei Jugendlichen – insbesondere in der Phase der Pubertät – teilweise größer sein als im Erwachsenenalter. Hierbei handelt es sich allerdings um einen rein subjektiven Aspekt, der auch von der jeweiligen Persönlichkeit und von der psychischen Konstitution der betroffenen Personen abhängt. Das Vorliegen einer Entstellung ist aber – ausgehend von dem objektiven Krankheitsbegriff – allein nach objektiven Maßstäben zu beurteilen (siehe oben RdNr 16) und nicht nach dem subjektiven Empfinden und der Lebensphase der betroffenen Person (zutreffend Knispel, aaO). Ein unterschiedlicher Maßstab der Entstellung bei Jugendlichen und Erwachsenen würde überdies zu erheblichen Abgrenzungsproblemen führen und wäre auch mit Blick auf das allgemeine Gleichbehandlungsgebot (Art 3 Abs 1 GG) nicht zu rechtfertigen.“

2.3 Entscheidungen zu speziellen Begutachtungsanlässen

2.3.1 Entscheidungen zur Brustverkleinerung

Bei Operationen zur Brustverkleinerung handelt es sich gemäß Rechtsprechung um Eingriffe an einem gesunden Organ, sodass eine Rechtfertigung für das operative Vorgehen mit sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung gefordert wird.

- BSG (Az. **B1 KR 09/04 R**) vom 19.10.2004

„Nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit kommt ein Krankheitswert im Rechtssinne zu, die Rechtsprechung hat diese Grundvoraussetzung für die krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht vielmehr dahingehend präzisiert, dass eine Krankheit nur vorliegt, wenn der Versicherte in seiner Körperfunktion beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt.“

Das BSG hat mit Bezug auf die vorangegangene LSG-Entscheidung festgestellt, dass in diesem Einzelfall durch die Brustgröße keine Funktionsstörungen bestanden haben. Deshalb hat das BSG an dieser Stelle keine Bewertung vorgenommen, ob eine Mammareduktionsplastik generell ungeeignet ist, zu einer Besserung von Wirbelsäulenbeschwerden beizutragen:

„Unter dem Gesichtspunkt der körperlichen Fehlfunktion kann der Zustand der Klägerin schon deshalb nicht als behandlungsbedürftige Krankheit bewertet werden, weil das LSG unangegriffen festgestellt hat, dass die Brustgröße keine Funktionseinschränkungen bedingt und die Befunde an der Wirbelsäule im Wege der Physiotherapie zu beseitigen seien, aber keine Mammareduktionsplastik rechtfertigten.“

Bereits 2004 hat das LSG Baden-Württemberg (Az. **L 11 KR 1886/03** vom 20.04.2004) darauf hingewiesen, dass von entscheidender Bedeutung ist, dass eine Brustverkleinerung einen Eingriff in ein gesundes Organ darstellt. In Analogie verweist diese Entscheidung auf eine BSG-Entscheidung zur bariatrischen Chirurgie hinsichtlich einer Ultima Ratio Situation (BSG-Entscheidung Az. **B 1 KR 1/02 R** vom 19.02.2003):

„Von entscheidender Bedeutung ist insoweit, dass durch die Brustverkleinerungsoperation in ein im Grunde gesundes Organ, nämlich die "große" Brust, eingegriffen wird. Nachdem ein operativer Eingriff stets mit einem erheblichen Risiko durch die Narkose aber auch, zumal es hier entscheidend auf das äußerlich zu Tage tretende Ergebnis der Operation ankommt, durch die Operation selbst verbunden ist, darf eine chirurgische Behandlung im Bereich der Brust stets nur die Ultima Ratio sein. Hierauf hat das Bundessozialgericht (BSG) zuletzt im Zusammenhang mit der Applikation eines Magenbandes bei Adipositas hingewiesen (BSG-Entscheidung Az. **B 1 KR 1/02 R** vom 19.02.2003). Für die hier begehrte Brustverkleinerungsoperation gilt nichts anderes. Vor Durchführung einer Brustverkleinerungsoperation sind sämtliche Behandlungsalternativen durchzuführen.“

Dieser Argumentation hat sich die Sozialgerichtsbarkeit mehrheitlich angeschlossen, wie der nachfolgenden Auflistung der identifizierten LSG-Entscheidungen im Zeitraum 2014 bis 2022 (Tabelle 1) zu entnehmen ist.

In der Entscheidung vom LSG Berlin-Brandenburg vom 01.03.2022 (Az. **L 26 KR 227/19**) hat eine mögliche Grenzziehung bei einem Brustgewicht von 2 % des Körpergewichts pro Seite Eingang in die Rechtsprechung gefunden:

„... Auch wenn für die Indikation einer medizinisch-notwendigen Mammareduktionsplastik keine standardisierten Bewertungskriterien existieren, liegt jedenfalls ein starkes Missverhältnis zwischen Brust und Körperbau bei einer Grenze von 2 % des Körpergewichts pro Brust vor und bietet eine entsprechende Orientierung (Brendle-Behnisch, a.a.O. S. 11). Bei einem Brustgewicht der Klägerin von ca. 4 kg und einem Körpergewicht von 73,7 kg (zuletzt laut Rehaentlassungsbericht der S Klinik L) ist ein solches Missverhältnis ohne Zweifel zu bejahen...“

Tabelle 1: Relevante LSG-Entscheidungen zur Brustverkleinerung (2014–2022)

LSG-Entscheidung /Az. (Datum)	LSG	Leistungspflicht GKV bestätigt
L 26 KR 227/19 (01.03.2022)	LSG Berlin-Brandenburg	JA
L 4 KR 330/17 (14.05.2020)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 16 KR 364/19 (11.05.2020)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 4 KR 465/17 (03.04.2020)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 4 KR 199/17 (28.05.2019)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 11 KR 709/17 (12.04.2019)	LSG Nordrhein-Westfalen	NEIN
L 4 KR 84/15 (20.12.2017)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 1 KR 644/15 (28.11.2017)	LSG Nordrhein-Westfalen	NEIN
L 6 KR 472/13 (24.10.2017)	LSG Thüringen	NEIN
L 4 KR 480/15 (02.08.2017)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 6 KR 123/13 (28.02.2017)	LSG Thüringen	NEIN
L 4 KR 327/14 (28.02.2017)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 5 KR 555/15 (09.02.2017)	LSG Nordrhein-Westfalen	NEIN
L 1 KR 134/14 (09.02.2017)	LSG Hessen	NEIN
L 6 KR 999/13 (31.01.2017)	LSG Thüringen	NEIN
L 1 KR 355/14 (09.09.2016)	LSG Berlin-Brandenburg	NEIN
L 1 KR 38/15 (25.08.2016)	LSG Hamburg	NEIN
L 1 KR 52/15 (24.08.2016)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 1 KR 142/14 (28.04.2016)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 4 KR 446/14 (22.03.2016)	LSG Niedersachsen-Bremen	JA
L 4 KR 320/13 (26.01.2016)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 1 KR 238/12 (22.01.2015)	LSG Sachsen	NEIN
L 5 KR 5316/12 (22.10.2014)	LSG Baden-Württemberg	NEIN
L 4 KR 1776/12 (15.08.2014)	LSG Baden-Württemberg	NEIN
L 1 KR 462/13 (25.06.2014)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN
L 1 KR 521/12 (22.05.2014)	LSG Niedersachsen-Bremen	JA
L 1 KR 473/11 (30.04.2014)	LSG Niedersachsen-Bremen	NEIN

2.3.2 Entscheidungen zur Brustvergrößerung

Nach aktueller BSG-Rechtsprechung stellt eine Brustvergrößerung sowohl bei Mikromastie (Az. **B 1 KR 23/03 R** vom 19.10.2004) als auch bei Amastie (Az. **B 1 KR 35/15 R** vom 08.03.2016) keine Leistung der GKV dar.

- BSG-Entscheidung (Az. **B 1 KR 23/03 R**) vom 19.10.2004

Eine kleine Brust stellt laut BSG in dieser Entscheidung keine Krankheit dar:

„Auf der Grundlage seiner tatsächlichen Feststellungen ist das LSG zutreffend zum Ergebnis gekommen, dass bei der Klägerin keine körperliche Anomalität vorliegt, die als Krankheit in diesem Sinne zu bewerten wäre. Nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit kommt Krankheitswert im Rechtssinne zu; die Rechtsprechung hat diese Grundvoraussetzung für die krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht vielmehr dahingehend präzisiert, dass eine Krankheit nur vorliegt, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt... Unter dem Gesichtspunkt der körperlichen Fehlfunktion kann der Zustand der Klägerin schon deshalb nicht als behandlungsbedürftige Krankheit bewertet werden, weil ihr die begehrte Behandlung auch im Erfolgsfall nur ein anderes Aussehen und keine natürlich gewachsenen funktionsgerechten Organe verschaffen würde.“

Das BSG hat in diesem Fall auch das Vorliegen einer Entstellung verneint:

„Die Leistungspflicht der Beklagten lässt sich auch nicht damit begründen, dass die Klägerin wegen äußerlicher Entstellung als behandlungsbedürftig anzusehen wäre.... Anders als das SG und der von ihm gehörte Sachverständige hat das LSG der bei der Klägerin vorliegenden ausgeprägten Hypoplasie beider Mammae keine entstellende Wirkung beigemessen. Das ist unter revisionsgerichtlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden; insbesondere ist keine unzutreffende Auslegung des Rechtsbegriffs der Krankheit in der Variante der entstellenden Wirkung ersichtlich. Abgesehen davon, dass die Beispiele in der bisherigen Rechtsprechung anders als bei fehlender bzw. wenig ausgeprägter Brustanlage durchweg körperliche Auffälligkeiten betreffen, die sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi "im Vorbeigehen" bemerkbar machen, wäre die Bewertung des Zustands der Klägerin als "Entstellung" mit dem Krankheitsbegriff kaum in Einklang zu bringen, vor allem wenn man die außerordentliche Vielfalt in Form und Größe der weiblichen Brust berücksichtigt.“

- BSG-Entscheidung (Az. **B1 KR 35/15 R**) vom 08.03.2016

Hier wird die fehlende Brustanlage zwar als Krankheit gesehen, jedoch die Therapie in Form einer Mammaaugmentation als nicht geeignet betrachtet:

„Entgegen der Auffassung des SG stellt eine fehlende Brustanlage nicht schon für sich genommen eine behandlungsbedürftige Krankheit dar. Die fehlende Brustanlage ist zwar eine Krankheit (dazu a), eine MAP ist aber keine geeignete Therapie dieser Krankheit (dazu b). Eine behandlungsbedürftige Entstellung liegt nicht vor (dazu c). Die Brustoperation ist auch zur Behandlung einer – vom SG nicht festgestellten – psychischen Erkrankung nicht notwendig ... Die begehrte Operation dient jedoch nicht dazu, die Funktionsbeeinträchtigung des Stillens zu behandeln. Weder soll die MAP durch fehlendes Drüsengewebe verursachte physiologische Funktionsausfälle beheben noch ist sie dazu objektiv geeignet. Vielmehr soll die MAP lediglich das Erscheinungsbild der Klägerin verändern... Das Erscheinungsbild der Klägerin ist nicht behandlungsbedürftig. Die bei der Klägerin vorhandene anatomische Abweichung wirkt nicht entstellend ... Entgegen der Ansicht der Klägerin ergibt sich nichts Abweichendes aus dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs. 1 GG) im Hinblick auf Patientinnen, die sich – insbesondere im Rahmen einer Therapie von Brustkrebs – aus kurativen Gründen einer Mastektomie unterziehen und Anspruch auf eine Brustrekonstruktion mittels MAP haben ... Der Anspruch einer Versicherten auf MAP-Versorgung nach Mastektomie etwa aufgrund eines Mammakarzinoms ist darin begründet, dass

der Anspruch auf Krankenbehandlung durch ärztliches Handeln vorrangig darauf gerichtet ist, Erkrankte unter Wahrung ihrer körperlichen Integrität zu heilen. Wird zur Behandlung in den Körper eingegriffen, ist dieser möglichst – als Teil der einheitlichen ärztlichen Heilbehandlung – wiederherzustellen, sei es mit körpereigenem oder mit körperfremdem Material. Diese Fälle unterscheiden sich grundlegend von Eingriffen in einen nicht behandlungsbedürftigen natürlichen Körperzustand, um das nicht entstellte äußere Erscheinungsbild zu ändern.“

Im Zeitraum von 2014–2022 fanden sich zwei relevante ablehnende LSG-Entscheidungen:

- LSG Niedersachsen Bremen (Az. **L 16 KR 344/21**) vom 17.08.2022
- LSG Sachsen (Az. **L 1 KR 338/16**) vom 15.07.2020

2.3.3 Entscheidungen zur Angleichung bei Asymmetrie der Brust

In der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu Fragestellungen der Mammaasymmetrie sind auch die Funktionsbeeinträchtigung und/oder Entstellung maßgebliche Kriterien.

- BSG-Entscheidung (Az. **B 1 KR 19/07 R**) vom 28.02.2008

„Die Klägerin war weder in einer Körperfunktion dadurch beeinträchtigt, dass ihre rechte Brust eine geringere Größe als die linke Brust hatte, noch wirkte diese anatomische Abweichung entstellend ... Krankheitswert im Rechtsinne kommt nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird ...“.

In der Entscheidung wird darauf hingewiesen, „dass die Funktionsfähigkeit der Brust der Klägerin nicht beeinträchtigt gewesen ist, sondern sich nach ärztlichen Feststellungen Drüsengewebe auch in der kleineren rechten Brust befand“ ... und ... „dass die Brustvergrößerungsoperation nicht dazu dient, Funktionsmängel wegen fehlenden Drüsengewebes zu beheben.“

Zusammenfassend stellt das BSG fest: „Einen Naturalleistungsanspruch auf die Brustangleichungsoperation hat die Klägerin jedoch nicht gehabt, weil die Brustasymmetrie keine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Brustoperation zur Behandlung einer psychischen Erkrankung nicht notwendig gewesen ist.“

- BSG-Entscheidung (Az. **B 1 KR 3/21 R**) vom 10.03.2022

In Erweiterung zu den bisherigen höchstrichterlichen Ausführungen für das Vorliegen einer Entstellung führt das BSG in der Entscheidung vom 10.03.2022 (Az. **B 1 KR 3/21 R**) Folgendes aus: „Eine Entstellung kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise von Kleidung bedeckten Körperstellen möglich sein. In diesen Bereichen müssen die Auffälligkeiten jedoch besonders schwerwiegend sein. Erforderlich ist, dass selbst die Offenbarung im privaten und vertrauten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität nahezu ausschließen würde. Hierbei ist nicht das subjektive Empfinden der Betroffenen maßgeblich, sondern allein die objektiv zu erwartende Reaktion. Hierfür muss die Auffälligkeit evident abstoßend wirken. In den bislang vom BSG ablehnend entschiedenen Fällen wird diese Erheblichkeitsschwelle nicht erreicht ... Vorliegend hat das LSG rechtsfehlerfrei festgestellt, dass die Brustasymmetrie der Klägerin sowohl im bekleideten als auch im unbekleideten Zustand nicht entstel-

lend war. Schließlich rechtfertigte eine psychische Belastung der Klägerin aufgrund ihres Erscheinungsbildes keinen operativen Eingriff. Nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats können psychische Leiden einen Anspruch auf eine Operation zum Brustaufbau grundsätzlich nicht begründen.“

Im Zeitraum von 2014 bis 2022 fanden sich fünf relevante LSG-Entscheidungen.

- LSG Hamburg (Az. **L 1 KR 19/18**) vom 24.01.2019
- LSG Nordrhein-Westfalen (Az. **L11 KR 466/2017**) vom 20.11.2019
- LSG Schleswig-Holstein (Az. **L 5 KR 6/15**) vom 23.05.2017
- LSG Niedersachsen-Bremen (Az. **L 4 KR 417/20**) vom 11.10.2021
- LSG Bayern (Az. **L 4 KR 276/20**) vom 25.11.2021

Die beiden erstgenannten LSG-Entscheidungen folgen der oben beschriebenen durchgängig stringenten BSG-Rechtsprechung mit ablehnendem Ergebnis hinsichtlich einer Leistungspflicht der GKV.

In der LSG-Entscheidung (Az. **L11 KR 466/2017**) lag bei der Klägerin eine ausgeprägte tubuläre Brustdeformität beidseits mit begleitender Asymmetrie vor. Eine Leistungspflicht der GKV wurde hier nicht festgestellt. Beispielhaft sei hier auf die Ausführungen des LSG Nordrhein-Westfalen hingewiesen:

„Bestenfalls sei von einem kosmetischen Defizit auszugehen. Auch könne eine Erkrankung der Brust im engeren Sinne oder anderweitige Auffälligkeiten nicht aufgezeigt werden. Die Funktion der Mammea sei angabegemäß dahingehend beeinträchtigt, dass die Klägerin ihre beiden Kinder nicht habe stillen können. Auch hierbei handelt es sich nicht um eine wesentliche Normabweichung. Vor allem könne diese Beeinträchtigung durch den Brustaufbau nicht behoben werden ... Die Formvariante der Brüste wirke sich nicht nachteilig auf die Funktion anderer Organe oder des Stütz- und Bewegungsapparates aus.“

Im Gegensatz dazu kommt die LSG-Rechtsprechung lediglich in den beiden folgend zitierten Entscheidungen zu divergenten Ergebnissen.

Abweichend von der oben beschriebenen stringenten BSG-Rechtsprechung ging das LSG Schleswig-Holstein vom 23.05.2017 (Az. **L 5 KR 6/15**) im vorliegenden Einzelfall davon aus, dass

„keine Zweifel an der Erfolgsaussicht der strittigen Operation (Brustangleichung) zur Überwindung der psychiatrischen Erkrankung“ bestehen.

Begründet wurde dies mit:

„Zur körperlichen und geistigen Entwicklung einer Jugendlichen, sowie zum Leben in der Gemeinschaft mit Gleichaltrigen gehört die Teilnahme am Sport- und Schwimmunterricht mit gemeinsamem Umziehen in den Umkleideräumen. Ebenso ist das Sexualleben betroffen. Denn in diesen wichtigen Lebensbereichen kann das körperliche Erscheinungsbild der asymmetrischen Brüste nicht durch Kleidung verborgen werden. Es wird dadurch allgemein bekannt und prägt sich in der Gemeinschaft ein“.

Das LSG Niedersachsen-Bremen bestätigt in der Entscheidung (Az. **L 4 KR 417/20**) zwar die Leistungspflicht der GKV hinsichtlich einer (erneuten) angleichenden Operation (Lipofilling) bei noch bestehender Asymmetrie nach erfolgter Korrektur einer tubulären Brustanlage. Der Fokus der Entscheidungs begründung liegt in diesem Einzelfall jedoch darin, dass aus der Sicht des LSG der Ausgleich der Brustasymmetrie nach der ersten Operation nicht ausreichend war.

„Der durch den Bescheid der Klägerin zugebilligte Anspruch wurde nicht vollständig durch die operative Behandlung im Dezember 2017 erfüllt. Durch die besagte erste Operation wurde die Krankheit im Sinne der GKV, die letztendlich zur Bewilligung der Brustrekonstruktion führte, noch nicht vollständig beseitigt ...“.

In Diskrepanz zu der oben genannten Entscheidung erkennt das Bayerische LSG in der Entscheidung (Az. **L 4 KR 276/20**) – unabhängig von der Frage des Krankheitswerts – keinen Leistungsanspruch auf ein ambulantes Lipofilling bei Zustand nach Mammakarzinom: „Der Senat lässt offen, ob im Falle der Klägerin grundsätzlich eine derartige medizinische Notwendigkeit für den Ausgleich der noch bestehenden Asymmetrie der Brüste gegeben ist ... Dies kann offenbleiben, da jedenfalls – zumindest derzeit – ein Anspruch auf Behandlung mit der Methode des Lipofillings rechtlich nicht zuzubilligen ist, da das für eine ambulante neue Behandlungsmethode erforderliche positive Votum des G-BA nach wie vor nicht vorliegt (§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V).“

2.3.4 Entscheidungen zu plastisch-chirurgischen Straffungsoperationen

Straffungsoperationen werden häufig nach Gewichtsverlusten in Folge bariatrischer Chirurgie oder nach Gewichtsreduktion in Eigenregie beantragt. Hauptsächlich sollen Haut- und Fettgewebs-überschüsse an den Körperregionen Abdomen, Gesäß, Rücken, Beine, Arme, Thorax und Brust gestrafft bzw. entfernt werden.

In dem recherchierten Zeitraum 2014 bis Ende 2022 fand sich in Bezug auf Straffungsoperationen eine relevante BSG-Entscheidung.

- BSG-Entscheidung (Az. **B 1 KR 3/21 R**) vom 10.03.2022

In Erweiterung zu den bisherigen höchstrichterlichen Ausführungen für das Vorliegen einer Entstellung führt das BSG u. a. zur Thematik von Hautüberschüssen in dieser Entscheidung Folgendes aus:

„Eine Entstellung kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise von Kleidung bedeckten Körperstellen möglich sein. In diesen Bereichen müssen die Auffälligkeiten jedoch besonders schwerwiegend sein. Erforderlich ist, dass selbst die Offenbarung im privaten und vertrauten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität nahezu ausschließen würde. Hierbei ist nicht das subjektive Empfinden der Betroffenen maßgeblich, sondern allein die objektiv zu erwartende Reaktion. Hierfür muss die Auffälligkeit evident abstoßend wirken. In den bislang vom BSG ablehnend entschiedenen Fällen wird diese Erheblichkeitsschwelle nicht erreicht. Gleiches gilt in aller Regel etwa auch für Hautüberschüsse, wie sie etwa nach einem erheblichen Gewichtsverlust infolge einer strengen Diät oder einer bariatrischen Operation verbleiben können.“

Aus den für den Zeitraum ermittelten LSG-Entscheidungen ergeben sich für die Beurteilung folgende, relevante Aspekte:

Zu berücksichtigen ist das Kriterium der Entstellung. Die Prüfung funktioneller Einschränkungen von Krankheitswert bezieht sich auf Bewegungseinschränkungen durch das überschüssige Haut- und Fettgewebe sowie auf intertriginöse Hautveränderungen.

- LSG-Entscheidung Baden-Württemberg (Az. **L 11 KR 831/14**) vom 21.10.2014
- LSG-Entscheidung Baden-Württemberg (Az. **L 11 KR 1398/16**) vom 27.06.2017
- LSG-Entscheidung Nordrhein-Westfalen (Az. **L 10 KR 929/19**) vom 02.07.2021
- LSG-Entscheidung Berlin-Brandenburg (Az. **L 1 KR 275/20**) vom 15.09.2022

Das LSG Baden-Württemberg (Az. **L 11 KR 831/14**) führt dazu aus, dass ein Krankheitswert bei Erschlafungen des Hautmantels nur dann anzunehmen sei, wenn „dauerhaft therapieresistente Hautreizungerscheinungen wie Pilzbefall, Sekretionen oder entzündliche Veränderungen vorlägen“. Als Zeitrahmen wird in einer weiteren Entscheidung dieses Gerichtes (Az. **L 11 KR 1398/16**) definiert: „Von einer Therapieresistenz in Bezug auf Rötungen der Haut könnte frühestens nach sechsmonatiger intensiver dermatologischer Behandlung ausgegangen werden“. Auch sei es zumutbar, „Ekzeme, wenn sie auftreten, zunächst mit Salben zu behandeln und die Behandlungen auch zu Ende zu führen“.

- LSG-Entscheidung Bayern (Az. **L 4 KR 287/19**) vom 13.08.2020

Bezüglich der beklagten Bewegungseinschränkungen durch überschüssiges Haut-/Fettgewebe und des Grundsatzes, dass die von der Krankenkasse geschuldete Krankenbehandlung nur solche Maßnahmen umfasste, die unmittelbar an der eigentlichen Krankheit ansetzen, weicht das Bayerische LSG in seiner Entscheidung ab (Az. **L 4 KR 287/19**). Es bestätigt in diesem Fall die medizinische Notwendigkeit einer beidseitigen Oberschenkelstraffung zu Lasten der GKV in Folge einer Gewichtsreduktion nach Magenverkleinerung bei gleichzeitig orthopädisch attestierter 4-gradiger, beidseitiger Varusgonarthrose. Als Begründung wird ausgeführt, dass die „voluminöse Ausdehnung der Hautlappen an den Oberschenkeln nach medial zu deutlichen Bewegungseinschränkungen in einem Ausmaß geführt habe, dass ihnen Krankheitswert“ zukomme. Das Gericht folgt der Einschätzung des betreuenden Orthopäden, wonach das Ziel der begehrten Oberschenkelstraffung nicht die Behandlung der Gonarthrose war, sondern „die Verhinderung einer Verschlechterung der orthopädischen Situation und Besserung der Schmerzen durch die Entfernung der die Bewegungseinschränkungen und damit die Gangstörungen verursachenden Fettschürze“.

- LSG-Entscheidung Niedersachsen-Bremen (Az. **L 4 KR 529/18**) vom 12.12.2019

In dieser LSG-Entscheidung zu einer beantragten beidseitigen Oberarmstraffung werden die Kostenübernahme und die medizinische Indikation aus einer Verschlimmerung bestehender Komorbiditäten (hier Morbus Cushing und Akne inversa) abgeleitet.

- LSG-Entscheidung Niedersachsen-Bremen (Az. **L 16 KR 143/18**) vom 17.11.2020

Zum Aspekt der Entstellung nimmt das LSG in dieser Entscheidung Stellung. Für die begehrte, beidseitige Oberarmstraffung läge „allein nach objektiven Maßstäben“ eine Entstellung vor. Die Versicherte

werde aufgrund des asymmetrischen Erscheinungsbildes beider Arme „bereits in alltäglichen Situationen zum Objekt des Interesses“. Im bekleideten Zustand, auf den abzustellen sei, sei ein Kaschieren nicht möglich. Gemäß Entscheidung sei eine „Unterscheidung nach Sommer- und Winterzeit nicht vorzunehmen“.

- LSG-Entscheidung Bayern (Az. **L 20 KR 406/18**) vom 04.12.2018

Abschließend sei noch auf diese Entscheidung hingewiesen. Es nimmt Bezug auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ aus dem Jahr 2018 [9], die die postoperative Körperperformance nach massiver Gewichtsreduktion als ein wichtiges Teilgebiet innerhalb der interdisziplinären Adipositasbehandlung bewertet. Nach Einordnung des Gerichts ergäbe sich aus Leitlinien-Empfehlungen per se kein Anspruch auf begehrte Straffungsoperationen zu Lasten der GKV:

„S3-Leitlinien geben Ärzten und in der Folge auch Verwaltung und Gerichten wichtige Entscheidungshilfen, sie sind jedoch für diese nicht bindend.“

Auch sei eine unmittelbare Behandlung durch einen chirurgischen Eingriff an einem nicht betroffenen Organ nur „unter engen Voraussetzungen“ zulässig. Hautüberschüsse nach Gewichtsabnahme seien allgemein nicht bereits deshalb als Krankheit zu betrachten, weil sie vom „Normalzustand“ abwichen.

- LSG Baden-Württemberg (Az. **L 11 KR 2088/21**) vom 30.11.2021

Das LSG führt dazu aus, dass ein Krankheitswert bei den hier vorliegenden Hauterschlaffungen im Bereich von Rücken und Oberschenkelinnenseiten nicht vorliegt: „Die überschüssige Haut an den Oberschenkeln bzw. am Rücken stellt für sich genommen keinen krankhaften Befund bzw. regelwidrigen Körperzustand dar.“

„... an beiden Oberschenkelinnenseiten und auch im Rückenbereich bestünden nur geringe Hautmantelüberschüsse, funktionelle Einschränkungen seien nicht nachgewiesen.“

„Doch selbst wenn es gelegentlich zu Hautirritationen oder gar -entzündungen kommen sollte, besteht deshalb noch kein Anspruch auf den begehrten operativen Eingriff. Wird durch eine solche Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert, bedarf die mittelbare Behandlung einer speziellen Rechtfertigung, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwagen sind (BSG 19.02.2003, **B 1 KR 1/02 R**) ... Dabei hält der Senat auch das dauerhafte Tragen etwa von Leggings bei längeren Spaziergängen – auch im Sommer – für zumutbar.“

2.3.5 Folgeeingriffe

Bei Folgeeingriffen (z. B. bei Kapselfibrosen, Implantatrupturen, Narbenkorrekturen, Wundheilungsstörungen) unterscheidet die Rechtsprechung ebenfalls zwischen rein kosmetischen Eingriffen und Eingriffen, die medizinisch notwendig sind. Folgeeingriffe sind nur dann Leistung der GKV, wenn medizinische Gründe vorliegen.

- LSG-Entscheidung Niedersachsen-Bremen (Az. **L16 KR 324/18**) vom 28.01.2019

In dieser LSG-Entscheidung verweist das Gericht im Weiteren auf den § 52 Abs. 2 SGB V:

„Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.“

In jedem Fall muss der begutachtungsrelevante vorausgegangene Behandlungsablauf zur Begutachtung beurteilt werden.

3 Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass

Derzeit gibt es keine spezifische G-BA Richtlinie zu plastisch-chirurgischen Eingriffen an der Brust und bei Straffungsoperationen. Ein Beratungsantrag oder ein Beschluss des G-BA gemäß § 137c SGB V zu den Methoden liegen ebenfalls nicht vor, dies gilt auch für Beratungen nach § 135 SGB V im Bereich der ambulanten Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

Da es sich bei den plastisch-chirurgischen Eingriffen an der Brust und bei Straffungsoperationen üblicherweise um Methoden handelt, die unter stationären Bedingungen im Krankenhaus erbracht werden, wäre für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung relevant.

Insoweit gilt der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Unabhängig von den einzelnen Begutachtungsanlässen, die im Folgenden differenziert besprochen werden, erscheint der Arbeitsgruppe die Erwähnung von zwei operativen Verfahren wichtig. Sowohl die Liposuktion als auch das Lipofilling sind Verfahren, welche in der Regel im ambulanten Setting zu erbringen sind. Für beide Verfahren sind im Rahmen der ambulanten Erbringung die Kriterien der Begutachtungsanleitung Außervertragliche „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“ bei bisher fehlender positiver Bewertung durch den G-BA anzuwenden. Nach Anwendung dieser Kriterien sind die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungserbringung zu Lasten der GKV nicht erfüllt (Ausnahme: Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – zunächst befristet bis zum 31.12.2025).

Bei Antrag zur Beurteilung eines begleitenden Lipofillings oder einer begleitenden Liposuktion und bei gleichzeitig bestehender, anderweitig medizinisch begründeter stationärer Behandlungsbedürftigkeit ist auf den entsprechenden rechtlichen Rahmen einschließlich der entsprechenden Begutachtungshilfen zu verweisen:

- Arbeitshilfe „Methodenbewertung im Krankenhaus“; Abgestimmte Endversion vom 19.12.2017 [10]
- Begutachtungsanleitung Außervertragliche „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“, Stand 08.10.2008 [11]
- Arbeitshilfe der SEG 7 „Ergänzende Hinweise zur Einzelfall-Begutachtung von Methoden im Krankenhaus unter Berücksichtigung der Neufassung der §§ 39 und 137c SGB V vom 03.01.2022“ [12]

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung für diese beiden Behandlungsmethoden (Lipofilling und Liposuktion-Ausnahme: Liposuktion bei Lipödem im Stadium III – zunächst befristet bis zum 31.12.2025) nicht erfüllt sind, auch wenn in Einzelfällen keine sinnvollen Behandlungsalternativen benannt werden können.

4 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung

4.1 Mammaaugmentation (Arbeits- und Bewertungsschritte)

Bei Begutachtungsaufträgen zur sozialmedizinischen Bewertung von beantragten Mammaaugmentationsplastiken finden sich vorrangig folgende Diagnosen als antragsbegründend:

- Mammahypoplasie
- Amastie
- Mammaasymmetrie
- Tubuläre Brüste
- Ptosis der Mammae

Wie im vorangegangenen Kapitel ausgeführt, lässt die höchstrichterliche Rechtsprechung in konsequenter Stringenz eine Leistungspflicht der GKV nur bei Körperveränderungen zu, die zu einer Beeinträchtigung der Körperfunktionen führen oder die eine Entstellung (entsprechend den BSG-Kriterien) darstellen.

Zusätzlich muss auch bei einer vorliegenden Beeinträchtigung der Körperfunktionen die beantragte Operation eine geeignete Therapie dieser Beeinträchtigung sein.

Unter Würdigung der zitierten BSG-Entscheidungen besteht für eine Mammaaugmentation bei antragsbegründender beidseitiger Mammahypoplasie oder beidseitiger Amastie keine Leistungspflicht der GKV.

Davon unabhängig zu begutachten sind Fragestellungen bei Transsexualität (siehe Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD 10, F64.0)“, Stand 11.10.2021) sowie bei Folgezuständen nach Therapie eines Mammakarzinoms – siehe BSG-Rechtsprechung, BSG-Entscheidungen (Az. B 1 KR 19/07 R) vom 28.02.2008, (Az. B 1 KR 35/15 R) vom 08.03.2016.

In Analogie kann auch bei Vorliegen einer symmetrischen, tubulären Brustveränderung in der Regel keine Leistungspflicht der GKV abgeleitet werden (zur Differenzierung wird auf Schritt 2 des Begutachtungsalgorithmus verwiesen).

Dieser Analogieschluss findet in wiederholter höchstrichterlicher Rechtsprechung hinsichtlich der Beschreibung der Voraussetzungen einer Leistungspflicht der GKV (Funktionsstörung / Entstellung / geeignete Behandlungsoption) Bestätigung.

Da eine differenzierte Erläuterung/Darstellung der unterschiedlichen Ausprägungen der tubulären Brust keine Relevanz in der sozialmedizinischen Begutachtung erfährt, wird auf eine solche in diesem Kapitel verzichtet.

Daraus leitet sich ab, dass nur in besonderen Einzelfällen (z. B. zur Korrektur einer ausgeprägten Mammaasymmetrie) vorstellbar ist, dass die höchstrichterlichen Kriterien der Voraussetzungen einer Leistungspflicht der GKV für eine Mammaaugmentation erfüllt sind.

Genaueres ist dem folgenden Begutachtungsalgorithmus zu entnehmen:

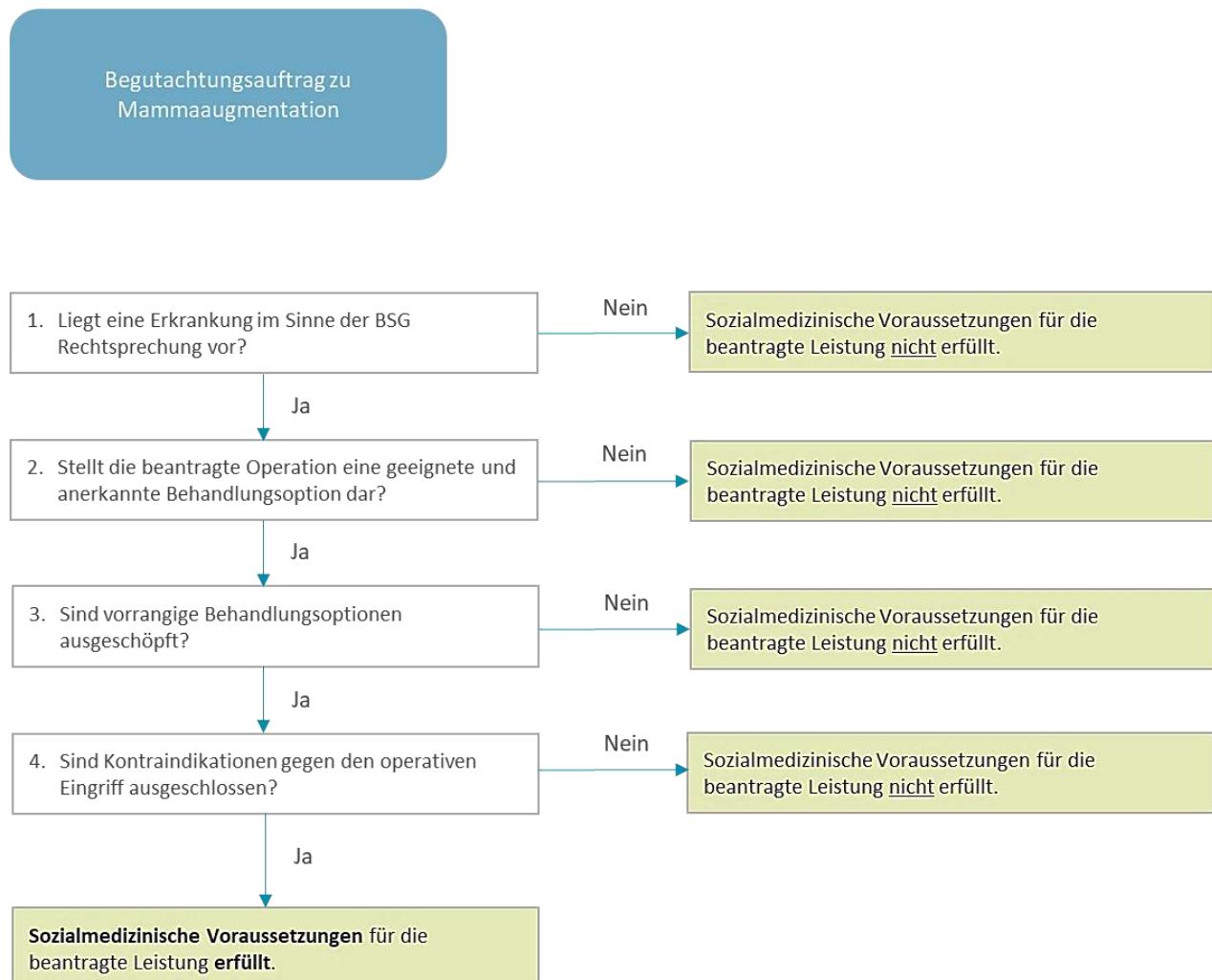


Abbildung 1: Begutachtungsalgorithmus Mammaaugmentation

Zu Schritt 1: Liegt eine Erkrankung im Sinne der BSG-Rechtsprechung vor?

Zu beurteilen ist, ob aus dem Befund – im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung – eine krankheitsrelevante Funktionsbeeinträchtigung resultiert oder eine Entstellung vorliegt.

Dieses Kriterium ist bei einer beidseitigen Mammahypoplasie nicht erfüllt. Gleiches gilt in Analogie in der Regel für den Befund der symmetrischen tubulären Brust (siehe auch Schritt 2).

Somit entfällt für diese Konstellationen in der Regel eine Leistungspflicht der GKV für eine Mammaaugmentation.

Hingegen stellt die beidseitige Amastie bei resultierender Stillunfähigkeit einen krankheitswertigen Befund dar (siehe auch Schritt 2).

Bei Mammaasymmetrie, tubulärer Brust und Ptosis mammae sind in besonders ausgeprägten Einzelfällen krankheitswertige Konstellationen vorstellbar (siehe auch Schritt 2 und Kapitel 4.5 „Mammaasymmetrie“).

Zu Schritt 2: Stellt die beantragte Operation eine geeignete und anerkannte Behandlungsoption dar?

Zu beurteilen ist, ob die beantragte Mammaaugmentation als geeignete Behandlung der vorliegenden Erkrankung zu sehen ist.

Beispielhaft wird hier nochmals die beidseitige Amastie genannt: Zwar wird das vollständige Fehlen der Drüsenkörper mit resultierender Stillunfähigkeit als krankheitswertig gesehen. Jedoch stellt eine Augmentationsplastik lediglich eine Maßnahme zur Veränderung der Körperkontur dar. Die eigentliche Erkrankung (Stillunfähigkeit) wird dadurch nicht behandelt. Eine Mammaaugmentation ist für diese Funktionsbeeinträchtigung nicht als geeignete Behandlung zu sehen.

Gleiches gilt für die Behandlung von dermatologischen Beschwerden bei einer ausgeprägten Ptosis mammae. Eine Mammaaugmentation ist zur Behandlung von dermatologischen Beschwerden bei einer ausgeprägten Ptosis mammae keine geeignete Behandlungsmethode. Insofern ergibt sich aus sozialmedizinischer Sicht bei Anträgen für eine Mammaaugmentationsplastik bei Ptosis mammae keine medizinische Notwendigkeit für eine Mammaaugmentation.

Bei Aufträgen zur Begutachtung eines Lipofillings ist auf das Kapitel 3 zu verweisen.

Zu Schritt 3: Sind vorrangige Behandlungsoptionen ausgeschöpft?

Hier ist zu prüfen, ob es geeignete vorrangige Behandlungsoptionen gibt und wenn ja, ob diese ausgeschöpft sind (z. B. behandlungsbedürftiges Untergewicht/behandlungsbedürftige hormonelle Störung).

Zu Schritt 4: Sind Kontraindikationen bezüglich des operativen Eingriffs ausgeschlossen?

Ergeben sich im Rahmen der Begutachtung Anhaltspunkte für Kontraindikationen (somatischer oder psychischer Natur), sind diese entsprechend abzuklären.

Sofern psychische Erkrankungen/Beschwerden mitgeteilt werden oder aus den Unterlagen ersichtlich sind, haben eine entsprechende psychologische/psychiatrische Abklärung und ggf. Therapie vorrangig zu erfolgen.

4.2 Straffungsoperationen (Arbeits- und Bewertungsschritte)

Straffungsoperationen können an vielen Körperstellen zum Einsatz kommen, um den erschlafften und überschüssigen Haut- und Weichteilmantel zu behandeln. Am häufigsten werden sie am Rumpf, an

den Oberschenkeln, an den Oberarmen, an den Brüsten und am Gesäß durchgeführt. Haut- und Fettgewebsüberschüsse können sich u. a. entwickeln nach bariatrischer Chirurgie, nach Schwangerschaften, nach Gewichtsreduktionen in Eigenregie und durch den physiologischen Alterungsprozess.

Nachfolgend können körperperformende Operationen unter folgenden Bedingungen zu Lasten der GKV erforderlich werden:

- funktionelle Beeinträchtigungen (z. B. therapierefraktäre Hautveränderungen, funktionelle Bewegungseinschränkungen und andere krankheitswertige, mechanische Beeinträchtigungen)
- krankheitswertige Entstellung

Das schrittweise Vorgehen bei der Begutachtung beantragter Straffungsoperationen ist dem folgenden Begutachtungsalgorithmus zu entnehmen:

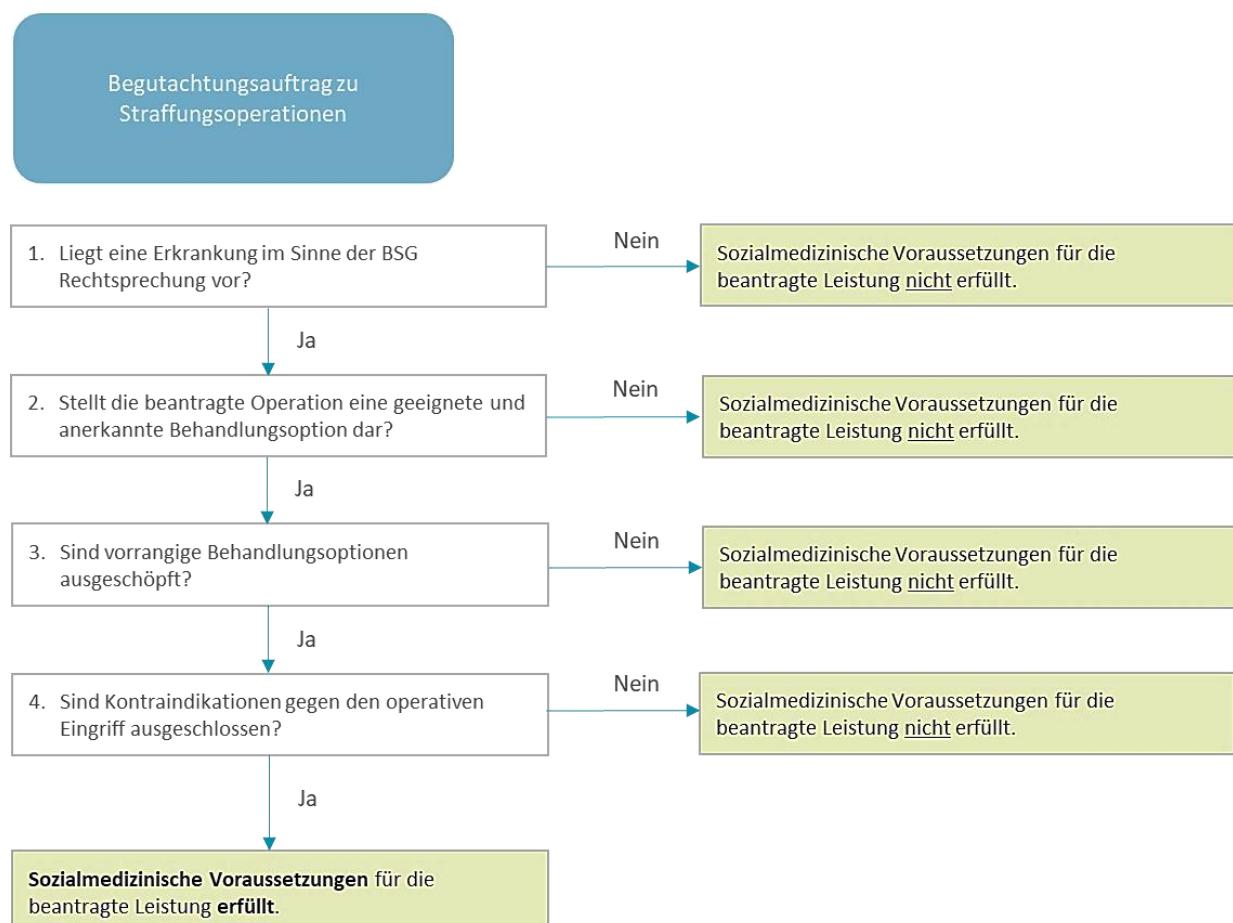


Abbildung 2: Begutachtungsalgorithmus Straffungsoperationen

Zu Schritt 1: Liegt eine Erkrankung im Sinne der BSG-Rechtsprechung vor?

Zu beurteilen ist, ob krankheitsrelevante Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. therapierefraktäre Hautveränderungen, funktionelle Bewegungseinschränkungen oder andere krankheitswertige mechanische Beeinträchtigungen) vorhanden sind, die im kausalen Zusammenhang mit den Haut-Weichteilüberschüssen stehen, oder ob eine Entstellung vorliegt.

Therapierefraktäre Hautveränderungen

Von einer Therapieresistenz kann gemäß Sozialrechtsprechung frühestens nach sechsmonatiger, intensiver, dermatologischer bzw. fachärztlicher Behandlung (aufgrund regionaler Einschränkungen) ausgegangen werden.

Als zumutbar gilt, dass Hautveränderungen, wenn sie auftreten, dermatologisch stadiengerecht behandelt werden und diese Behandlung zu Ende geführt wird. Beispielhaft sei nochmals auf die LSG-Entscheidung Az. **L 11 KR 1398/16** hingewiesen: „Von einer Therapieresistenz in Bezug auf die Rötungen der Haut könnte frühestens nach sechsmonatiger intensiver dermatologischer Behandlung ausgegangen werden.“ Anhand dieses Beispiels in der LSG-Entscheidung sowie aus langjähriger fachgutachterlicher Erfahrung wurde der Zeitraum von 6 Monaten dermatologischer Therapie als adäquat empfunden und zur Übernahme in den Begutachtungsleitfaden konsentiert.

Zur Verlaufsbeurteilung des Hautbefundes sollte eine regelmäßige und engmaschige, fachärztliche Kontrolle erfolgen, ggf. unter Nutzung einer Fotodokumentation. Zur Bestätigung der Therapieresistenz sollte eine dermatologische bzw. fachärztliche Behandlungsdokumentation mindestens der letzten sechs Monate (mit Angabe der Vorstellungstermine, mit Angaben zum jeweiligen Befund, zur Art und Weise der dermatologischen Therapie, zum Ansprechen des Befundes auf die Therapie und zu eventuellen Anpassungen des Therapieschemas) vorgelegt werden.

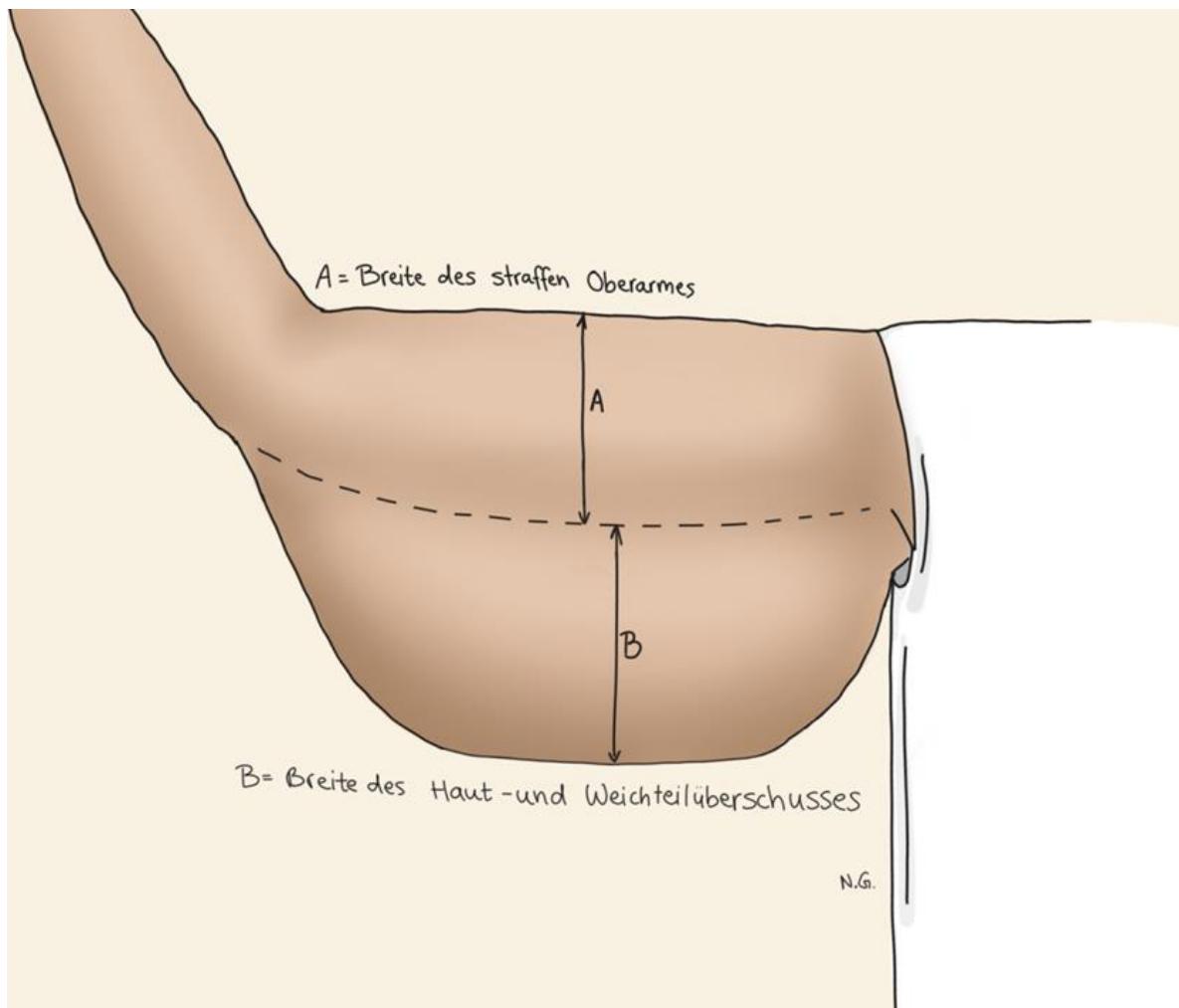
Funktionelle Beeinträchtigungen / andere krankheitswertige, mechanische Beeinträchtigungen

Oberarme:

Im Bereich der Oberarme ist ein Haut- und Weichteilüberschuss mit krankhafter Ausprägung insgesamt selten zu erwarten. Objektivierbare Abgrenzungskriterien (z. B. Rechtsprechung, Fachliteratur), ab wann ein krankheitswertiger Zustand erreicht ist, liegen nicht vor.

Als Orientierungshilfe kann aus langjähriger gutachterlicher Erfahrung dienen: Die Breite des Haut- und Weichteilüberschusses (Überhang) an den um 90° abduzierten Oberarmen muss mindestens der Breite des gedachten, straffen Oberarms entsprechen, um eine krankhafte Funktionsstörung nachvollziehen zu können (Abbildung 3).

Es muss sich um einen ausgeprägten Befund handeln, bei dem es zu nachvollziehbaren, alltagsrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen und objektivierbaren Störungen der Aktivitäten und der Teilhabe kommt. Die individuellen Kontextfaktoren sind im Einzelfall gutachterlich zu würdigen.



Quelle: eigene Zeichnung

Abbildung 3: Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss am Oberarm
Die Breite des Haut- und Weichteilüberschusses (B) an dem um 90° abduzierten Oberarm muss mindestens der Breite des gedachten, straffen Oberarms (A) entsprechen; hier ist B sogar größer als A.

Brüste (siehe auch Kapitel 4.1 „Mammaaugmentation“):

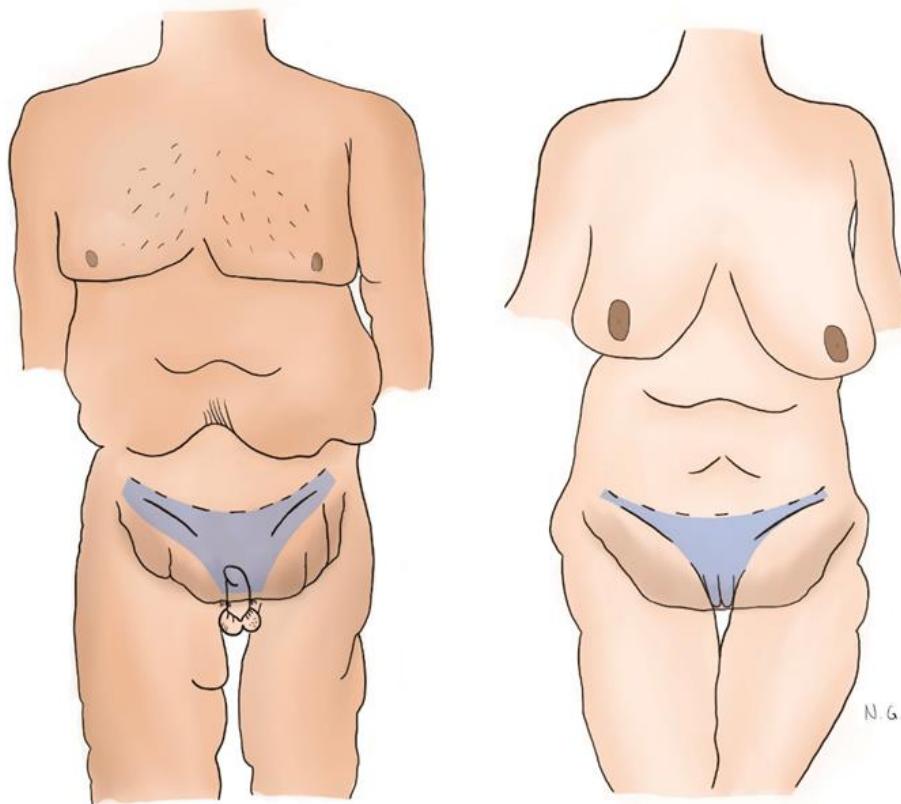
Charakterisierend für die Formveränderung der Brust mit dem Wunsch nach Straffung (und ggf. Augmentation) ist zumeist die Ptosis mammae, die nach Regnault klassifiziert wird (Stadieneinteilung siehe Kapitel „Definitionen“).

Funktionelle Einschränkungen oder eine krankheitswertige Entstellung bei Mammaptosis sind nur bei extrem ausgeprägten Befunden zu erwarten.

Ein regelwidriger Körperzustand bei Mammaptosis kann angenommen werden, wenn trotz fachdermatologischer bzw. fachärztlicher Mitbehandlung therapierefraktäre Hautveränderungen auftreten (siehe oben). Beklagte Beschwerden des Achsenskeletts bzw. der Schulterregion sind einer ausreichenden, fachärztlich-orthopädischen Diagnostik und Therapie zuzuführen und rechtfertigen in der Regel keine Straffungsoperation der Brust.

Rumpf/Abdomen:

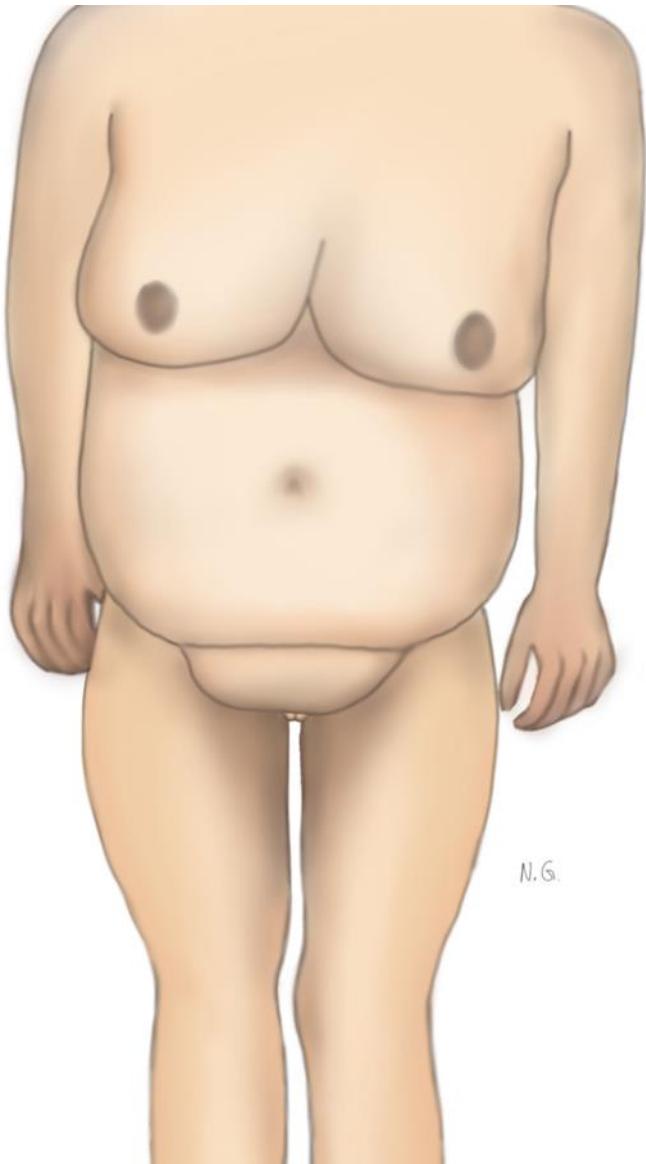
Funktionelle Einschränkungen (z. B. Einschränkung der täglichen Intimpflege, der Mobilität, der Miktion und beim Geschlechtsverkehr) durch eine Fettschürze am Abdomen und damit der Krankheitswert des Befundes sind nachvollziehbar, wenn im aufrechten Stand in der Frontalansicht das überschüssige Haut-/Fettgewebe die Vulva bei der Frau bzw. den Skrotumansatz beim Mann vollständig überdeckt. Bei dieser Konstellation ist der unterste Rand der anatomischen Struktur des Os pubis vollständig überdeckt (Abbildung 4).



Quelle: eigene Zeichnung

Abbildung 4: Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss abdominell/Bauchfettschürze
Im aufrechten Stand in der Frontalansicht überdeckt das überschüssige Haut-/Fettgewebe die Vulva bei der Frau bzw. den Skrotumansatz beim Mann vollständig.

Ein krankheitswertiger Befund kann auch dann vorliegen, wenn das überschüssige Haut-/Fettgewebe der Bauchfettschürze bei gleichzeitig deutlicher Absenkung/Hypertrophie des Mons pubis die Vulva bei der Frau bzw. den Skrotumansatz beim Mann nicht vollständig überdeckt. Auch bei dieser Konstellation ist der unterste Rand der anatomischen Struktur des Os pubis vollständig überdeckt (Abbildung 5).



Quelle: eigene Zeichnung

Abbildung 5: Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss abdominal und am Mons pubis
Im aufrechten Stand in der Frontalansicht ist der Mons pubis deutlich hypertrophiert und abgesunken, der Mons pubis wird deshalb nicht von der Bauchfettschürze überdeckt; der Befund ist in der Gesamtschau krankheitswertig.

Eine Schürze am Oberbauch tritt äußerst selten isoliert auf. Sie ist in der Regel mit einer Schürze am Unterbauch assoziiert, von der dann der Krankheitswert ausgeht. Eine Schürze am Oberbauch beeinträchtigt die Beweglichkeit zwar nicht, kann aber rezidivierende, therapieresistente Hautentzündungen im Nabelbereich unterhalten (siehe oben).

Darüber hinausgehende Körperkonturveränderungen im Bereich des Rückens und der Flanken führen nur in seltenen, ausgeprägten Einzelfällen zu krankheitswertigen Funktionsbeeinträchtigungen. Vorstellbar ist eine solche Situation z. B. bei ausgeprägten, überhängenden Gewebelappen mit tiefer Furchenbildung am Rücken / an den Flanken.

Im Regelfall sind die Haut- und Weichteilüberschüsse im Bereich des Rückens und der Flanken nicht krankheitswertig.

Gesäß:

Im Bereich des Gesäßes ist ein Haut- und Weichteilüberschuss mit krankhafter Ausprägung insgesamt selten zu erwarten.

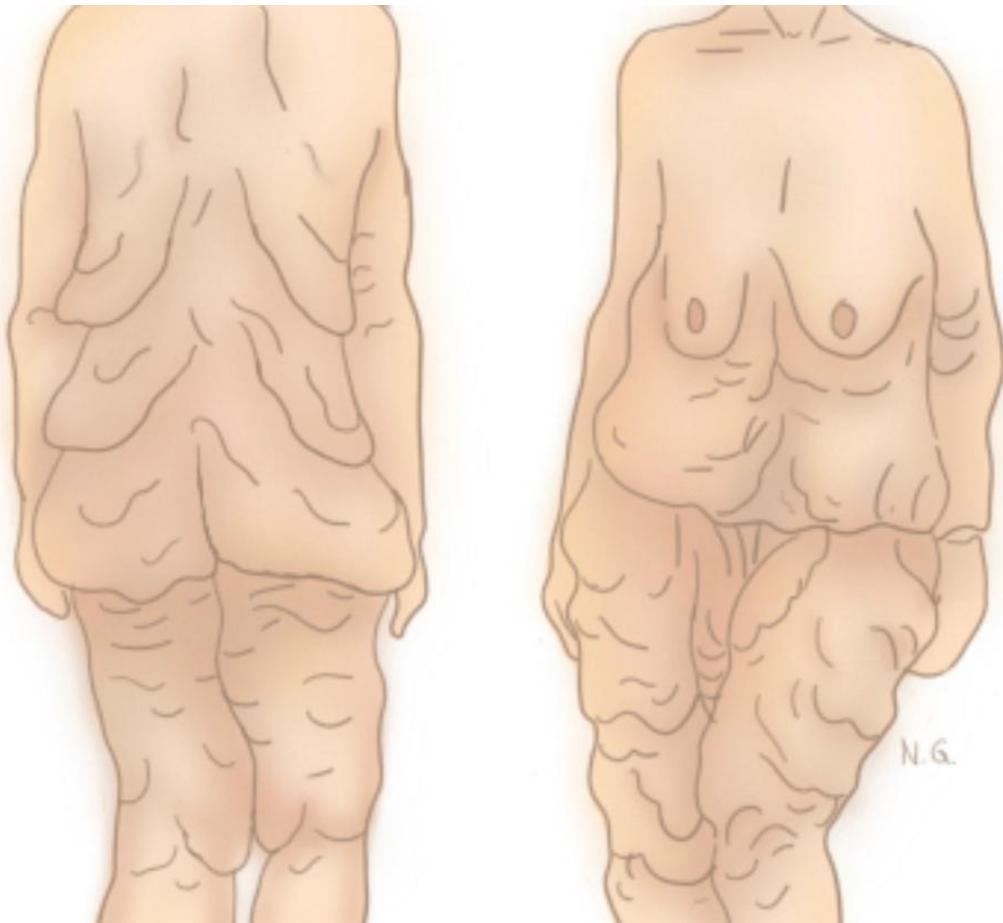
Die Haut- und Fettgewebsüberschüsse an Gesäß können in Ausnahmefällen bei sehr ausgeprägten Befunden Beschwerden durch Einklemmen und Kompression der Haut im Bereich der unteren Gesäßfalte verursachen. Längerer Sitzen, insbesondere im beruflichen Kontext, kann zu Schmerzen führen.

Mechanische Behinderungen von Miktion und Defäkation bzw. Beschwerden durch Einklemmen und Kompression der Haut im Bereich der unteren Gesäßfalte können nur dann nachvollzogen werden, wenn ein ausgeprägter Haut-/Weichteilüberschuss mit überhängenden Gewebelappen mit tiefer Furchenbildung nachvollziehbar ist. Erfahrungsgemäß ist das sehr selten der Fall.

Oberschenkel:

Im Bereich der Oberschenkel ist ein Haut- und Weichteilüberschuss mit krankhafter Ausprägung insgesamt selten zu erwarten.

Funktionelle Beeinträchtigungen, insbesondere beim Gehen, sind nachvollziehbar, wenn sich im Barfußstand bei parallel ausgerichteten Beinachsen das überschüssige, erschlaffte Gewebe girlandenförmig (ausgeprägte, überhängende Gewebelappen mit tiefer Furchenbildung) aufwirft, also wenn hypermobile, separat aufgeworfene Hautfettschürzen an den Oberschenkelinnenseiten erkennbar sind, die beim Gehen großflächig aneinanderschlagen und diese Beeinträchtigungen nicht durch das Tragen zweckmäßiger Kleidung ausreichend behoben werden können (siehe auch LSG Baden-Württemberg (Az. **L 11 KR 2088/21**) vom 30.11.2021, Seite 26). Großflächiges Aneinanderreiben führt zu mechanischer Belastung der Haut, häufig erkennbar an Hyperpigmentierungen an den Oberschenkelinnenseiten als Folge der chronischen Irritation.



Quelle: eigene Zeichnung

Abbildung 6: **Krankheitswertiger Haut- und Weichteilüberschuss am Rücken und an den Oberschenkeln**
Am Rücken finden sich ausgeprägte, überhängende Gewebelappen mit tiefer Furchenbildung; an den Oberschenkeln wirft sich das überschüssige, erschlaffte Gewebe girlandenförmig auf, es finden sich an den Oberschenkelinnenseiten hypermobile, separat aufgeworfene Hautfettschürzen, die beim Gehen großflächig aneinanderschlagen.

Entstellung

Der Begriff der Entstellung wird primär juristisch definiert. Maßgeblich ist nicht eine subjektive, sondern eine objektive Betrachtungsweise. Ausführungen dazu finden sich in gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung und sind im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung zu berücksichtigen.

Eine Entstellung wird dann von der Rechtsprechung als „krankheitswertig“ angesehen, wenn die/der Betroffene im Vorübergehen die Aufmerksamkeit unbeteiligter Dritter im öffentlichen Raum auf sich zieht. Die „Krankheit“ im Sinne des Sozialgesetzes besteht nicht in der Entstellung, die Betroffene selbst empfinden (Schamgefühl), sondern in der ungewollten Aufmerksamkeit von anderen. Maßgeblich ist in Übereinstimmung mit der BSG-Rechtsprechung also nicht, wie die Person sich selbst sieht, sondern wie die Umwelt auf die Person reagiert.

Ergänzend wird an dieser Stelle die BSG-Entscheidung vom 28.02.2008 (Az. **B 1 KR 19/07 R**) auszugsweise zitiert:

„Um eine Entstellung annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Anormalität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit und damit zugleich erwarten lässt, dass die Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückzuziehen und zu vereinsamen droht, sodass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist (vgl. dazu BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 45 S 253 f.)“

Grundlage bei der Prüfung einer Entstellung ist das Erscheinungsbild in „alltagsüblicher Kleidung“.

Sind die Haut- und Weichteilüberschüsse an den jeweiligen Körperregionen durch alltagsübliche Bekleidung zu kaschieren und damit für die unbeteiligte Öffentlichkeit nicht erkennbar, liegt üblicherweise keine Entstellung im Sinne der BSG-Rechtsprechung vor.

Besteht nach dieser ersten Betrachtung keine Entstellung, ist zu prüfen, ob einer der eng begrenzten Ausnahmefälle vorliegt, die nach der BSG-Entscheidung (Az. **B 1 KR 3/21 R**) vom 10.03.2022 einen Leistungsanspruch begründen können: „Eine Entstellung kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise von Kleidung bedeckten Körperstellen möglich sein. In diesen Bereichen müssen die Auffälligkeiten jedoch besonders schwerwiegend sein. Erforderlich ist, dass selbst die Offenbarung im privaten und vertrauten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität nahezu ausschließen würde. Hierbei ist nicht das subjektive Empfinden der Betroffenen maßgeblich, sondern allein die objektiv zu erwartende Reaktion. Hierfür muss die Auffälligkeit evident abstoßend wirken.“

Zu Schritt 2: Stellt die beantragte Operation eine geeignete und anerkannte Behandlungsoption dar?

Zu beurteilen ist, ob die beantragte Straffungsoperation eine geeignete Behandlungsoption darstellt. Konnte nach gutachterlicher Beurteilung der jeweiligen Körperregion(en) in Schritt 1 das Vorliegen krankheitsrelevanter Funktionsbeeinträchtigungen und/oder einer Entstellung bestätigt werden, sind Straffungsoperationen als Behandlungsoption zur Wiederherstellung von Körperfunktionen, zur Beseitigung therapierefraktärer Hautveränderungen und Aufhebung einer Entstellung geeignet.

Sofern über die Straffungsoperationen hinaus weitere operative Maßnahmen erfolgen sollen, ist ggf. deren Notwendigkeit zu beurteilen. Beispielhaft sind an dieser Stelle abdominelle Hernien und Rektusdiastasen zu nennen. Diese rechtfertigen nicht a priori die Durchführung einer Abdominoplastik zu Lasten der GKV. Zwar können abdominelle Hernien und Nabelhernien operationswürdige und krankheitswertige Befunde darstellen, die operiert werden sollten; die Notwendigkeit einer Hernienreparation beinhaltet jedoch nicht zwangsläufig die Notwendigkeit einer gleichzeitigen Abdominoplastik. Bei der Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzung zur Leistungsgewährung einer Abdominoplastik ist der oben beschriebene Algorithmus zu berücksichtigen.

Eine Rektusdiastase stellt in aller Regel keinen krankheitswertigen Befund dar, der operiert werden muss und die Durchführung einer Abdominoplastik rechtfertigt.

Zu Schritt 3: Sind vorrangige Behandlungsoptionen ausgeschöpft?

In diesem Schritt ist zu beurteilen, ob vorrangige Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind.

Hautveränderungen

Werden Straffungsoperationen aufgrund von Hautveränderungen beantragt, sind vorrangige Behandlungsoptionen vorhanden. Wie bereits unter Schritt 1 dargestellt, hat eine mindestens sechsmonatige intensive, fachärztlich-dermatologische Behandlung unter engmaschiger Befundkontrolle zu erfolgen. Das Vorliegen einer Therapieresistenz kann frühestens nach Ausschöpfen dieser Behandlungsoption geprüft werden.

Bestehende Adipositas bei Beantragung

Bei bestehender Adipositas hat vorrangig eine erfolgreiche leitliniengerechte Therapie der Adipositas zu erfolgen. Eine erfolgreiche Therapie der Adipositas (siehe S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ [14]) ist im Regelfall Voraussetzung für sich anschließende etwaige Straffungsoperationen. Laut dieser Leitlinie sollten folgende Ziele innerhalb von sechs bis zwölf Monaten hinsichtlich der Gewichtsabnahme angestrebt werden:

- BMI <35 kg/m²: > 5 % des Ausgangsgewichts
- BMI > 35 kg/m²: >10 % des Ausgangsgewichts.

An dieser Stelle wird zusätzlich exemplarisch auf die S3 Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ [9] hingewiesen:

„Für eine Rekonstruktion der Körperform kommen nur Patienten in Betracht, welche bereits abgenommen haben und ihr Zielgewicht mindestens sechs Monate konstant halten konnten. Auch mögliche Dysmorphophobien oder prinzipiell unrealistische ästhetische Erwartungen müssen präoperativ ausgeschlossen werden. Nur in Sondersituationen, z. B. bei drittgradiger Adipositas, bei denen eine maximale funktionelle Einschränkung z. B. durch eine immobilisierende Fettschürze besteht, kann eine Operation ohne vorherigen Gewichtsverlust medizinisch sinnvoll sein, um so mindestens die Grundvoraussetzung für eine minimale Beweglichkeit zu erreichen.“

Erfolgen Straffungsoperationen im Kontext einer stattgehabten Gewichtsreduktion, sollte zur Minimierung assoziierter Komplikationen präoperativ auf das Zielgewicht der Versicherten geachtet werden. Das Zielgewicht sollte nach der Gewichtsreduktion mindestens sechs Monate konstant gehalten werden [15]. Sollte das Zielgewicht bei Antragsstellung noch nicht erreicht sein und der Wunsch nach einer weiteren Gewichtsreduktion formuliert werden, sollte diese zunächst abgewartet werden.

Plastische Straffungsoperationen sind mit einem relativ hohen Komplikationsrisiko behaftet. Das Gesamtkomplikationsrisiko wird in der Literatur mit mehr als 30 % angegeben. Dabei stellen Minorkomplikationen wie Wundheilungsstörungen oder Serome die größte Gruppe dar. Majorkomplikationen wie Nachblutungen, Hämatome, operationswürdige Serome und Thrombosen mit Embolien sind mit ca. 10 % als relativ hoch einzustufen. Insgesamt korreliert die Größe der Wundflächen direkt mit der Komplikationsrate und Morbidität. Sind mehrere Körperstellen betroffen, sollte deshalb ein sequentielles Vorgehen gewählt werden [16].

Versicherte mit Status nach bariatrischer Chirurgie befinden sich in einer lebenslangen Nachsorge. Im Rahmen der Beantragung von Straffungsoperationen sollte von dem betreuenden Adipositaszentrum oder von den betreuenden, in der Ernährungsmedizin erfahrenden Ärzten dargestellt werden, ob hinsichtlich der Gewichtsreduktion eine Plateauphase erreicht wurde oder ob eine weitere Gewichtsreduktion realistisch ist. Bei postbariatriisch bestehender Adipositas bzw. erneutem Gewichtsanstieg ist

eine Wiedervorstellung am betreffenden Adipositaszentrum zur Reevaluation von Compliance und Ernährungsgewohnheiten zu empfehlen.

In diesen Fällen sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung durchgeführt werden (das erhöhte intra-, peri- und postoperative Risiko wegen einer zum Zeitpunkt der Antragsstellung bestehenden Adipositas gegenüber dem Nutzen aus der Beseitigung der Haut- und Weichteilüberschüsse in den entsprechenden Körperbereichen), um im Sinne der Versicherten die Operation dann oder zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen, falls eine weitere Gewichtsreduktion möglich ist.

Zu Schritt 4: Sind Kontraindikationen bezüglich des operativen Eingriffs ausgeschlossen?

Assoziierte Kontraindikationen sind im Vorfeld abzuklären. Neben der Beurteilung des präoperativen Ausgangs-BMI und der Gewichtsentwicklung finden sich bei Versicherten im Rahmen einer bariatrischen Operation häufig ausgeprägte Nebenerkrankungsprofile.

Ergeben sich Anhaltspunkte auf schwerwiegende psychische bzw. somatische Funktionsstörungen, die eine Kontraindikation für die beantragten Straffungsoperationen darstellen können, hat vorrangig eine fachärztliche Abklärung und ggf. Therapie zu erfolgen.

Beklagte ausgeprägte Beschwerden auf psychiatrisch-psychologischem Fachgebiet beispielsweise sind einer fachärztlichen Diagnostik zuzuführen und begründen ggf. eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung.

4.3 Operative Verfahren bei Gynäkomastie (Arbeits- und Bewertungsschritte)

Bei Begutachtungsaufträgen zur sozialmedizinischen Bewertung von Operationen bei der Gynäkomastie finden sich vorrangig folgende Verfahren:

- Subkutane Mastektomie (am häufigsten), ggf. mit
- Liposuktion sowie mit
- Straffungsoperation der Brust (selten) bei ausgeprägten Befunden.

Die Brust besteht weitestgehend aus Brustdrüsengewebe und Fettgewebe. Unter Gynäkomastie versteht man die benigne Vergrößerung der Brust beim männlichen Geschlecht.

Die Gynäkomastie wird in eine echte (ein- oder beidseitige, teils dolente Vermehrung des Drüsengewebes) und eine unechte (Pseudogynäkomastie/Lipomastie/Adipomastie = Vermehrung des Fettgewebes im Brustbereich) unterteilt. Häufig kommt es zum Auftreten einer Mischform aus einer Gynaecomastia vera und einer Pseudogynäkomastie. Des Weiteren kann zwischen einer asymptotischen und einer symptomatischen Gynäkomastie unterschieden werden [17].

Der Drüsenkörper unterliegt in den verschiedenen Altersabschnitten hormonell gesteuert Wachstums- und Ruhephasen. Eine Gynäkomastie stellt kein eigenständiges Krankheitsbild dar, sondern kann aus einer hormonellen Imbalance resultieren (Östrogen-Androgen-Imbalance: hormonelle Imbalancen mit

Östrogen-Exzess, erhöhten Östrogenspiegeln, gesteigerter Östrogenwirkung, verminderten Androgenspiegeln oder reduzierten Androgenwirkungen). Die möglichen Ursachen für diese endokrine Veränderung sind vielfältig. Physiologisch kommt eine Gynäkomastie im Neugeborenenalter, in der Pubertät und im höheren Alter (> 65 Jahre) vor.

Die Sorge vor einer Krebserkrankung beim Auftreten einer Gynäkomastie kann zu einer Verunsicherung der Betroffenen führen. In großen epidemiologischen Studien konnte jedoch nachgewiesen werden, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Gynäkomastie im Allgemeinen und dem Auftreten eines Mammakarzinoms beim Mann gibt [18]. Unabhängig davon ist jede unklare neu aufgetretene Brustvergrößerung beim Mann präoperativ einer entsprechenden Diagnostik und Abklärung zuzuführen.

Jedes im Rahmen eines operativen Eingriffs entfernte Brustgewebe sollte histopathologisch untersucht werden, da Zufallsbefunde von malignen und semimalignen Tumoren nach Gynäkomastieoperationen in der Literatur beschrieben sind [19].

Ursachen der Gynäkomastie (modifiziert nach Peter M. Vogt (2011), Seite 748 [20]):

- I. Idiopathisch (häufigste Ursache)
- II. Kongenital
- III. Alter (Rückgang der Testosteronproduktion)
- IV. Medikamente (z. B. anabole Steroide, Östrogene, Antibiotika, Protonenpumpenhemmer, Digoxin, Antidepressiva, Barbiturate, Finasterid)
- V. Neoplasien
- VI. Hodentumor (Sertoli-Leydig-Zelltumor)
- VII. Nebennierentumor
- VIII. Paraneoplastische Syndrome (z. B. kleinzelliges Bronchialkarzinom, Nebennierenrindenkarzinom)
- IX. Endokrin (z. B. sekundärer Hypogonadismus, Klinefelter-Syndrom, Cushing-Syndrom, kongenitale adrenale Hyperplasie, Hypothyreoidismus, Hyperthyreoidismus)
- X. Metabolisch (z. B. chronische Niereninsuffizienz, Dialyse, Lebererkrankungen, Mangelernährung)
- XI. Drogen; nutritiv-toxische Zufuhr (z. B. Alkohol, Heroin, Marihuana, Amphetamine)
- XII. Mechanische Manipulation der Brust (z. B. Druck, Anprall, Reibung)

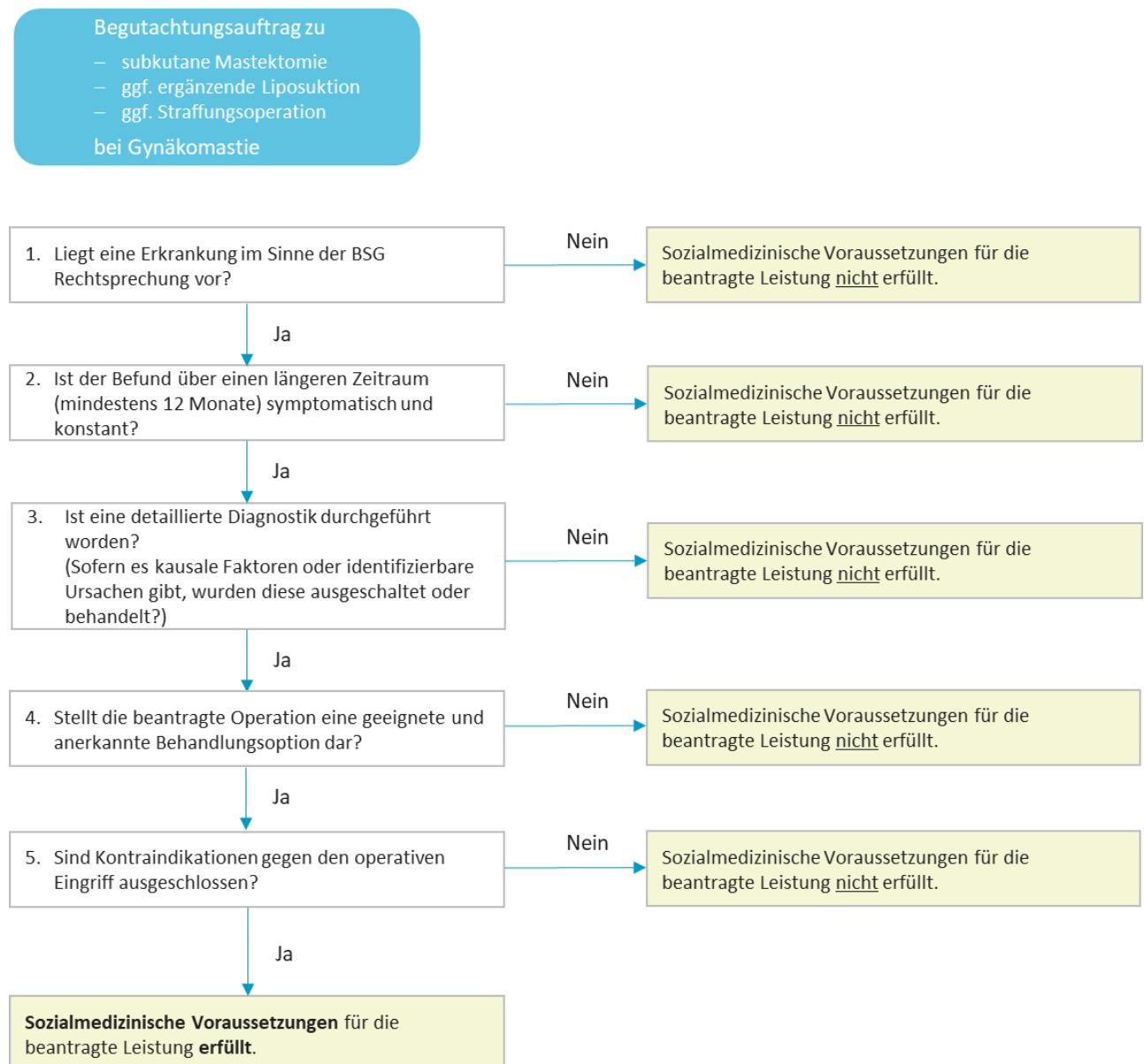


Abbildung 7: Begutachtungsalgorithmus Gynäkomastie

Zu Schritt 1: Liegt eine Erkrankung im Sinne der BSG-Rechtsprechung vor?

Eine Erkrankung im Sinne der BSG-Rechtsprechung liegt vor, wenn dem Befund der Gynäkomastie (sowohl der Pseudogynäkomastie als auch der Gynaecomastia vera) ein entstellender Charakter beigemessen werden kann oder wenn eine Funktionsbeeinträchtigung vorliegt. Eine Funktionsbeeinträchtigung liegt z. B. bei schmerzhafter relevanter Vermehrung des Brustdrüsengewebes oder bei einer Galaktorrhoe vor.

Nicht jede Gynäkomastie muss therapiert werden. Es bedarf einer erheblichen Ausprägung des Befundes, um das höchstrichterliche Kriterium der Entstellung zu erreichen oder physische Beeinträchtigungen bei der echten Gynäkomastie nachvollziehen zu können. Es liegen keine allgemeingültigen Kriterien (z. B. Volumen- oder Größenangaben des Brustdrüsengewebes) vor, ab welchem Ausprägungsgrad eine Gynäkomastie Krankheitswert hat.

Wenn die Gynäkomastie asymptatisch und nicht entstellend ist, besteht keine medizinische Notwendigkeit für eine Operation, da keine Krankheit im Sinne der Rechtsprechung vorliegt.

Um eine Schmerhaftigkeit der Vermehrung des Brustdrüsengewebes nachvollziehen zu können, muss sich in der klinischen und bildgebenden Diagnostik ein entsprechendes anatomisches Korrelat darstellen lassen (nachweisbarer relevant vergrößerter Brustdrüsenkörper, nicht lediglich dezentes Drüsengewebe retromamillär).

Bei ausgeprägter Pseudogynäkomastie (Bildung eines Befundes, der eine weibliche Brust simuliert und bei dem es keine Möglichkeit des Kaschierens durch alltägliche Kleidung gibt), z. B. nach erheblicher Gewichtsreduktion oder bei Übergewicht (BMI zwischen 25 und 30 kg/m²), kann der Befund einen entstellenden Charakter mit Krankheitswert und der Notwendigkeit einer Brustoperation erlangen.

Zu Schritt 2: Ist der Befund über einen längeren Zeitraum (mindestens 12 Monate) symptomatisch und konstant?

Wenn eine Gynaecomastia vera seit mehr als 12 Monaten besteht, ist eine komplette Rückbildung weniger wahrscheinlich, weil der Befund fibrosiert. Man geht davon aus, dass die Fibrosierung der Gynäkomastie nach ca. 18–24 Monaten komplettiert ist [20]. Eine Rückbildung des Befundes nach 24 Monaten ist nicht mehr zu erwarten. Eine operative Therapie kann erst nach einer entsprechenden Diagnostik und nach einem adäquaten Beobachtungszeitraum von mindestens 12 Monaten in Erwägung gezogen werden, sofern sich bis zu diesem Zeitpunkt keine Rückbildungstendenz gezeigt hat.

Zu Schritt 3: Ist eine detaillierte Diagnostik durchgeführt worden? (Sofern es kausale Faktoren oder identifizierbare Ursachen gibt, wurden diese ausgeschaltet oder behandelt?)

Präoperativ müssen eine urologische (urologischer Befund, Hodensonographie) und endokrinologische Abklärung erfolgen. Die biochemische Diagnostik umfasst die Bestimmung von Testosteron, Estradiol, LH, FSH, Prolaktin, SHBG, α-Fetoprotein, β-hCG, GOT und Kreatinin. Sie erleichtert die differentialdiagnostische Zuordnung. Bei klinischem und laborchemischem Verdacht auf ein Klinefelter-Syndrom (erhöhtes LH und FSH) empfiehlt sich die Durchführung einer Chromosomenanalyse; bei klinischem Verdacht auf eine Hyperthyreose sollten TSH, T3 und T4 bestimmt werden. Zusätzlich sind Befundberichte einer bildgebenden Diagnostik (Mammasonographie, ggf. Mammografie) mit konkreten Angaben zur Größe der Brustdrüsengefäße vorzulegen.

Bei (seltenen) unklaren Befunden hinsichtlich der Dignität hat präoperativ eine entsprechende Abklärung, ggf. auch histologisch, zu erfolgen.

Die Ausschaltung und Behandlung kausaler Faktoren, sofern medizinisch möglich, wie z. B. das Vermeiden einer Östrogen-Exposition, das Absetzen oder die Umstellung eines auslösenden Medikamentes, die Substitutionstherapie eines (endokrinen) Hypogonadismus, die onkologische Therapie bei einer paraneoplastischen Gynäkomastie bei Hodentumor oder anderen Neoplasien, müssen erfolgen, bevor eine operative Behandlung der Gynäkomastie in Erwägung gezogen werden kann.

Weiterhin ist im Regelfall eine behandlungsbedürftige Form der Adipositas (BMI > 30 kg/m²) präoperativ auszuschließen und/oder vorrangig zu therapieren.

Zu Schritt 4: Stellt die beantragte Operation eine geeignete und anerkannte Behandlungsoption dar?

Zu beurteilen ist, ob die beantragte Operation als geeignete Behandlung der Gynäkomastie zu sehen ist.

Sowohl die subkutane Mastektomie als auch eine optional begleitende Straffungsoperation der Brust sind dabei als Standardverfahren zu sehen.

Hinsichtlich einer darüber hinausgehenden Liposuktion ist auf das Kapitel 3 „Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass“ zu verweisen.

Zu Schritt 5: Sind Kontraindikationen bezüglich des operativen Eingriffs ausgeschlossen?

Die Fortsetzung der nutritiv-toxischen Zufuhr als auch die Fortsetzung der Gynäkomastie-auslösenden Medikation sind relative Kontraindikationen. Im Falle einer schmerhaften Gynäkomastie auf Grund einer antiandrogenen Dauermedikation kann insbesondere bei jüngeren Patienten mit Prostatakarzinom im Einzelfall dieses nicht als generelle Kontraindikation gelten.

Besonderheit in der Begutachtung der Pubertätsgynäkomastie:

Im Falle der Pubertätsgynäkomastie ist eine abwartende Beobachtung bis zum Abschluss der Pubertät zu empfehlen. Häufig, in 90 % der Fälle innerhalb von 2 Jahren, kann mit einer Spontanregression gerechnet werden [17, 21, 22]. Zusätzlich wird aus operativer Sicht die Wahrscheinlichkeit eines postoperativen erneuten Wachstums einer Pubertätsgynäkomastie minimiert.

Persistiert eine Pubertätsgynäkomastie nach Abschluss der Pubertät und bleibt symptomatisch, kann aus sozialmedizinischer Sicht die Notwendigkeit für eine operative Behandlung beurteilt werden.

Ausgenommen davon ist eine besonders ausgeprägte Pubertätsgynäkomastie mit entstellendem Charakter entsprechend der Sozialrechtsprechung, abgeschlossener Diagnostik und konservativer Therapie und fehlender Aussicht auf hinreichende Rückbildung des Befundes. In diesen Einzelfällen können auch während der Pubertät die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die beantragte Leistung als erfüllt angesehen werden.

4.4 Mammareduktionsplastik

Zu den häufigsten Begutachtungsanlässen auf dem Gebiet der Plastischen Chirurgie zählen die Anträge auf eine Mammareduktionsplastik. Bei diesen Operationen, die funktionelle Beschwerden beheben sollen, sind in der Regel konservative Maßnahmen vorher auszuschöpfen (siehe Kapitel 2 „Rechtliche Grundlagen“). Von entscheidender Bedeutung ist insoweit, dass durch die Brustverkleinerungsoperation in ein im Grunde gesundes Organ, nämlich die „große“ Brust, eingegriffen werden soll. Weil damit nicht gezielt gegen die eigentlich beklagten Gesundheitsstörungen selbst vorgegangen wird, bedarf es einer Rechtfertigung mit sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung für diese mittelbare Behandlung. Davon unabhängig ist das Vorliegen einer Entstellung gemäß aktueller BSG-Kriterien zu berücksichtigen und zu beurteilen.

Ein Leistungsanspruch für eine mittelbare Therapie wird in der Rechtsprechung wie folgt definiert (Zitat aus BSG Az. **B 1 KR 1/02 R** vom 19.02.2003): „Eine mittelbare Therapie wird jedoch vom Leistungsanspruch grundsätzlich mit umfasst, wenn sie ansonsten die in § 2 Abs. 1 Satz 3 und § 12 Abs. 1 SGB V aufgestellten Anforderungen erfüllt, also ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist sowie dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht. Für chirurgische Eingriffe hat der Senat diesen Grundsatz allerdings eingeschränkt: wird durch eine solche Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert, wie dies bei der Applikation eines Magenbandes der Fall ist, bedarf die mittelbare Behandlung einer speziellen Rechtfertigung, wobei die

- Art und Schwere der Erkrankung,
- die Dringlichkeit der Intervention,
- die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie
- etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung

gegeneinander abzuwägen sind (BSGE 85, 56, 60 = SozR 3-2500 § 28 Nr. 4 S18).“

Die Evidenz bezüglich einer Korrelation zwischen Brustgröße und funktionellen Beschwerden ist spärlich. Ab wann eine weibliche Brust als „zu groß“ und ursächlich für körperliche Beschwerden angesehen werden kann, ist ein gradueller Prozess. Statur, Körpergewicht und -größe der Versicherten sind entsprechend zu berücksichtigen. Bei einer nicht adipösen Versicherten muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen Brustgröße und funktionellen Beschwerden gutachterlich bestätigt werden können. Die Beschwerden müssen chronisch sein und einen Krankheitswert aufweisen, der trotz mehrmonatiger Therapie persistiert.

Soll die Brustverkleinerung aus dermatologischen Gründen erfolgen, wird auf die Ausführungen im Kapitel 4.2 „Straffungsoperationen“ verwiesen.

Sofern die Operation wegen chronifizierter Beschwerden im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates erfolgen soll, gilt gutachterlich zunächst zu klären, ob die beklagten chronischen Beschwerden allein ursächlich auf die Größe der Brüste und nicht auf andere Ursachen zurückzuführen sind. Es muss somit eine fachärztliche, differentialdiagnostische Abklärung der beklagten, funktionellen Beschwerden erfolgt sein. Sollten sich hieraus behandlungsbedürftige Erkrankungen ergeben (z. B. Bandscheibenvorfälle, degenerative Veränderungen, rheumatologische Erkrankungen, tumoröse Raumforderungen etc.), sind diese einer dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand entsprechenden Therapie zuzuführen.

Bezüglich Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie wird auf die entsprechenden Leitlinienempfehlungen verwiesen (z. B. die S3 Leitlinie „Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ [23], die S2k-Leitline „Leitlinie zur konservativen, operativen und rehabilitativen Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik“ [24], die S1-Leitlinie Nackenschmerzen [25] und die S2k-Leitlinie „Spezifischer Kreuzschmerz“) [26]. In keiner dieser Leitlinien wird eine operative Brustverkleinerung als Behandlungsoption von Rückenschmerzen erwähnt.

Bei der differentialdiagnostischen Abklärung muss berücksichtigt werden, dass unspezifische Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates sehr häufig auftreten und multifaktoriell bedingt sind.

Körpergewicht, berufliche Exposition, Freizeitverhalten, Bewegungsmangel, Sitzmöbel, Betten und andere Faktoren können als mögliche Ursachen angenommen werden. Die genannten Beschwerden können auch als Ausdruck einer psychosomatischen Störung (z. B. bei somatoformer Schmerzstörung) auftreten.

Von Seiten der Leistungserbringer wird häufig argumentiert, dass es Studien gäbe, die eine Mammareduktionsplastik als grundsätzlich geeignete Behandlungsoption bei Makromastie mit klinisch somatischen Beschwerden belegen würden, weshalb die Evidenz, der Nutzen und der Schaden der Methode hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte auf Basis einer systematischen Literaturrecherche durch den Bereich Evidenzbasierte Medizin vom MD Bund bewertet wurde.

Für die Bewertung der Mammareduktionsplastik bei symptomatischer Makromastie konnten insgesamt sieben Publikationen zu vier RCT berücksichtigt werden. In allen Studien wurde die Therapie der Mammareduktionsplastik mit einer Gruppe ohne relevante weitere Therapie (keine Mammareduktionsplastik, Warteliste für eine Mammareduktionsplastik und darüber hinaus keine sonstige Therapie) verglichen. Lediglich in einer Studie erhielten die Frauen im Kontrollarm Broschüren mit Anweisungen für Übungen für den Oberkörper, die dreimal pro Woche durchgeführt werden sollten.

Drei von den vier RCTs [27, 28, 29, 30] sind in dem Grundsatzgutachten „Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen“, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Stand: 10.06.2014, bzw. in dem Begutachtungsleitfaden „Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen“, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Stand: 09.12.2014 bereits berücksichtigt worden. Als neue RCT wurde die Studie von Beraldo [31] identifiziert. In dieser neuen Studie wurde jedoch der aus sozialmedizinischer Sicht relevante Endpunkt Schmerz nicht berücksichtigt.

Aus diesen vier RCT ergab sich für die Endpunkte Schmerz, Depression, Angst, Selbstfürsorge und Lebensqualität jeweils ein Hinweis auf einen Vorteil der Mammareduktionsplastik. Für die Endpunkte sexuelle Funktion und Aktivitäten ergab sich kein Vorteil der Mammareduktionsplastik.

Die in den Studienpublikationen durchgängig gewählte Ausrichtung der Beweisführung im Sinne einer umfassend verbesserten Lebensqualität und Selbstfürsorge ist für eine Kostenübernahme einer Mammareduktionsplastik durch die gesetzliche Krankenversicherung jedoch nicht maßgeblich, da diese Parameter als Versicherungsleistung des SGB V nicht abgedeckt werden.

Die Endpunkte Depression und Angst sind als alleinige Beschwerden für eine Kostenübernahme einer Mammareduktionsplastik durch die gesetzliche Krankenversicherung ebenfalls nicht maßgeblich (siehe Kapitel 2.2 „Rechtsprechung des BSG“).

Im Gegensatz dazu kann die intendierte Schmerzlinderung unter bestimmten Bedingungen eine medizinische Indikation zu einer Mammareduktionsplastik begründen.

Allerdings erfolgte in keiner der aufgeführten Studien ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe, welche einer etablierten leitliniengerechten, kurativen Therapie (z. B. beim Endpunkt Schmerz und beim Endpunkt Depression/Angst) zugeführt wurde. Insofern lässt sich ein Nutzen der Mammareduktionsplastik gegenüber etablierten Therapiemaßnahmen nicht ableiten.

Die Nachbeobachtungszeit nach Durchführung der Mammareduktionsplastik betrug in allen 4 Studien maximal 6 Monate postoperativ. Darüber, ob die gezeigten Vorteile der Mammareduktionsplastik nachhaltig bestehen bleiben, lassen die vorliegenden Daten keine Aussage zu. Eine Korrelation zwischen Ausmaß der Mammahypertrophie und der Beschwerdesymptomatik sowie eine Korrelation zwischen Resektionsgewicht und Beschwerdelinderung wurde in den Studien nicht untersucht. Es existierte in den Studien weiterhin keine einheitliche Definition der Makromastie bzw. Mammahypertrophie.

Somit ist zu konstatieren, dass Daten aus vier RCT, also Primärstudien des höchsten Evidenzniveaus, vorliegen, allerdings trotzdem deutliche Einschränkungen hinsichtlich der Ergebnissicherheit bzw. Reichweite der Aussagen bestehen. Der im Gutachten des Bereichs Evidenzbasierte Medizin vom MD Bund abgeleitete Nutzen einer Beschwerdelinderung lässt sich auf dieser Grundlage nicht auf spezifische Patientinnengruppen eingrenzen.

In diesem Zusammenhang wurden vom Bereich Evidenzbasierte Medizin vom MD Bund ebenfalls von Leistungserbringern häufig zitierte Dissertationen (Krebs, S. (2002)[32]: Ergebnisse nach Mammareduktionsplastik – eine retrospektive Analyse objektiv [32]; Sycha, A. M. (2013) : Biomechanische Belastungen vor und nach operativer Therapie der Mammahypertrophie [33]; Brendle-Behnisch, M. (2020): Langfristige Kosteneffektivität der Mammareduktionsplastik bei Patientinnen mit Makromastie aus Sicht der Kostenträger und der Gesellschaft [34] evaluiert. Dabei zeigte sich, dass es sich um unkontrollierte Studiendesigns handelte, die grundsätzlich nicht geeignet sind, um Aussagen zum Nutzen und Schaden einer Mammareduktion abzuleiten.

Auch wenn für die Indikation einer Mammareduktionsplastik und für das anzustrebende Resektionsgewicht keine evidenzbasierten und auch keine standardisierten Bewertungskriterien existieren, kann ab einer Grenze von 2 % des Körpergewichts pro Brust ein Zusammenhang zwischen Brustgröße und unspezifischen Rückenschmerzen angenommen werden. Aus langjähriger, fachgutachterlicher Erfahrung können diese Einschätzungen als Orientierungshilfe dienen. In die wissenschaftliche Diskussion [35] und Rechtsprechung hat diese mögliche Grenzziehung bei einem Brustgewicht von 2 % des Körpergewichts pro Seite ebenfalls bereits Eingang gefunden (z. B. LSG Berlin-Brandenburg Az. **L 26 KR 227/19** vom 01.03.2022).

Unter Berücksichtigung des angestrebten Resektionsgewichts muss beurteilt werden, ob die daraus resultierende, mechanische Entlastung zum Erreichen des Therapieziels geeignet ist. In Analogie zu den oben dargestellten Ausführungen kann als Orientierungshilfe von einer ausreichenden, mechanischen Entlastung ausgegangen werden, wenn das geplante Resektionsgewicht mindestens 1 % des Körpergewichts pro Seite beträgt.

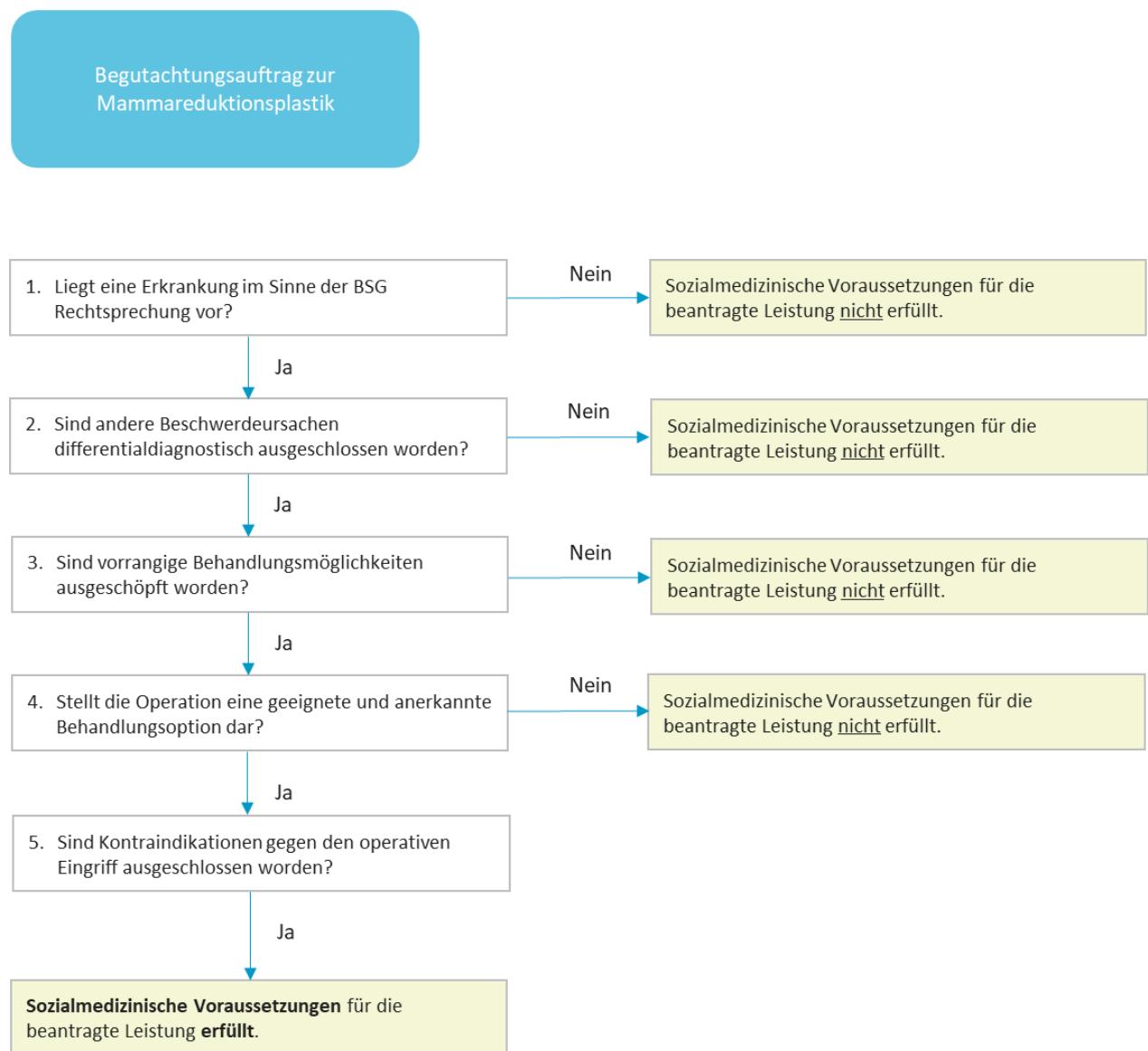


Abbildung 8: Algorithmus Mammareduktionsplastik

Zu Schritt 1: Liegt eine Erkrankung im Sinne der BSG-Rechtsprechung vor?

Zu beurteilen ist, ob – im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung – krankheitsrelevante, chronische Funktionsbeeinträchtigungen gem. § 27 SGB V (z. B. therapierefraktäre Hautveränderungen, orthopädische Funktionsstörungen) bestehen oder eine Entstellung vorliegt. Von einer relevanten, chronischen Funktionsbeeinträchtigung ist frühestens nach einer Beschwerdedauer von sechs Monaten auszugehen.

Soll der Eingriff zur Behandlung einer psychischen Störung dienen, lässt sich daraus kein Leistungsanspruch rechtfertigen (siehe Kapitel 2.2 „Rechtsprechung des BSG“).

Zu Schritt 2: Sind andere Beschwerdeursachen differentialdiagnostisch ausgeschlossen worden?

Werden chronische Beschwerden auf dermatologischem und/oder orthopädischem Fachgebiet angeführt, muss eine differentialdiagnostische, leitliniengerechte Abklärung erfolgen.

Orthopädische Beschwerden, die auf eine spezifische Ursache zurückzuführen sind (z. B. Bandscheibenvorfall, degenerative Veränderungen, rheumatologische Erkrankung, tumoröse Raumforderungen etc.), sind zunächst einer (leitliniengerechten) Behandlung zuzuführen und begründen primär keine OP-Indikation für eine Brustverkleinerung. Bei unspezifischen Rückenschmerzen sind zunächst die Behandlungsmöglichkeiten einer fachorthopädischen Gesamtkomplexbehandlung auszuschöpfen.

Zu Schritt 3: Sind vorrangige Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden?

Behandlungsmöglichkeiten bei chronischen orthopädischen Beschwerden können als ausgeschöpft gelten, wenn eine mindestens sechsmonatige, intensive Behandlung mit geeigneten Therapiemaßnahmen (z. B. Heilmitteltherapie, Rehasport/Funktionstraining (FT), dokumentierte medikamentöse Schmerztherapie, Entspannungsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie, multimodale Behandlungsprogramme) unter engmaschiger, fachärztlicher Befundkontrolle erfolgt ist. Das Vorliegen einer Therapieresistenz kann frühestens nach Ausschöpfen dieser Behandlungsoptionen geprüft werden. Eine ungenügende konservative Therapie, eine nicht näher begründete fehlende Schmerzmitteleinnahme und eine fehlende, fachorthopädische Mitbehandlung sind Kriterien, die gegen eine Mammareduktionsplastik sprechen.

Behandlungsmöglichkeiten bei chronischen, dermatologischen Beschwerden als Begründung zur OP-Indikation, wurden bereits im Kapitel 4.2 „Straffungsoperationen“ ausführlich dargestellt. Von einer ausgeschöpften, dermatologischen Behandlung kann gemäß Sozialrechtsprechung frühestens nach sechsmonatiger, intensiver, dermatologischer Behandlung ausgegangen werden. Als zumutbar gilt, dass Hautveränderungen, wenn sie auftreten, dermatologisch stadiengerecht behandelt werden und diese Behandlung zu Ende geführt wird. Beispielhaft sei auf die folgende LSG-Entscheidung Az. **L 11 KR 1398/16** hingewiesen: „Von einer Therapieresistenz in Bezug auf die Rötungen der Haut könnte frühestens nach sechsmonatiger intensiver dermatologischer Behandlung ausgegangen werden.“

Zur Verlaufsbeurteilung des Hautbefundes sollte eine regelmäßige und engmaschige, fachärztliche Kontrolle erfolgen, ggf. unter Nutzung einer Fotodokumentation. Zur Bestätigung der Therapieresistenz sollte eine dermatologische bzw. fachärztliche Behandlungsdokumentation mindestens der letzten sechs Monate (mit Angabe der Vorstellungstermine, mit Angaben zum jeweiligen Befund, zur Art und Weise der dermatologischen Therapie, zum Ansprechen des Befundes auf die Therapie und zu eventuellen Anpassungen des Therapieschemas) vorgelegt werden.

Schritt 4: Stellt die Operation eine geeignete und allgemein anerkannte Behandlungsoption dar?

Eine Mammareduktionsplastik kann als geeignete Behandlungsoption angenommen werden, wenn

- sämtliche, in den oberen Schritten des Algorithmus genannten Kriterien erfüllt sind
- und
- ein entsprechendes Brustgewicht und geplantes Brustresektionsgewicht (siehe Seite 47) vorliegen
- und

- mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen Brustgröße und funktionellen Beschwerden gutachterlich bestätigt werden kann und
- die Operation verhältnismäßig ist.

Es existieren keine evidenzbasierten Kriterien, ab welcher Brustgröße unspezifische, orthopädische Beschwerden ursächlich hierauf zurückgeführt werden können. Wie oben bereits beschrieben, kann zur Orientierung ab einer Grenze von 2 % des Körpergewichts pro Brust ein Zusammenhang zwischen Brustgröße und unspezifischen Rückenschmerzen angenommen werden, wenn andere Beschwerdeursachen ausgeschlossen worden sind.

Maßgeblich für eine mechanische Entlastung zur Behandlung von unspezifischen, chronischen Rückenschmerzen ist auch das angestrebte Resektionsgewicht. Von einer ausreichenden, mechanischen Entlastung ist orientierend auszugehen, wenn das geplante Resektionsgewicht mindestens 1 % des Körpergewichts pro Seite beträgt. Ist das Resektionsgewicht zu gering, kann nicht von einer ausreichenden, mechanischen Entlastung durch die Operation und somit nicht von einer zweckmäßigen Behandlung ausgegangen werden.

Wenn Dauer, Schweregrad und Chronifizierungsstadium der orthopädischen Beschwerden nur gering ausgeprägt sind, ist eine Operation zur mittelbaren Behandlung nicht verhältnismäßig.

Zu Schritt 5: Sind Kontraindikationen bezüglich des operativen Eingriffs ausgeschlossen worden?

Assoziierte Kontraindikationen sind im Vorfeld abzuklären. Bei Adipositas ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) besteht in aller Regel keine Indikation für eine Brustverkleinerungsoperation, da eine mechanische Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparats vorrangig mittels Gewichtsreduktion erfolgen kann (siehe [14]).

Eine Mammareduktionsplastik stellt einen elektiven Eingriff in ein gesundes Organ dar.

Eine adipöse Frau mit einer Mammahypertrophie sollte vorrangig vor einer eventuellen Mammareduktionsplastik ihr Gewicht aus folgenden Gründen reduzieren:

1. Eine mechanische Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparats (die zu einer Beschwerdelinderung führen kann) kann mittels Gewichtsreduktion erfolgen. Es gibt einen Kausalzusammenhang zwischen Adipositas und orthopädischen Beschwerden (z. B. siehe Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz von 2017); deshalb sollte versucht werden, den Faktor Adipositas als Ursache für orthopädische Beschwerden vor einer elektiven Mammareduktionsplastik auszuschalten.
2. Mittels der Gewichtsreduktion werden auch das Gewicht und das Volumen der Brust in aller Regel reduziert.
3. Die prä-, peri- und postoperativen Risiken für Komplikationen sind bei bestehender Adipositas erhöht und können durch eine Gewichtsreduktion reduziert werden, auch wenn grundsätzlich die Beurteilung des Operationsrisikos dem/der Operateur/-in im Zeitpunkt vor der Durchführung der Operation obliegt.

Wenn bei vorhandener Adipositas die Kostenübernahme für eine Mammareduktionsplastik beantragt wird, sollte vorher in aller Regel eine Gewichtsreduktion erfolgen, es sei denn, der Befund wirkt entstellend oder es bestehen therapieresistente dermatologische Funktionseinschränkungen (und eine Gewichtsreduktion würde den entstellenden Charakter bzw. die therapieresistente dermatologische Funktionseinschränkungen nicht verändern).

Ergeben sich Anhaltspunkte auf schwerwiegende psychische bzw. somatische Funktionsstörungen, die eine Kontraindikation für die beantragte Mammareduktionsplastik darstellen können, hat vorrangig eine fachärztliche Abklärung und ggf. Therapie zu erfolgen.

Ausgeprägte Beschwerden auf psychiatrisch-psychologischem Fachgebiet sind einer fachärztlichen Diagnostik zuzuführen und begründen ggf. einen Anspruch auf psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung.

4.5 Mammaasymmetrie/Anisomastie

Bei Begutachtungsaufträgen zur sozialmedizinischen Bewertung von Operationen bei der Mammaasymmetrie finden sich vorrangig folgende Verfahren:

- Augmentation (implantatbasiert, selten auch mittels Eigengewebe) der kleineren bzw. nicht entwickelten Brust
- Mammareduktionsplastik der größeren Brust
- Ggf. auch Straffungsoperation bei ausgeprägten einseitigen ptotischen Befunden.

Bei der Mammaasymmetrie/Anisomastie liegt ein in Form, Größe oder Position unterschiedliches Brustpaar vor.

Zur Abgrenzung, ab wann eine krankheitswertige Situation vorliegt, ist auch auf das Zitat aus dem Grundsatzgutachten „Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen“ – Stand 10.06.2014 zu verweisen:

„Eine vollkommene Organsymmetrie ist nur in den allerseltesten Fällen vorzufinden. Meist ist unter Normalbedingungen die linke Brust etwas größer. Die Unterschiede betragen im Durchschnitt etwa 5 % und sind mit dem bloßen Auge meist gerade eben noch erkennbar.“

Eine leichte Asymmetrie der Mammae gilt als Normvariante ohne Krankheitswert... Evidenzbasierte Aussagen zum Ausmaß operationsbedürftiger Größenunterschiede liegen nicht vor...“.

Die Asymmetrie kann anlagebedingt, nach operativen Eingriffen, als Krankheitsfolge oder als Unfallfolge auftreten (z. B. nach Mammatumor, Entzündung, Bestrahlung). Auch kann die Brust im Verlauf des Alterungsprozesses und durch Schwangerschaft/Stillzeit/Gewichtsschwankungen Veränderungen in ihrem Erscheinungsbild durchlaufen und asymmetrisch werden.

Eine Sonderform der Mammaasymmetrie stellen Asymmetrien mit begleitenden Thoraxwanddefekten dar (z. B. Poland-Syndrom: zusätzlich zur Asymmetrie der Mammae ist hierbei die unterschiedlich ausgeprägte Fehlbildung des M. pectoralis major obligat). Im Extremfall besteht eine einseitige Amastie

mit Athelie. Zusätzlich kommen muskuläre und skelettale Deformitäten der ipsilateralen Thoraxwand und auch der oberen Extremität vor).

Am 28.02.2008 stellt das BSG hinsichtlich einer angeborenen Mamma-Asymmetrie dar: „Einen Naturalleistungsanspruch auf die Brustangleichungsoperation hat die Klägerin jedoch nicht gehabt, weil die Brustasymmetrie keine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Brustoperation zur Behandlung einer psychischen Erkrankung nicht notwendig gewesen ist“ (Az. **B 1 KR 19/07 R**).

Anlässlich der Fallkonstellation einer Mamma-Asymmetrie einer Jugendlichen hat das BSG im Jahr 2022 eine Fortentwicklung zu den bisherigen höchstrichterlichen Ausführungen für das Vorliegen einer Entstellung vorgenommen. Es führt in der Entscheidung vom 10.03.2022 (Az.: **B 1 KR 3/21 R**) Folgendes aus: „Eine Entstellung kann in eng begrenzten Ausnahmefällen auch an üblicherweise von Kleidung bedeckten Körperstellen möglich sein. In diesen Bereichen müssen die Auffälligkeiten jedoch besonders schwerwiegend sein. Erforderlich ist, dass selbst die Offenbarung im privaten und vertrauten Bereich die Teilhabe, etwa im Rahmen der Sexualität nahezu ausschließen würde. Hierbei ist nicht das subjektive Empfinden der Betroffenen maßgeblich, sondern allein die objektiv zu erwartende Reaktion. Hierfür muss die Auffälligkeit evident abstoßend wirken. Diese Erheblichkeitsschwelle wird in den oben genannten, vom Senat ablehnend entschiedenen Fällen nicht erreicht“.

Es gibt unterschiedliche Bewertungen in der Rechtsprechung hinsichtlich der angeborenen Mammaasymmetrie (Funktionsstörung/Entstellung, siehe Legende zu Schritt 1 im Begutachtungsalgorithmus Mammaasymmetrie) und der iatrogen bedingten Mammaasymmetrie (Wiederherstellung). Im Folgenden wird die besondere Konstellation der Mammaasymmetrie nach ärztlich behandelter Brusterkrankung erörtert. Diese Konstellation erfährt in der höchstrichterlichen Rechtsprechung eine besondere Würdigung. Unter anderem verweisen wir auch auf das Kapitel 4.6 „Folgezustände“, in dem z. B. Komplikationen nach implantatbasierter Rekonstruktion besprochen werden.

Versicherte, die an einer Erkrankung der Brust leiden, deshalb ärztlich/operativ (beispielhaft nennt das BSG die Mastektomie) behandelt wurden und bei denen es aufgrund dessen zu einer Verletzung der körperlichen Integrität kam, haben laut der BSG-Rechtsprechung einen Anspruch auf Wiederherstellung:

„Der Anspruch einer Versicherten auf MAP-Versorgung nach Mastektomie etwa aufgrund eines Mammakarzinoms ist darin begründet, dass der Anspruch auf Krankenbehandlung durch ärztliches Handeln vorrangig darauf gerichtet ist, Erkrankte unter Wahrung ihrer körperlichen Integrität zu heilen. Wird zur Behandlung in den Körper eingegriffen, ist dieser möglichst – als Teil der einheitlichen ärztlichen Heilbehandlung – wiederherzustellen, sei es mit körpereigenem oder mit körperfremdem Material. Diese Fälle unterscheiden sich grundlegend von Eingriffen in einen nicht behandlungsbedürftigen natürlichen Körperzustand, um das nicht entstellte äußere Erscheinungsbild zu ändern.“ (BSG, 08.03.2016 – Az. **B1 KR 35/15**).

Die Indikation und das konkrete Ausmaß der Wiederherstellung sind unter Würdigung der individuellen Situation im Einzelfall zu betrachten und zu beurteilen. Vom BSG werden keine sozialrechtlichen formellen Vorgaben definiert, die den Umfang des Leistungsanspruchs konkret regeln, um für die Einzelfallbegutachtung operationalisiert werden zu können.

Es existieren weder Maßgaben, ab welchem Ausmaß einer postoperativ resultierenden Asymmetrie Anspruch auf Wiederherstellung begründet ist, noch bis zu welchem Wiederherstellungsgrad eines symmetrischen Körperbildes eine Leistungspflicht der GKV zu generieren ist. Hier bedarf es aus sozial-medizinischer Sicht einer juristischen Konkretisierung.

Ein Anspruch auf absolute Symmetrie im Rahmen der Wiederherstellung leitet sich daraus ebenso wenig ab wie der Anspruch auf die vollständige Herstellung des präoperativen Zustandes.

Zusammenfassend beziehen sich die o. g. Ausführungen ausschließlich auf Frauen, deren Asymmetrie nach ärztlicher medizinisch notwendiger Behandlung resultierte.



Quelle: eigene Zeichnung

**Abbildung 9: Nicht krankheitswertiger Befund bei Zustand nach subkutaner Mastektomie links und Brustrekonstruktion mit freier Lappenplastik
Beantragt wurden ein Lipofilling links und eine angleichende Mastopexie rechts.**

Daraus ist für die sozialmedizinische Begutachtung abzuleiten, dass Begutachtungsanlässe einer Mammaasymmetrie der differenzierten Betrachtung des Einzelfalls bedürfen. Dabei sind die ggf. vorliegenden Kriterien einer Funktionsbeeinträchtigung und/oder Entstellung sorgfältig abzuwegen und unter Berücksichtigung der BSG-Rechtsprechung zu bewerten.

In der systematischen Recherche in dem Gutachten „Nutzenbewertung einer Mammareduktion bei Makromastie“ des Bereichs Evidenzbasierte Medizin vom MD Bund wurden in keiner Studie Behandlungsergebnisse bei Frauen mit Mammaasymmetrie berichtet, so dass sich alle Aussagen in diesem

Gutachten auf das Kollektiv von Frauen mit symptomatischer, beidseitiger Makromastie beziehen. Aussagen hinsichtlich der Mammareduktionsplastik bei Frauen mit Mammaasymmetrie konnten auf Basis der vorliegenden Datenlage hingegen nicht getroffen werden.

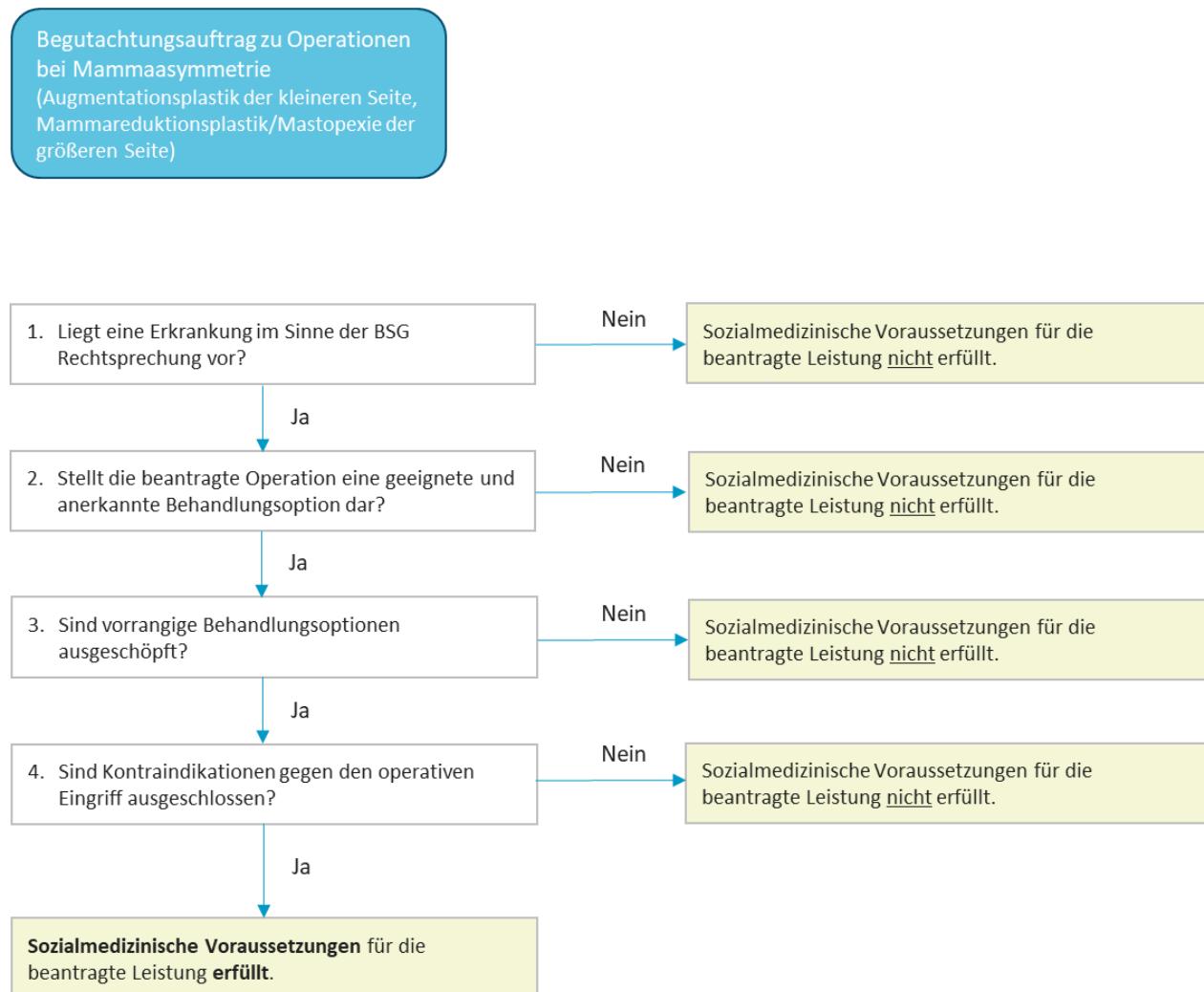


Abbildung 10: Begutachtungsalgorithmus Mammaasymmetrie

Zu Schritt 1: Liegt eine Erkrankung im Sinne der BSG-Rechtsprechung vor?

Zu beurteilen ist, ob aus dem Befund – im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung – eine krankheitsrelevante Funktionsbeeinträchtigung resultiert und/oder eine Entstellung vorliegt.

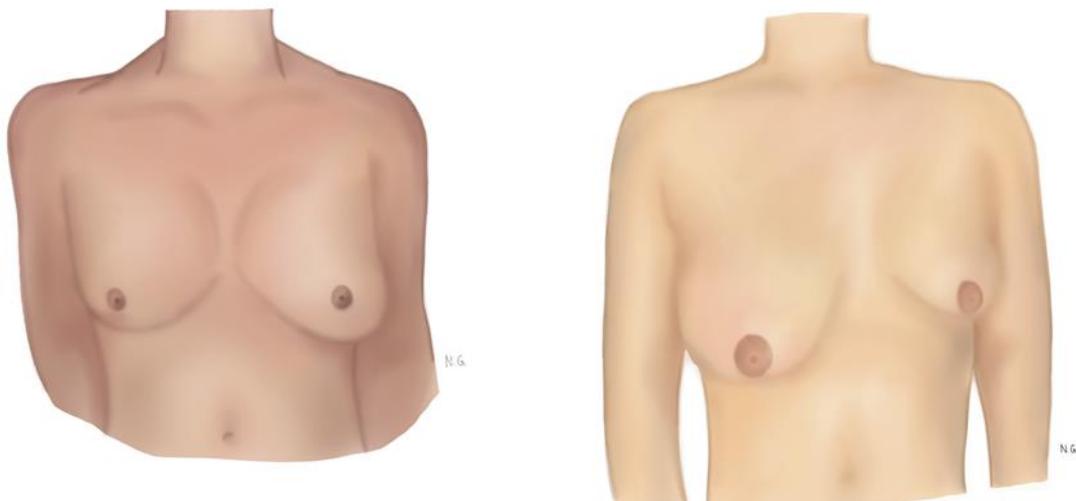
Nur eine sehr ausgeprägte Form der Mammaasymmetrie (bei angeborener Asymmetrie) ist geeignet, diese Kriterien im Einzelfall zu erfüllen.

Auch wenn das BSG in seiner aktuellen Entscheidung vom 10.03.2022 die Kriterien hinsichtlich einer Entstellung etwas erweitert, schränkt es doch ein, dass es einer Erheblichkeit des Befundes bedarf und diese Erheblichkeitsschwelle in den bisher vom BSG beurteilten Fällen nicht überschritten war.

Bei sehr ausgeprägten Befunden einer Mammaasymmetrie ist ein entstellender Charakter oder in besonderen Fällen eine resultierende Funktionsbeeinträchtigung i. S. von orthopädischen und/oder ggf. dermatologischen Beschwerden vorstellbar.

Für eine definierte allgemeingültige Abgrenzung, ab wann ein solcher erheblicher, krankheitswertiger Befund vorliegt, ergeben sich weder aus der höchstrichterlichen Sozialrechtsprechung noch aus der evidenzbasierten Medizin ableitbare Kriterien. Insofern können an dieser Stelle zu dieser Fragestellung auch keine definitiven quantifizierbaren Abgrenzungskriterien benannt werden. Es ist auf die differenzierte Betrachtung des Einzelfalls zu verweisen.

Als Orientierungshilfe kann aus langjähriger fachgutachterlicher Erfahrung ein krankheitswertiger Befund bei ausgeprägter optischer Differenz angenommen werden, z. B. wenn die größere Brust mindestens doppelt so groß/schwer wie die kleinere Brust ist. Diese Konstellation kann in der Regel nicht angenommen werden, wenn beide Brüste hypoplastisch sind (siehe Kapitel „Definitionen“).



Quelle: eigene Zeichnung

Abbildung 11: Links: nicht krankheitswertige Mammaasymmetrie zu Gunsten der linken Seite; rechts: krankheitswertige Mammaasymmetrie zu Gunsten der rechten Seite

Zu Schritt 2: Stellt die beantragte Operation eine geeignete und anerkannte Behandlungsoption dar?

Als geeignete Verfahren sind sowohl die Augmentation (implantatbasiert, selten auch mittels Eigengewebe) der kleineren bzw. nicht entwickelten Brust als auch die Mammareduktionsplastik der größeren Brust zu nennen. Zu beurteilen ist, ob die geplante Operationsmethode zweckmäßig und notwendig ist, die vorliegenden Funktionseinschränkungen und/oder den entstellenden Charakter des Befundes zu beseitigen.

Nach Abwägung von medizinischen/sozialmedizinischen Ausschlusskriterien sollte die am wenigsten aufwendige Methode (auch unter Berücksichtigung von optionalen Folgeeingriffen im weiteren Verlauf, insbesondere nach implantatbasierten Augmentationen) vorrangig in Betracht gezogen werden. In aller Regel stellt die Aufbauplastik der kleineren Brust keine geeignete operative Intervention bei orthopädischen Beschwerden dar. Ebenso sind nur in seltenen, komplexen Einzelfallsituationen operative Interventionen beidseitig (z. B. die eine Seite zu augmentieren und die andere Seite zu straffen oder zu reduzieren) medizinisch begründet.

Ggf. kann auch eine einseitige Straffungsoperation (Mastopexie) bei ausgeprägten einseitigen ptotischen Befunden als geeignetes Verfahren anzusehen sein. Bei Operationen im Rahmen eines Mamma-Ca ist in aller Regel eine Mammareduktionsplastik/Mastopexie der gesunden Gegenseite zur Wiederherstellung der Brust(symmetrie) medizinisch notwendig.

Bei Aufträgen zur Begutachtung eines Lipofillings ist auf das Kapitel 3 „Wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass“ zu verweisen.

Zu Schritt 3: Sind vorrangige Behandlungsoptionen ausgeschöpft?

Hier ist zu prüfen, ob es geeignete vorrangige Behandlungsoptionen gibt und wenn ja, ob diese ausgeschöpft sind. Darunter sind neben den primär behandlungsbedürftigen Formen der Adipositas bzw. des Untergewichts insbesondere auch Beschwerden aus dem orthopädischen Bereich zu sehen. Diese sind vorrangig einer fachärztlichen Diagnostik und einer entsprechend angeleiteten konservativen Therapie zuzuführen (siehe auch Kapitel 4.4 „Mammareduktionsplastik“).

Zu Schritt 4: Sind Kontraindikationen bezüglich des operativen Eingriffs ausgeschlossen?

Ergeben sich im Rahmen der Begutachtung Anhaltspunkte für Kontraindikationen (somatischer oder psychischer Natur), sind diese entsprechend abzuklären.

Sofern psychische Erkrankungen/Beschwerden mitgeteilt werden oder aus den Unterlagen ersichtlich sind, haben eine entsprechende psychiatrische/psychologische Abklärung und ggf. Therapie vorrangig zu erfolgen.

4.6 Folgezustände

In Anbetracht der vielfältigen Begutachtungsanlässe dieses Kapitels wurde auf die systematische Darstellung in Form eines Algorithmus verzichtet.

Primär ist wie auch bei allen anderen Begutachtungsanlässen zu klären, ob es sich bei dem Folgezustand um einen krankheitswertigen Befund handelt und ob Art und Umfang des beantragten Eingriffs medizinisch notwendig und geeignet ist.

Bei den Anträgen für Folgeeingriffe sollte berücksichtigt werden, ob die initiale Operation, die zu dem Folgeeingriff führt, eine medizinisch indizierte oder medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation war. Wenn die initiale Operation, die zu dem Folgeeingriff führt, eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation war, können die Krankenkassen aus sozialmedizinischer Sicht auf den § 52 Abs. 2 SGB V hingewiesen werden:

„Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.“

Es obliegt der Krankenkasse, über die leistungsrechtlichen Konsequenzen zu entscheiden. Diese Entscheidung darf nicht im Gutachten vorweggenommen werden.

4.6.1 Folgezustände/Komplikationen nach Brustimplantateinlage

Die Folgezustände nach Einlage von Brustimplantaten werden in früh und spät postoperativ unterteilt.

Zu den früh postoperativen Komplikationen zählen Nachblutungen, Infektionen und Wundheilungsstörungen/Nekrosen, die in aller Regel keinen Begutachtungsanlass zur Folge haben.

Begutachtungsrelevante spät postoperativ auftretende Folgezustände/Komplikationen sind die Kapselfibrose, das Gelbluten (Silikongel-Bleeding), die Kapselruptur, Dislokation der Implantate, das Brustimplantat-assoziierte, anaplastische Großzell-Lymphom (BIA-ALCL) und die Breast Implant Illness (BII).

Zu den ästhetischen Komplikationen nach Brustimplantateinlage zählen z. B. das Rippling (sichtbare und tastbare Bildung von wellenförmigen Falten an den Brustimplantaten), die Wasserfalldeformität (waterfall deformity-die Brust hängt über das Implantat nach unten ab; das Implantat bleibt in seiner Position und erscheint so, als ob es nach oben verlagert ist), das „double bubble“ Phänomen (Bildung einer doppelten Unterbrustfalte), das „jumping breast“ Phänomen (der Brustmuskel haftet an der darüber liegenden Haut und führt unter Anspannung der Brustmuskulatur zu einer beweglichen Brust, ggf. zu einer Brustdeformität) und das „bottoming out“ Phänomen (die Implantate rutschen nach unten ab, der untere Brustpol verlagert sich nach kaudal). In den allermeisten Fällen besteht keine medizinische Notwendigkeit für eine Operation zu Lasten der GKV. Gegebenenfalls sollte geprüft werden, ob dem Befund ein Krankheitswert im Sinne der BSG-Rechtsprechung beigemessen werden kann.

Eine ausgeprägte Dislokation der Implantate (z. B. Implantatdrehung, auffällige Dislokation nach lateral/kaudal/kranial/medial, fehlende Fixierung mit abnormer Beweglichkeit des Implantats) bedarf der operativen Revision und Korrektur, wenn daraus eine krankheitswertige Entstellung oder plausible Funktionsbeeinträchtigungen resultieren.

Das ist im Einzelfall, ggf. im Rahmen einer körperlichen Begutachtung, zu klären.

Die **Kapselfibrose** entsteht als Reaktion der Brust auf das eingebrachte, körperfremde Material. Sich um das Implantat ausbildende Kollagenfasern bilden als primär physiologische Körperreaktion auf das Fremdmaterial eine periprothetische Kapsel (Implantatkapsel), die sich im weiteren Verlauf vermehrt über das normale Maß hinaus verfestigen und verhärten kann. In der Folge kommt es durch Kompression des Brustimplantates zu Schmerzen und einer Implantatdeformität.

Bei der Kapselfibrose werden Brustfestigkeit und Implantatposition beurteilt. Die Klassifikation erfolgt nach Baker [2]:

Stadieneinteilung der Kapselfibrose nach Baker	
Baker I:	nicht tastbare normale Kapsel; die Brust ist normal weich
Baker II:	tastbare normale Kapsel; die Brust ist etwas fester
Baker III:	verhärtete und tastbare Kapsel, zum Teil sichtbares Implantat; die Brust ist verhärtet
Baker IV:	schmerzhafte, verhärtete Kapsel, narbige Schrumpfung und Verformung der Brust/Dislokation

Die Kapselfibrose Baker III und Baker IV kann begleitend mit Schmerzen bei Berührung verbunden sein.

Eine Kapselfibrose Baker IV stellt eine Krankheit im Sinne des SGB V dar, so dass eine Entfernung des Implantats mit Resektion des Implantatgewebes medizinisch notwendig wird. In ausgewählten Einzelfällen und nach sorgfältiger Prüfung des klinischen Befundes kann dieser Eingriff auch bei Kapselfibrose Baker III mit Übergang in Baker IV erforderlich sein.

Unter dem **Gelbluten (Silikongelbleeding)** wird die Diffusion von Silikonpartikeln aus der semipermeablen Implantathülle verstanden. Makroskopisch ist die Implantathülle intakt. Das austretende Silikon befindet sich zwischen Hülle und Implantatkapsel und kann sich auch in den umliegenden Lymphknotenstationen ansammeln. Das Brustimplantat, Silikonpartikel und ggf. betroffene Lymphknoten müssen entfernt werden. Diese Operationen sind in diesem Zusammenhang medizinisch begründet und eine Leistung der GKV.

Auch nach **Implantatrupturen**, die intra- und extrakapsulär auftreten können, ist die Entfernung von Brustimplantat und von ggf. in das umgebende Gewebe ausgetretenem Silikon medizinisch indiziert und erforderlich.

Das **Brustimplantat-assoziierte, anaplastische Großzell-Lymphom (BIA-ALCL)** ist ein Subtyp des Non-Hodgkin-Lymphoms (T-Zell-Lymphom) und bildet seit 2016 eine eigene WHO-Tumorentität. Das BIA-ALCL entwickelt sich innerhalb der Implantatkapsel und ist abzugrenzen vom primären, sporadischen anaplastischen Großzell-Lymphom (ALCL) der Brust, meist vom B-Zell-Typ, das im Brustgewebe entsteht.

Die Pathogenese des BIA-ALCL ist multifaktoriell. Als Auslöser werden eine niederschwellige, chronische, durch die Implantathülle verursachte Entzündung mit konsekutiver Immunstimulation und auch eine operationsbedingte Kontamination mit Ausbildung eines Biofilms und nachfolgend chronischer T-Zell-Stimulation beschrieben.

Typisch ist die Entwicklung eines sogenannten (Spät)-Seroms innerhalb der Implantatkapsel, mindestens ein Jahr, durchschnittlich 7–10 Jahre nach Implantation. Begleitend oder isoliert ist auch die Entwicklung eines soliden Tumors möglich. Es werden eine Lymphknotenbeteiligung und systemische Symptome wie Fieber und Hautausschläge beobachtet.

Bei V.a. das Vorliegen eines BIA-ALCL sollte eine bildgebende Diagnostik (inkl. der Lymphabflusswege) erfolgen. Die Diagnosesicherung erfolgt histopathologisch über eine Serompunktion bzw. Biopsie bei solidem Tumor. Die mit den Proben gewonnenen Lymphozyten sind konstant positiv für den Zytokin-

rezeptor CD30 und negativ bezüglich der Expression für die anaplastische Lymphomkinase (ALK-negativ). Die Behandlung des BIA-ALCL erfolgt interdisziplinär und beinhaltet immer die chirurgisch vollständige Resektion von Brustimplantat, Kapsel und ggf. Tumor. Bei unvollständiger Resektion bzw. systemischer Beteiligung erfolgt eine adjuvante Therapie, angelehnt an die systemische Therapie des ALCL.

Die meisten, bisher bekannten BIA-ALCL-Fälle konnten den texturierten Brustimplantaten des Herstellers ALLERGAN zugeordnet werden. Eine prophylaktische Explantation von Brustimplantaten wird von Seiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aktuell nicht empfohlen.

Dem BfArM liegen zum Zeitpunkt der Erstellung des Begutachtungsleitfadens (der zuletzt angegebene Stand des BfArM war am 18.06.2024) 57 histologisch bestätigte Fälle (histologisch bestätigte Marker-kombination des T-Zell-Lymphoms CD30+ALK-) vom Brustimplantat-assoziierten anaplastischen großzelligen Lymphom (BIA-ALCL) aus Deutschland vor.

Insgesamt handelt es sich gegenwärtig um eine sehr seltene Erkrankung. Der alleinige Verdacht ohne histologische Sicherung der Diagnose eines BIA-ALCLs begründet keine Implantatentfernung zu Lasten der GKV.

Bei der **Breast Implant Illness** handelt es sich um einen Symptomenkomplex, der mit Brustimplantaten aus Silikon in Verbindung gebracht wird. Breast Implant Illness ist keine eindeutige Erkrankung, sondern geht mit einem sehr breiten Spektrum von Krankheitssymptomen, die auch bei anderen Erkrankungen (z. B. Autoimmunerkrankungen) häufig zu finden sind, einher. Sie umfassen u. a. chronische Müdigkeit/Erschöpfung (fatigue), chronische Schmerzen/Gelenkschmerzen, Herzrasen, Konzentrationsstörungen (brain fog), Vergesslichkeit, Haarausfall, Kopfschmerzen, Migräne, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, neurologische Symptome (Kribbelgefühl) und Muskelschwäche. Eine Anerkennung als Erkrankung durch die WHO ist bisher nicht erfolgt. Eine Klassifizierung per ICD-10-Code liegt ebenfalls nicht vor. Spezifische, diagnostische Marker zum Nachweis dieser Erkrankung existieren aktuell nicht. Ein Kausalzusammenhang zwischen Brustimplantaten und BII konnte bisher nicht nachgewiesen werden.

Die Vielfalt von Symptomen kann in Zusammenhang mit Silikonimplantaten, aber auch ohne das Tragen von Implantaten vorkommen. Es ist möglich, dass nach der Entfernung der Implantate die Symptome bleiben.

Eine prophylaktische Implantatentfernung wird aktuell nicht empfohlen. Erforderlich ist eine differenzialdiagnostische Abklärung der angegebenen Symptome zum Ausschluss anderer Erkrankungen.

Beim aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft, bei nicht vorhandener Anerkennung des Begriffes "breast implant illness" als Erkrankung durch die WHO, bei nicht vorhandenem ICD Schlüssel, bei nicht vorhandener offizieller medizinischer Diagnose und bei nicht geklärtem und nicht belegtem wissenschaftlichem Zusammenhang zwischen Brustimplantaten und verschiedenen systemischen Symptomen besteht aus sozialmedizinischer Sicht keine Leistungspflicht der GKV für eine Implantatexplantation mit Kapselentfernung.

4.6.2 Narben

Narben sind der Endzustand eines physiologischen Abheilungsprozesses einer tiefer gehenden Verletzung/Operation.

Narben können Krankheitswert erlangen, wenn sie entstellend (z. B. Gesicht, Hals, ggf. Hände) oder funktionell beeinträchtigend sind. Beispiele für durch Narben ausgelöste funktionelle Beeinträchtigungen:

- Narbenkontrakturen in Gelenknähe mit Einschränkung der Beweglichkeit
- nachvollziehbar schmerzhafte, adhäsente, nicht verschiebbliche, mit der unterliegenden Faszie verwachsene Narben mit Einziehungen
- instabile Narben mit chronischer Entzündungssituation.

Narbenschmerzen lösen nicht a priori eine medizinische Notwendigkeit für eine operative Narbenkorrektur aus. Auch bei nachvollziehbaren Narbenschmerzen muss vorher geklärt werden, ob konservative Behandlungsmaßnahmen (z. B. Erweichung der Narbe durch Physiotherapie bzw. Narbenmassagen, Injektionsbehandlungen mit Lokalanästhetika) durchgeführt wurden und ob diese ausgeschöpft sind.

Für alle Narbenarten gilt, dass eine plastisch-chirurgische Narbenrevision bzw. Narbenkorrektur erst nach einer abgeschlossenen Narbenreifungsphase (frühestens ab 6 Monaten, in aller Regel ab 12 Monaten nach der initialen Operation/Verletzung) erfolgen sollte.

Als besondere Narbensituationen sind beispielhaft die hypertrophe Narbenbildung und Keloide zu nennen. Keloide und hypertrophe Narben können entstellend, aber auch funktionsbehindernd sein.

Hypertrophe Narben bleiben auf die ursprüngliche Verletzung beschränkt, gehen nicht über das verletzte Gebiet hinaus und bilden sich häufig innerhalb von Monaten spontan zurück. Bei der Behandlung von hypertrophen Narben ist daher eine erneute Narbenbildung in jedem Fall zu vermeiden. Konservative Behandlungsstrategien sind deshalb zu bevorzugen.

Keloide sind echte Proliferationen mit exzessiver Kollagenbildung, die den ursprünglichen Narbenbereich überschreiten. Die Therapie der Keloide ist schwierig. Grundsätzlich sprechen jüngere, noch aktive, gerötete Keloide besser auf eine Therapie an als ältere, nur noch gering vaskularisierte Veränderungen.

Für die Behandlung von Keloiden stehen verschiedene konservative und interventionelle Therapieverfahren zur Verfügung; als Beispiele können genannt werden: Kryotherapie, intraläsionale Kortisoninstillationen, lokale Silikon-Gel-Behandlung/Kompression, postinterventionelle Bestrahlung.

Eine operative Exzision von Keloiden sollte aufgrund der genetischen Prädisposition und hoher Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs – auch bei entsprechender Nachbehandlung zur Prophylaxe eines Rezidivs – als Ultima Ratio in Erwägung gezogen werden, wenn alle konservativen Maßnahmen nachweislich versagt haben oder wenn die Keloide so ausgeprägt sind, dass eine konservative Behandlung nicht möglich ist.

Unabhängig von einer resultierenden Leistungspflicht der GKV sei an dieser Stelle auch auf die S2k-Leitlinie „Therapie pathologischer Narben-hypertrophe Narben und Keloide“ [36] hingewiesen. In dieser Leitlinie werden aber auch Therapieansätze beschrieben, die keine Leistung der GKV darstellen.

Die sogenannten „Dog-ears“ („Hunde-Ohren“ = Hautbürzel, Haut- und Weichteilaufwerfungen, Zipfel) entstehen gelegentlich an den Ausläufern von Narben nach Straffungsoperationen, oft an der Brust oder am Unterbauch. Deren Resektion ist in aller Regel nicht zu Lasten der Sozialgemeinschaft zu erbringen. Den „Dog-ears“ kann in aller Regel kein entstellender Charakter beigemessen werden; sie können mit alltagsüblicher Kleidung kaschiert werden. Des Weiteren sind „Dog-ears“ meistens nicht funktionseinschränkend. Nur in ausgeprägten Einzelfällen kann eine medizinische Notwendigkeit für eine operative Resektion der „Dog-ears“ vorliegen (z. B. bei ständiger Reibung durch Miederware, die nachvollziehbar zu wiederholten Entzündungen führt).

5 Hinweise zur Zusammenarbeit von Krankenkassen und Medizinischen Diensten

Anders als bei durch den Medizinischen Dienst Bund erlassenen Begutachtungsanleitungen nach § 283 Abs. 2 SGB V können in einem Begutachtungsleitfaden der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste nur Empfehlungen zur Zusammenarbeit gegeben werden, die für die Krankenkassen nicht verbindlich sind.

Insofern haben die folgenden Ausführungen für die Medizinischen Dienste einen hinweisenden Charakter dahingehend, dass hier Bedingungen der Zusammenarbeit formuliert werden, die idealtypisch zur Anwendung gelangen könnten; ggf. können zwischen Medizinischen Diensten und Krankenkassen regional abweichende Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen werden.

Bei Fragestellungen der Krankenkassen zu plastisch-chirurgischen Eingriffen auf Antrag der Versicherten sollte die sozialmedizinische Beurteilung vorrangig mit einem Gutachten (Aktenlage oder persönliche Befunderhebung im Medizinischen Dienst) abgeschlossen werden.

Relevante Fragestellungen der Krankenkassen im Rahmen des elektronischen Datenaustausches (weitere Begutachtungsbereiche; EDA wBB) wurden final in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste abgestimmt. Von besonderer Bedeutung für den vorliegenden Begutachtungsbereich / BGL könnten hierbei die Fragestellungen der Leistungsbereiche 04 (ambulante Leistungen am Krankenhaus), 05 (Sonstige stationäre Behandlungen: Operieren im Krankenhaus), 10 (NUB) sowie 99 (Sonstige: Transsexualismus) sein. Eine Auflistung des Fragenkatalogs findet sich aus Gründen der Vollständigkeit im Anhang (Hinweis: nicht jede Krankenkasse schickt diese Fragestellungen).

5.1 Fallbearbeitung und -auswahl durch die Krankenkassen

Die Fallbearbeitung und die Auswahl der zu begutachtenden Fälle erfolgt durch die Krankenkassen. Sinnvoll erscheint hier ein regelmäßiger Austausch zwischen Medizinischen Diensten und den Krankenkassen, um anhand der bei den Begutachtungen gemachten Erfahrungen die Aufgreifkriterien der Krankenkassen fortzuentwickeln. In die Fallauswahl fließen aber auch unter Umständen die Gesichtspunkte der Krankenkassen zu den Versicherten ein, welche diese aufgrund von Daten der Krankenkassen zu Vorversorgungen sowie der Kenntnis örtlicher Gegebenheiten und Besonderheiten (z. B. zur Inanspruchnahme konservativer Behandlungsalternativen) haben.

Nach § 276 Abs.1 SGB V sind „die Krankenkassen verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 des Ersten Buches hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67b Abs. 2 des Zehnten Buches.“

Für plastisch-chirurgische Begutachtungsanlässe sind durch die Krankenkassen folgende Angaben und Unterlagen nach Möglichkeit bereitzustellen:

1. Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse),

2. Ärztliche Atteste mit Angabe der Diagnose, der Indikation sowie stattgehabter Vorbehandlungen/Maßnahmen im Kontext der Beschwerdesymptomatik (z. B. Physiotherapie bei Rückenschmerzen...),
3. Leistungsübersicht der Krankenkasse.

In § 276 Abs. 2 SGB V ist festgelegt, dass im Falle eines Begutachtungsauftrages der Krankenkasse an den Medizinischen Dienst die Leistungserbringer verpflichtet sind, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die § 60 SGB I sowie § 100 SGB X hinzuweisen.

§ 60 SGB I verpflichtet die Versicherten, alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben oder erforderlichen Auskünften durch Dritte zuzustimmen, für die Leistung erhebliche Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen sowie ggf. Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

Nach § 100 SGB X sind die/der verordnende(r) Ärztin/Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufes ebenfalls zur Auskunft verpflichtet, soweit es für die Durchführung der Aufgaben des Leistungsträgers erforderlich ist, unter der Voraussetzung, dass dies gesetzlich zugelassen ist oder die/der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

5.2 Bearbeitungsablauf bei Krankenkasse und MD nach § 13 Abs. 3a SGB V

Das am 26.02.2013 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (kurz: Patientenrechtegesetz, PRG) hat im SGB V folgende leistungsrechtliche Ergänzung in § 13 Abs. 3a ausgelöst:

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spaltenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“

Diese Vorgabe gilt auch für alle Leistungsanträge zur plastischen Chirurgie.

Wesentlich für die fristgerechte Begutachtung ist die Vollständigkeit der Befunddokumente einerseits sowie zeitsparende, direkte Kommunikation andererseits. Weder ist postoperativ eine Indikationsprüfung möglich noch ist es sinnvoll, eine solche ohne die erforderlichen Unterlagen anzustreben. Die direkte Kommunikation mit den jeweiligen MD-Spezialisten setzt deren Benennung in kontinuierlich erreichbaren Teams voraus.

Zur Beschleunigung der notwendigen Befundbeschaffung in der Vorbereitung für eine Begutachtung hat die AG plastische Chirurgie, d. h. die Autorinnen und Autoren dieses Begutachtungsleitfadens, für die hier im Begutachtungsleitfaden erwähnten Begutachtungsanlässe im MD beispielhafte Vorschläge für ggf. vorhandene regionale Checklisten entwickelt, denen zu entnehmen ist, welche Unterlagen jeweils vor der Beauftragung des MD bzw. der Begutachtung zu beschaffen sind. Diese finden sich im Anhang dieses Begutachtungsleitfadens im Kapitel 9.2.

6 Gutachten

Die Entscheidung, welche Form der Gutachtenerstellung („Erledigungsart“) angemessen ist und welche Gutachter(innen) die Gutachten erstellen, wird durch den jeweiligen MD getroffen.

Möglich ist die Produkterstellung gemäß Handbuch Berichtswesen [37]

- nach Aktenlage oder
- Gutachten mit persönlicher Befunderhebung beim MD.

Die Begutachtung nach Aktenlage erfolgt, wenn die Unterlagen eine eindeutige Bewertung der Situation erlauben. Die persönliche Befunderhebung kann empfohlen werden z. B. in Fällen von Unsicherheit, Zweifeln, bei unklaren, widersprüchlichen, unglaubwürdigen Befunden sowie in Sozialgerichtsverfahren, sofern vorher keine körperliche Begutachtung durchgeführt wurde.

Es ist anzustreben, für diese Fälle auch unter den geltenden Bearbeitungsfristen des PRG eine körperliche Untersuchung der Versicherten zu ermöglichen, da damit eine bessere Entscheidungsbasis gegeben ist. Die sozialmedizinische Einzelfallbegutachtung erfolgt auf Basis der in Kapitel 4 benannten Kriterien und Maßstäbe.

Bei der Produkterstellung sind die Vorgaben der MD-Gemeinschaft (QSKV, Handbuch Berichtswesen etc.) zu berücksichtigen.

Die sozialmedizinische Beurteilung sollte sprachlich so abgefasst werden, dass sie in geeigneten Fällen der/dem Versicherten von der Krankenkasse mitgeteilt werden kann.

Medizinische und sozialmedizinische Fragestellungen der Krankenkassen sind mit einer klaren gutachterlichen Stellungnahme zu beantworten.

In einem Gutachten (Produktgruppe II) sollten üblicherweise folgende Punkte dokumentiert sein:

1. Fragestellung des Auftraggebers
2. Auflistung der vorliegenden relevanten Unterlagen
3. Begutachtungsrelevante anamnestische Angaben einschließlich bisheriger Bewältigungsstrategie / konservativer Maßnahmen
4. Relevante Angaben zu krankheitswertigen Beschwerden, Funktionseinschränkungen, Schmerzen
5. Versorgungsrelevante Diagnose(n)
6. Angaben zum Versorgungsziel, d. h. Aussage zur Einschätzung des Behandlungseffektes, auch unter Berücksichtigung konservativer Behandlungsalternativen
7. Sozialmedizinische Bewertung

Die Vorlage postoperativer Verläufe zur nachträglichen Begutachtung in Kostenerstattungsfällen bei von der/dem Versicherten selbstbeschafften Leistungen bleibt von diesen Ausführungen unberührt. Ob eine solche Bewertung möglich ist, ist im Einzelfall zu entscheiden. In solchen Fällen kann es schwierig werden, den präoperativen Zustand zu beurteilen, wenn dieser nicht (foto)dokumentiert wurde.

6.1 Gutachten nach Aktenlage

Voraussetzung für Gutachten ohne persönliche Befunderhebung ist die aussagekräftige Befund- und Fotodokumentation. Dabei sollten aussagefähige Fotos herangezogen werden, denn sie sind Teil der ärztlichen Befunddokumentation (siehe hierzu Kapitel 9.2).

6.2 Gutachten durch persönliche Befunderhebung

Die Begutachtung erfolgt in aller Regel in der MD-Dienststelle. Haus-, Krankenhaus- oder Heimbesuche sind in Einzelfällen denkbar.

7 Vorgehen bei Widersprüchen

Bei der Bearbeitung von Widersprüchen sind landesspezifische Regelungen zu beachten.

Erhebt der/die Versicherte Widerspruch gegen einen Verwaltungsakt der Krankenkasse, der auf der Grundlage eines Gutachtens/einer gutachtlichen Stellungnahme des MD getroffen wurde, so kann die Krankenkasse dem MD unter Beifügung einer Kopie des Widerspruchsschreibens und ggf. weiterer neuer medizinischer Unterlagen, die den Widerspruch begründen, einen weiteren Begutachtungsauftrag erteilen.

Im Widerspruchsverfahren kann eine körperliche Untersuchung mit Befunderhebung durch den Gutachter erwogen werden.

Der Erstgutachter gibt unter Einbeziehung der vom/von der Versicherten angeführten und ggf. medizinisch belegten Widerspruchsbegründung eine Stellungnahme ab. Die Widerspruchsbegutachtung kann durch den/die Erstgutachter/-in oder eine(n) weitere(n) MD-Gutachter/-in erfolgen, insbesondere dann, wenn sich der/die Erstgutachter/-in nicht der Widerspruchsbegründung anschließt.

Richtet sich der Widerspruch des/der Versicherten ausschließlich gegen den Leistungsentscheid der Krankenkasse, sollte die Krankenkasse prüfen, ob überhaupt ein weiteres Gutachten erstellt werden muss.

Einspruch der Krankenkasse

Bestehen zwischen der Krankenkasse und dem MD unterschiedliche Auffassungen über Qualität oder Ergebnis des Gutachtens / der gutachtlichen Stellungnahme oder besteht ein zusätzlicher medizinischer Beurteilungs- oder Erklärungsbedarf der Krankenkasse, so gibt diese das Gutachten / die gutachtliche Stellungnahme unter Darlegung der Gründe und Angabe der noch offenen Gutachtenfragen an den MD zurück. Der MD prüft den Einspruch und nimmt erneut Stellung.

8 Ergebnismitteilung

Mitteilungspflichten des MD sind in § 277 SGB V geregelt. Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.07.2021 ist am 19.07.2021 im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nr. 44 veröffentlicht worden und ist am Tag nach der Verkündung in Kraft getreten.

9 Anlagen und Verweise

9.1 Untersuchung/Befunderhebung bei persönlicher Vorstellung

Im Rahmen der persönlichen Begutachtung sind die QSKV (Qualitätssicherung in der Krankenversicherung) Vorgaben zu berücksichtigen.

Je nach Begutachtungsanlass und Einzelfall können die folgenden anamnestischen Angaben erfragt werden:

ANAMNESE

Gynäkologische Anamnese allgemein (exemplarisch)

- Thelarche
- Menarche
- Schwangerschaften
- Stillzeiten
- Brustbeschwerden/-schmerzen
- Voroperationen an der Brust
- Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (wann zuletzt, mit welchem Ergebnis)
- Brustentwicklung
- Wie wurde die Entwicklung der Brust subjektiv erlebt und bewertet?
- Wann begann das Erleben, die eigenen Brüste seien nicht akzeptabel?
- Welche Rolle spielte der Einfluss von Bezugspersonen?
- Wann wurde erstmals in Betracht gezogen, die Brüste verändern zu lassen?
- Welcher Zeitpunkt wurde dafür geplant und warum?
- Welche Veränderungen werden durch die Brustoperation erhofft?

Spezifische dermatologische Anamnese

- intertriginöse Hautveränderungen, Lokalisation
- Frequenz und Dauer der Beschwerden
- Behandlung – in Eigenregie oder fachärztlich (dermatologisch oder anderer/andere Facharzt/Fachärztin)
- Erfolgen Maßnahmen zur Prophylaxe?
- Anwendungsdauer/-häufigkeit der Lokalbehandlung, Präparatenamen
- Rezidivhäufigkeit

Spezifische orthopädische Anamnese

- Lokalisation und Intensität der antragsrelevanten orthopädischen Beschwerden (Qualität, Art und Quantität); Funktionseinschränkungen (neurologisch, motorisch); Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivitäten und der Teilhabe
- Bisherige Diagnostik
- Bisheriger Behandlungsverlauf (durch wen – Hausarzt/Facharzt; Behandlungsart/-intensität/-dauer)
- Heilmitteltherapien / sonstige konservative Maßnahmen (Infiltrationen, Osteopathie)
- Rehamaßnahmen (Rehasport/Funktionstraining) / Krankenhausaufenthalte
- Vorerkrankungen am Bewegungsapparat
- Operationen am Bewegungsapparat
- Sportliche Aktivitäten (Art/Frequenz/Dauer) in Eigenregie
- Schmerzanamnese (Schmerzverlauf, Schmerzlokalisation, Intensität, ggf. mit VAS (Visuelle Analogskala), ggf. Schmerzchronifizierungsgrad nach Gerbershagen, ruhe-/belastungsabhängig, Einfluss von Tageszeit, Schonung, Bewegung, psychische Belastungsfaktoren)
- Ggf. Schmerzmitteleinnahme

Berufsanamnese

- Tragen von Lasten (Häufigkeit, Dauer, Lastgewichte, Körperhaltungen, Ausführungsbedingungen)
- Arbeiten in Zwangshaltungen oder ungünstiger körperlicher Position (z. B. Überkopf-Arbeiten)
- Ergonomischer Arbeitsplatz?
- Gleichförmig sich wiederholende Arbeitsvorgänge

Spezifische psychiatrische Anamnese

- Akute Lebensbelastung
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Kontakte, wenn ja weswegen
- Behandlungsdauer und -art
- Leidensdruck
- OP-Fixierung

Ergänzende Anamnese bei Fragestellung „Straffungsoperationen“

- Zeitpunkt/Art einer bariatrischen Operation, Ausgangsgewicht/BMI präoperativ, Gewichtsverlauf/BMI-Verlauf postoperativ mindestens bezogen auf die letzten 6 Monate vor Antragsstellung
- Ausgangsgewicht/BMI vor konservativer Gewichtsreduktion mit Angaben zum Gewichtsverlauf/BMI-Verlauf mindestens bezogen auf die letzten 6 Monate vor Antragsstellung
- Angaben zum Zielgewicht/Ziel-BMI
- funktionelle Beschwerden durch Haut-/Fettgewebsüberschüsse

Ergänzende Anamnese:

- Alkohol-/Nikotin-/Drogenkonsum
- allgemeine Medikamentenanamnese
- allgemein Gewichtsverlauf

KÖRPERLICHE BEFUNDERHEBUNG

Im Rahmen der persönlichen Begutachtung sind die QSKV (Qualitätssicherung in der Krankenversicherung) Vorgaben zu berücksichtigen.

Je nach Begutachtungsanlass und Einzelfall können die folgenden Befunde erhoben werden:

Allgemein:

- Allgemein-/Ernährungszustand
- Körpergröße / Körpergewicht / Bestimmung des BMI (Gewicht in kg / Körpergröße in m²)

Tabelle 2: Gewichtsklasseneinteilung gemäß WHO

WHO report obesity (1998) Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO, Genf: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

Gewichtsklasseneinteilung:	
Untergewicht	BMI < 18,5
Normalgewicht	BMI 18,5–24,99
Übergewicht	BMI 25–29,99
Adipositas I	BMI 30–34,99
Adipositas II	BMI 35–39,99
Adipositas III	BMI > 40

Orthopädische Untersuchung/Wirbelsäule

- Schulter-/Beckenstand im geraden Stand, evtl. Beinlängendifferenz
- WS-Aufbau / Muskelmantel
- Myogelosen
- Druck-/Klopfsschmerz über den WS-Dornfortsätzen
- HWS-Beweglichkeit (Neutral-0-Methode)
- BWS-Beweglichkeit (Neutral-0-Methode)
- LWS-Beweglichkeit (Neutral-0-Methode)
- Fingerbodenabstand in cm

- Schober / Ott
- Schultergelenkbeweglichkeit (Neutral-0-Methode)
- Hüftbeweglichkeit (Neutral-0-Methode)
- Nacken-/Schürzengriff
- Gangbild

Neurologische Untersuchung / Motorik / Sensibilitätsstörungen

- Periphere Durchblutung / Sensibilität / Kraft / grobe neurologische Untersuchung
- Langsitz
- Lasègue-Zeichen

Haut (für alle Körperregionen)

- Schnürfurchen
- Hautzustand, insbesondere intertriginös (Auflageflächen)
- Hinweise auf akute/chronische Entzündungszeichen (Hyperpigmentierungen)
- Narben
- Striae distensae
- ggf. parallel bestehende Hauterkrankungen

Abdomen

- Fettverteilungsmuster
- Lokalisation der Fettschürzen / mehretagige Bauchfettschürze
- horizontale und vertikale Ausdehnung der Bauchfettschürze in cm / Dicke der Bauchfettschürze
- Auflageflächen (Haut-Haut-Kontakt) in cm
- Nabelregion (verzogen, überdeckt, Sekretion)
- Leistenregionen / Mons pubis / Genitalien (frei / teilweise überdeckt / überdeckt)
- Nabelhernie / epigastrische Hernie / Rektusdiastase

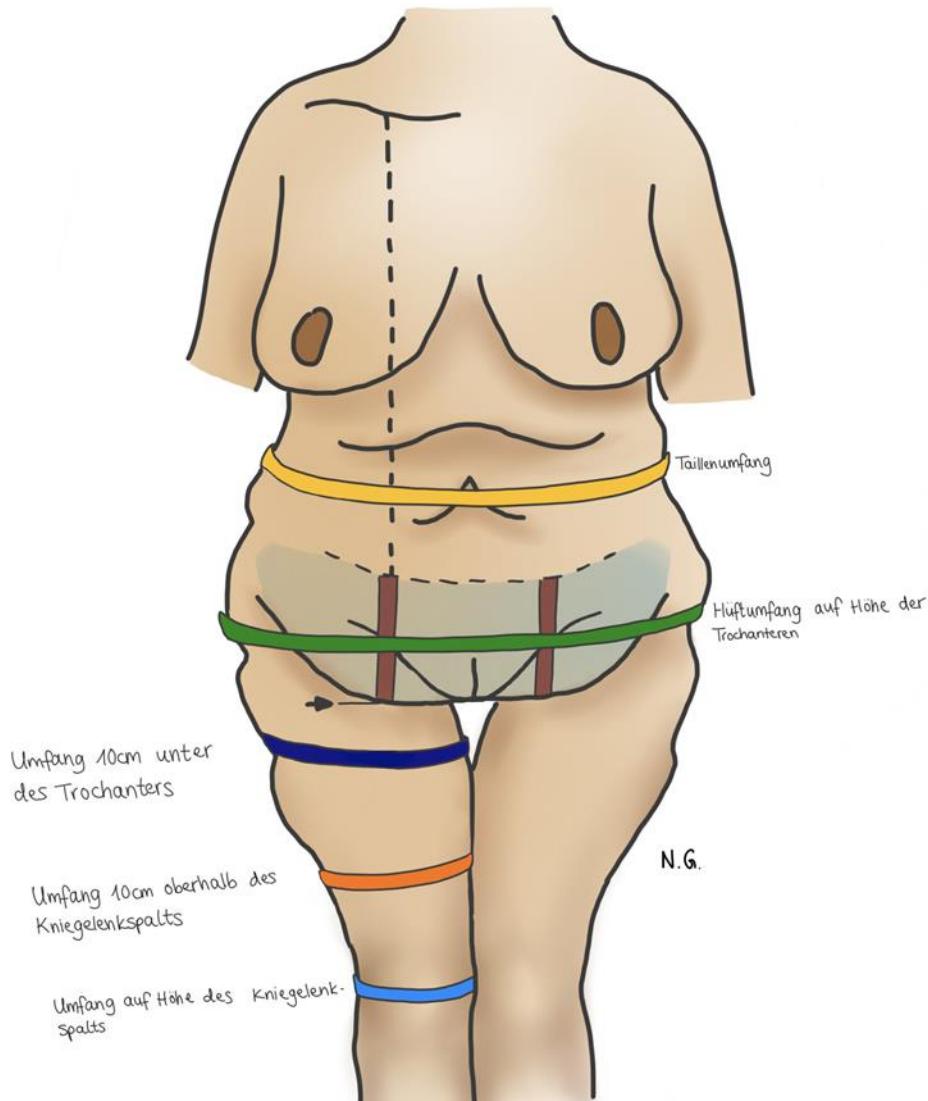
Waist-To-Hip-Ratio (WHR)

- Ermittlung des Körperfettverteilungsmusters über Taille-zu-Hüft-Quotienten
- Taillenumfang
- Hüftumfang

Taillenumfang: Hüftumfang = WHR

für Frauen < 0,85

für Männer < 1,0



Quelle: eigene Zeichnung

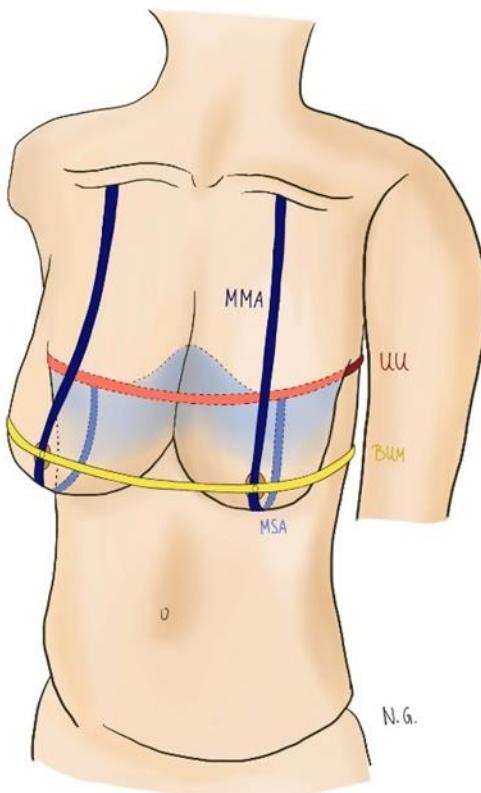
Abbildung 12: Umfangmessung am Abdomen und an den Oberschenkeln

Oberarme/Oberschenkel/Gesäß/Flanken

- Lage überschüssiger Haut-/Fettgewebe
- funktionelle Einschränkungen (z. B. Gangbild, Schürzengriff)
- Dicke der Haut- und Weichteilüberschüsse
- Umfänge
- Striaebildung
- Haut-auf-Haut-Kontaktflächen in cm
- Überhänge/Faltenbildung

Mamma

- BH-Größe, Art, Passform, Trägerbreite/-art
- Beschreibung der Mammaform, Narben, Einziehungen
- Größe, Konsistenz des Drüsengewebes, Tastbefund
- Hautveränderungen
- Jugulum-Mamillen-Abstand (JMA) in cm (oder alternativ Medioclavicular-Mamillen-Abstand (MMA))
- Mamillen-Submammärfalten-Abstand (MSA) in cm
- Brustumfang auf Mamillenhöhe (BUM) in cm
- Brustumfang auf Höhe der Submammärfalte = Unterbrustumfang (UU) in cm
- Ptose-Einteilung nach Regnault (siehe unter „Definitionen“)
- Durchmesser des Mamillen-Areola-Komplexes (MAK) vertikal/quer in cm
- ggf. Abstand zwischen Sternum und Mamille
- ggf. Abstand zwischen Mamille und Nabel
- ggf. Abstand zwischen der tiefsten Brustkontur und Nabel



Quelle: eigene Zeichnung

Abbildung 13: Messpunkte im Untersuchungsgang zur Bestimmung der Brustgröße

Das Brustgewicht sollte im Rahmen einer körperlichen Untersuchung (insbesondere bei Befunden der Mammahypertrophie und Mammaasymmetrie) bestimmt werden.

Vergleich Körpergewichtsdifferenzmethode <-> Volumetrie durch Wasserverdrängung

Zur Bestimmung des Brustgewichtes helfen typische Messbefunde, wie Jugulum-Mamillen-Abstand, Submammärfalten-Mamillen-Abstand, submammäre Auflage, Brustumfang auf Mamillenhöhe, Unterbrustumfang etc. nicht weiter.

Die Einschätzung des Brustgewichts wird erschwert durch verschiedene in die Betrachtung eingehende Körpermerkmale, wie z. B. Adipositas (z. B. Stammfettsucht), Untergewichtigkeit, Brustform (breite/schmale Brustbasis, Ptosis mammae, intramammäre Gewebekonstellation bei Palpation, z. B. drüsig, fettreich) und durch den subjektiven Eindruck der Brustdrüse selbst.

Als praktikabel, wenig aufwendig und daher leicht durchführbar hat sich hierbei die Messung der Mammae durch Volumenverdrängung und/oder durch Messung mittels der Körpergewichtsdifferenzmethode erwiesen.

Da das spezifische Gewicht von Brustdrüsengewebe (mittlere Dichte: 1,017 g/ml) und von Wasser sich nicht wesentlich unterscheiden, können Volumenmengen dem Gewicht gleichgesetzt werden.

Im Verhältnis zur Messgenauigkeit ist der Fehler aufgrund unterschiedlicher spezifischer Gewichte je nach Qualität des Brustgewebes (fettreich, drüsig, etc.) zu vernachlässigen.

Volumenverdrängungsmethode (VVM)

Für den Messaufbau eignet sich die gängige Untersuchungsliege (im Regelfall 65 cm hoch). Darauf wird in einem Überlaufbehältnis ein ca. 16 x 20 cm bzw. 20 x 20 cm großes, zylindrisches Gefäß gestellt, das randvoll mit warmem Wasser gefüllt wird. Die Höhe des Oberrandes des Messbehälters erlaubt es, eine Mamma senkrecht bei waagerecht gehaltenem Oberkörper bis zur Brustbasis einzutauchen. Je nach Breite der Brustbasis empfiehlt es sich, Messgefäß mit unterschiedlichem Durchmesser zu verwenden, wobei zwei Größen, 16 und 20 cm Durchmesser, ausreichend sind. Das Überlaufvolumen entspricht dem Volumen der eingetauchten Brust. Nach dem Umfüllen des Wassers in einen geeigneten Messbehälter kann das Ergebnis bis zu 10 ml genau (bei entsprechender Skalierung) abgelesen werden.

Körpergewichtsdifferenzmethode (KDM)

Festgestellt wird hierbei die Differenz zwischen tatsächlichem und dem um das Brustgewicht verringerten Körpergewicht. Hierzu eignet sich eine Digitalwaage mit 100g-Skalierung, d. h., die Messergebnisse werden in Hundertgrammschritten angezeigt. Im Handel werden meist Waagen mit Messpunktfixierung angeboten. Das bedeutet, dass nach Abschluss der Messung, die einige Sekunden dauert, das Messergebnis feststeht, so dass sich das angezeigte Gewicht durch weitere Gewichtsänderung innerhalb des Wiegevorgangs nicht mehr ändert. Seltener sind Waagen, die ohne Fixierung des Messwertes jegliche Gewichtsänderung anzeigen.

Messablauf:

Nach Betreten der Waage durch die Versicherte wird von der begutachtenden Person die Brust jeweils gleichmäßig mit flacher Hand waagerecht angehoben, wobei sehr darauf zu achten ist, dass die Höhe der Submammärfalte eben erreicht, jedoch nicht überschritten wird. Bei der Körpergewichtsdifferenzmethode können sich messmethodenbedingt unterschiedliche Messergebnisse bei mehrmaligem Messen ergeben. Deshalb wird empfohlen, für jede Seite Mehrfachmessungen durchzuführen und einen Mittelwert zu bilden.

Fotodokumentation

Im Rahmen jeder persönlichen Begutachtung kann ergänzend eine aussagekräftige, sachdienliche (siehe auch Kapitel Unterlagenanforderung) Fotodokumentation angefertigt und als „digitale Datei“ unter den Fallunterlagen der Versicherten gespeichert werden. Sie erleichtert bei weiteren Gutachtenaufträgen eine Bearbeitung durch einen weiteren Gutachter bzw. nach Aktenlage. Eine schriftliche Zustimmung der Versicherten hierzu ist einzuholen. Bei der Archivierung dieser Bilder sind datenschutzrechtliche Bestimmungen zu berücksichtigen.

Es werden zwei Serien erstellt, jeweils

- mit zur Begutachtung getragener Miederware
- mit entkleidetem Oberkörper

Besonderheiten sollten dokumentiert werden:

- Schnürfurchen auf den Schultern
- Rundrücken
- Sitz der Miederware
- Dermatologische Veränderungen (ggf. mit angehaltenem Maßband)

9.2 Unterlagen zu den Fragestellungen/Begutachtungsanlässen in diesem Begutachtungsleitfaden

Anlassschlüssel gemäß Handbuch „Berichtswesen“

031 „med. Indikation eines geplanten operativen Eingriffs / plastisch-chirurgische Eingriffe“

Für eine sachgerechte Begutachtung sind die folgenden Unterlagen erforderlich:

Unterlagen als Grundlage für alle Begutachtungsanlässe:

- Leistungsauskunft der Krankenkasse (mindestens der letzten 12 Monate)
- Kostenübernahmeantrag der/des Versicherten mit Beschreibung der Beschwerden bzw. der Gründe für die beantragte Operation

- ärztlicher Befundbericht vom avisierten Operateur mit Angaben zur Anamnese, zum Befund (inklusive Körpergröße und Gewicht), ggf. zur bisher erfolgten Therapie/Voroperationen, zur Indikationsstellung, zum konkreten Behandlungsvorschlag, ggf. zu den vorliegenden Funktionseinschränkungen
- sachdienliche, aussagekräftige, (idealerweise farbige Fotos mit ausreichendem Abstand, mindestens 2 m, in hoher Auflösung) möglichst vom Leistungserbringer erstellte Fotodokumentation des Befundes (Rumpf, ggf. Extremitäten im Stehen in Neutral-0-Stellung) von frontal, von rechts und links schräg seitlich und von seitlich. Die für die Begutachtung relevanten Befunde müssen im entkleideten Zustand abgebildet werden. Zur besseren Beurteilbarkeit müssen Schultergürtel und Becken vollständig mit abgebildet sein. Sofern Hautentzündungen, Ekzeme, dermatologische Beschwerden geltend gemacht werden, müssen Fotos der Hautpartie unter den Umschlagsfalten bei angehobenen Hautfettschürzen bzw. der Brust vorgelegt werden.

Die einzelnen Fotos müssen mit Quellennachweis vermerkt sein (mit Namen, Geburtsdatum der versicherten Person, Datum der Aufnahme, Leistungserbringer).

Bei dem Begutachtungsanlass „Mammareduktionsplastik“ zusätzlich:

- orthopädischer Befund- und Behandlungsbericht mit konkreten Angaben zu den bis dato erfolgten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- ggf. dermatologischer Befund- und Behandlungsbericht mit konkreten Angaben zu den erfolgten dermatologischen Maßnahmen / dem dermatologischen Behandlungsverlauf in den letzten 6 Monaten

Bei dem Begutachtungsanlass „Straffungsoperationen“ zusätzlich:

- ggf. dermatologischer Befund- und Behandlungsbericht mit konkreten Angaben zu den erfolgten dermatologischen Maßnahmen/ zu dem dermatologischen Behandlungsverlauf in den letzten 6 Monaten

Bei dem Begutachtungsanlass „Gynäkomastie-OP“ zusätzlich:

- Mammasonographiebefund ggf. Mammographiebefund (vom Facharzt für Radiologie) mit Angaben zu den Größen der Brustdrüsenkörper
- Bericht mit endokrinologischer und urologischer Abklärung (Hodensonographie, urologische Untersuchung)

Bei dem Begutachtungsanlass „Kapselfibrose/Komplikationen nach Implantateinlage“ zusätzlich

- ärztlicher Befundbericht mit Darstellung der Indikation (Selbstzahler/GKV Leistung) zur Ersteinlage von Implantaten und mit OP-Berichten, ggf. Implantatpass
- schriftlichen Mammasonographiebefund bzw. Befund einer bildgebenden Diagnostik

9.3 Auflistung des Fragenkatalogs mit relevanten Fragestellungen der Krankenkassen zu plastisch-chirurgischen Eingriffen im Rahmen des EDA wBB

LB 04 (ALK)	<u>Ambulante</u> Leistungen am KH PIA, SPZ, ambulante Behandlungszentren	z. B. Lidstraffungen, Narbenkorrekturen, zahnmedizinische sowie mund- und kieferchirurgische Eingriffe etc. (Vorabfragen, keine Rechnungsprüfung im Nachgang!)
----------------	---	--

Kernfragen:

- Sind die sozialmedizinischen Voraussetzungen unter Beachtung der entsprechenden Begutachtungskriterien für die beantragte Leistung in diesem Einzelfall erfüllt?
- Liegt ein regelwidriger Zustand des Körpers mit krankheitswertigem Befund vor, der die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für die beantragte Leistung begründet?
- Ist die beantragte Operation medizinisch geeignet und notwendig, um die bestehende Erkrankung dauerhaft zu heilen oder zu lindern?

Sollten die Fragen 1 – 3 verneint werden, ist eine Beantwortung der folgenden Fragen nicht notwendig.

Fakultative Fragen:

- Ist von dem chirurgischen Eingriff, im Vergleich zu nicht-invasiven Therapieoptionen, ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand des Patienten zu erwarten?
- Inwieweit ist die Wirksamkeit der Methode für die vorliegende Indikation nachvollziehbar belegt? (Frage ist nur zu stellen, wenn Behandlungsmethode nicht dem medizinischen Standard entspricht).
- Sind zahnmedizinische oder mund- und kieferchirurgische Besonderheiten zu beachten?

LB 05 (STB)	Sonstige stationäre Behandlungen	Operieren im Krankenhaus z.B. Brustkorrekturen, Bariatrische Eingriffe, Geschlechtsangleichende OP, Liposuktion in Kombination mit anderen Operationen, mund- und kieferchirurgische Eingriffe (Vorabfragen bei Antragsleistungen, keine Rechnungsprüfung im Nachgang!)
----------------	--	--

Kernfragen:

- Sind die sozialmedizinischen Voraussetzungen unter Beachtung der entsprechenden Begutachtungskriterien für die beantragte Leistung in diesem Einzelfall erfüllt?
- Liegt ein regelwidriger Zustand des Körpers mit krankheitswertigem Befund vor, der die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für die beantragte Leistung begründet?
- Ist die beantragte Operation medizinisch geeignet und notwendig, um die bestehende Erkrankung dauerhaft zu heilen oder zu lindern?

Sollten die Fragen 1 – 3 verneint werden, ist eine Beantwortung der folgenden Fragen nicht notwendig.

Fakultative Fragen:

- Ist die Leistungserbringung vollstationär im Krankenhaus geplant? Wenn ja, besteht die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausaufnahme zur Erbringung der beantragten Leistung?
- Ist von dem chirurgischen Eingriff, im Vergleich zu nicht-invasiven Therapieoptionen, ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand des Patienten zu erwarten?
- Inwieweit ist die Wirksamkeit der Methode für die vorliegende Indikation nachvollziehbar belegt? (Frage ist nur zu stellen, wenn Behandlungsmethode nicht dem medizinischen Standard entspricht).
- Liegt eine dermatologische Erkrankung (ständige Hautreizungen wie Pilzbefall, Sekretionen oder entzündliche Veränderungen) im Bereich des Hautüberschusses / im geplanten Resektionsgebiet vor, die sich als dauerhaft therapiereistent erweist? Entstand die Hauterkrankung allein aufgrund der vorliegenden Hautüberschüsse (Fettschürze)? (Frage ist nur zu stellen, wenn tatsächlich eine Hautlappenresektion/Dermolipektomie/Straffungsoperation beantragt wurde).
- Sind zahnmedizinische oder mund- und kieferchirurgische Besonderheiten zu beachten?

LB 10 (NUB)	NUB	NUB ambulant, NUB stationär, NUB Ausland, Potenzialbewertung z. B. Liposuktion, Eventrecorder, Zahnmedizin: DVT, Laser
----------------	-----	--

Kernfrage:

- Liegen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der beantragten Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode vor?

fakultative Fragen:

- Liegen in diesem Einzelfall nachvollziehbare medizinische Gründe für die beantragte Leistung vor?
- Liegen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme für die beantragte Leistung vor?

Für Leistungen nach §2 Abs. 1a SGB V:

Kernfrage:

- Liegen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der beantragten Leistung nach § 2 Abs. 1a SGB V vor?

fakultative Fragen:

- Liegen eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder wertungsgemäß vergleichbare Erkrankung vor?
- Steht für die Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung?
- Besteht durch den Einsatz der beantragten Therapie/Diagnostik eine auf Indizien gestützte, nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf?

Humangenetik

- Liegen die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der beantragten humangenetischen Leistung vor?

Zahnmedizinische NUB

- Welche vertragszahnärztlichen und ggf. vertragsärztlichen Alternativen stehen zur Verfügung?

LB 99 (SON)	Sonstige	Hospiz, Frühförderung gemäß § 30 SGB IX
----------------	----------	---

Fragestellungen:

Medizinische Behandlung bei Transsexualismus

- Ist die beantragte geschlechtsangleichende Maßnahme aus medizinischer Sicht erforderlich? Ggf. könnte noch angehängt werden: oder sind alternative Behandlungsmethoden vorrangig in Erwägung zu ziehen?

Notwendigkeit eines (tages-) stationären Hospizaufenthaltes

- Sind die medizinischen Voraussetzungen für die (tages-) stationäre Hospizversorgung (im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V) erfüllt?
- Ist die Notwendigkeit einer Verlängerung der bereits durchgeführten (tages-) stationären Hospizversorgung begründet?

9.4 Größenbezeichnung von Bekleidung

Die Cup-Größe wird aus der Differenz des Brustumfangs auf Mamillenhöhe und des Brustumfangs auf Höhe der Submammärfalte bestimmt.

Cup-Größe:

AA: 10 cm – 12 cm (Differenz zwischen Brustumfang auf Mamillenhöhe (BUM) und Brustumfang auf Höhe der Submammärfalte = Unterbrustumfang (UU))

- A: 12 cm – 14 cm
- B: 14 cm – 16 cm
- C: 16 cm – 18 cm
- D: 18 cm – 20 cm
- E: 20 cm – 22 cm
- F: 22 cm – 24 cm
- G: 24 cm – 26 cm
- H: 26 cm – 28 cm

Tabelle 3: Maße für Büstenhalter, Miederwaren und Badeanzüge mit Cups mit Sprungwerten von 5 cm [Maße in cm]

Unterbrustumfang	60	65	70	75	80	85	90
Bereich	58-62	63-67	68-72	73-77	78-82	83-87	88-92
Cup-Bezeichnung	Brustumfang						
Cup AA	70-72	75-77	80-82	85-87	90-92	95-97	100-102
Cup A	72-74	77-79	82-84	87-89	92-94	97-99	102-104
Cup B	74-76	79-81	84-86	89-91	94-96	99-101	104-106
Cup C	76-78	81-83	86-88	91-93	96-98	101-103	106-108
Cup D	78-80	83-85	88-90	93-95	98-100	103-105	108-110
Cup E	80-82	85-87	90-92	95-97	100-102	105-107	110-112
Cup F	82-84	87-89	92-94	97-99	102-104	107-109	112-114
Cup G	84-86	89-91	94-96	99-101	104-106	109-111	114-116
Cup H	86-88	91-93	96-98	101-103	106-108	111-113	116-118

Unterbrustumfang	95	100	105	110	115	120	125
Bereich	93-97	98-102	103-107	108-112	113-117	118-122	123-127
Cup-Bezeichnung	Brustumfang						
Cup AA	105-107	110-112	115-117	120-122	125-127	130-132	135-137
Cup A	107-109	112-114	117-119	122-124	127-129	132-134	137-139
Cup B	109-111	114-116	119-121	124-126	129-131	134-136	139-141
Cup C	111-113	116-118	121-123	126-128	131-133	136-138	141-143
Cup D	113-115	118-120	123-125	128-130	133-135	138-140	143-145
Cup E	115-117	120-122	125-127	130-132	135-137	140-142	145-147
Cup F	117-119	122-124	127-129	132-134	137-139	142-144	147-149
Cup G	119-121	124-126	129-131	134-136	139-141	144-146	149-151
Cup H	121-123	126-128	131-133	136-138	141-143	146-148	151-153

Tabelle 3: Maße für Büstenhalter, Miederwaren und Badeanzüge mit Cups mit Sprungwerten von 5 cm [Maße in cm]

Modifiziert nach: Deutsche Fassung EN 13402-3:2004 [37]

Das Größensystem ist in einer Tabelle angegeben.

10 Literaturverzeichnis

- [1] Simon, B.E., Hoffman, S., Kahn, S. Classification and surgical correction of gynecomastia. *Plast Reconstr Surg*, 1973; 51 (1): 48-52
- [2] Baker, J.L. Augmentation mammyplasty. In: *Symposium on Breast Surgery of the Breast*. Owsley, J.Q., Peterson, R.A. (Hrsg.), Saint Louis: Mosby. 1978; 36: 256-263
- [3] Beller, F.K. *Atlas der Mammachirurgie*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag. 1985
- [4] Lalardrie, J.P., Jouglard, J.P. *Chirurgie plastique du sein*. Paris: Masson. 1974
- [5] Regnault, P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg*, 1976; 3 (2): 193-203
- [6] Rees, T.D., Aston, S.J. The tuberous breast. *Clin Plast Surg*, 1976; 3 (2): 339-347
- [7] Grolleau, J.L., Lanfrey, E., Lavigne, B., Chavoin, J.P., Costagliola, M. Breast base anomalies: treatment strategy for tuberous breasts, minor deformities, and asymmetry. *Plast Reconstr Surg*, 1999; 104 (7): 2040-2048
- [8] von Heimburg, D., Exner, K., Kruft, S., Lemperle, G. The tuberous breast deformity: classification and treatment. *Br J Plast Surg*, 1996; 49 (6): 339-345
- [9] Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche gesellschaft für ernährungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, et al. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. 2018. AWMF-Register Nr. 088-001, Version 2.3.
- [10] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Methodenbewertung im Krankenhaus. 2017. Essen: MDS; Arbeitshilfe, abgestimmte Endversion vom 19.12.2017.
- [11] Sozialmedizinische Expertengruppe (SEG 7). Begutachtungsanleitung Außervertragliche "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)" (ohne Fertigarzneimittel). 2008.
- [12] Medizinischer Dienst Bund. Ergänzende Hinweise zur Einzelfall-Begutachtung von Methoden im Krankenhaus unter Berücksichtigung der Neufassung der §§ 39 und 137c SGB V. 2022. Essen: MD Bund, Arbeitshilfe.
- [13] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Plastisch-chirurgische Eingriffe an der Brust und Straffungsoperationen. 2014. Essen: MDS.
- [14] Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur "Prävention und Therapie der Adipositas" - in Überarbeitung. 2014. AWMF-Register Nr. 050/001, Version 2.0.
- [15] Dragu, A., Horch, R.E. Plastische Körperkorrektur im Gesamtkonzept der Adipositastherapie. *Chirurg*, 2014; 85 (1): 37-41

- [16] Ziegler, U.E., Ziegler, S.N., Zeplin, P.H. Plastische Straffungsoperationen nach massivem Gewichtsverlust: Grundlagen. Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date, 2017; 11 (2): 129-143
- [17] Braunstein, G.D. Clinical practice. Gynecomastia. N Engl J Med, 2007; 357 (12): 1229-1237
- [18] Fentiman, I.S., Fourquet, A., Hortobagyi, G.N. Male breast cancer. Lancet, 2006; 367 (9510): 595-604
- [19] Handschin, A.E., Bierry, D., Hüsler, R., Banic, A., Constantinescu, M. Surgical management of gynecomastia--a 10-year analysis. World J Surg, 2008; 32: 38-44
- [20] Vogt, P.M. Praxis der Plastischen Chirurgie. (Hrsg.), Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 2011
- [21] Lazala, C., Saenger, P. Pubertal gynecomastia. J Pediatr Endocrinol Metab, 2002; 15 (5): 553-560
- [22] Kanakis, G.A., Nordkap, L., Bang, A.K., Calogero, A.E., Bártfai, G., et al. EAA clinical practice guidelines-gynecomastia evaluation and management. Andrology, 2019; 7 (6): 778-793
- [23] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz - abgelaufen. 2017. AWMF-Register-Nr.: nvl-007, Langfassung, 2. Auflage, Version 1.
- [24] Greitemann, B., Schmidt, R. S2k-Leitlinie Konservative, operative und rehabilitative Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik - neue Register-Nr.: 187-057. 2021. AWMF-Registernummer: 033-048.
- [25] Scherer, M., Chenot, J.F. DEGAM S1 Handlungsempfehlung Nackenschmerzen - abgelaufen. 2016. AWMF-Register-Nr. 053-007, DEGAM-Leitlinie Nr. 13.
- [26] Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. S2k-Leitlinie. Spezifischer Kreuzschmerz. 2017. AWMF Registernummer: 033-051.
- [27] Saariniemi, K.M., Keranen, U.H., Salminen-Peltola, P.K., Kuokkanen, H.O. Reduction mammoplasty is effective treatment according to two quality of life instruments. A prospective randomised clinical trial. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2008; 61 (12): 1472-1478
- [28] Saariniemi, K.M., Joukamaa, M., Raitasalo, R., Kuokkanen, H.O. Breast reduction alleviates depression and anxiety and restores self-esteem: a prospective randomised clinical trial. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 2009; 43 (6): 320-324
- [29] Iwuagwu, O.C., Walker, L.G., Stanley, P.W., Hart, N.B., Platt, A.J., et al. Randomized clinical trial examining psychosocial and quality of life benefits of bilateral breast reduction surgery. Br J Surg, 2006; 93 (3): 291-294
- [30] Freire, M., Neto, M.S., Garcia, E.B., Quaresma, M.R., Ferreira, L.M. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg, 2007; 119 (4): 1149-1156

- [31] Beraldo, F.N., Veiga, D.F., Veiga-Filho, J., Garcia, E.S., Vilas-Bôas, G.S., et al. Sexual Function and Depression Outcomes Among Breast Hypertrophy Patients Undergoing Reduction Mammoplasty: A Randomized Controlled Trial. *Ann Plast Surg*, 2016; 76 (4): 379-382
- [32] Krebs, S. Ergebnisse nach Mammareduktionsplastik - eine retrospektive Analyse objektiv und subjektiv erhobener Parameter. 2002. Greifswald: Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität; Dissertation.
- [33] Sycha, A.M. Biomechanische Belastungen vor und nach operativer Therapie der Mammahypertrophie. 2013. Marburg: Klinik für Gynäkologie, gynäkologische Endokrinologie und Onkologie des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg; Dissertation.
- [34] Brendle-Behnisch, A.M. Langfristige Kosteneffektivität der Mammareduktionsplastik bei Patientinnen mit Makromastie aus Sicht der Kostenträger und der Gesellschaft. 2020. Erlangen Nürnberg: Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität; Dissertation.
- [35] Schiltenwolf, M. AG 2 Sozialmedizin und Begutachtungsfragen. *Orthopädie und Unfallchirurgie - Mitteilungen und Nachrichten*, 2015; 04 (01): 65-66
- [36] Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Berufsverband der Deutschen Dermatologen. S2k-Leitlinie Therapie pathologischer Narben (hypertrophe Narben und Keloide). 2020. AWMF Registernummer 013 – 030, Version 3.3.
- [37] Deutsches Institut für Normung. Größenbezeichnung von Bekleidung - Teil 3: Maße und Sprungwerte. 2005. Deutsche Fassung EN 13402-3:2004.

Dissertationen in dem Gutachten „Nutzenbewertung einer Mammareduktion bei Makromastie“ des Bereichs Evidenzbasierte Medizin, Medizinischer Dienst Bund, Essen

Brendle-Behnisch, A.M. Langfristige Kosteneffektivität der Mammareduktionsplastik bei Patientinnen mit Makromastie aus Sicht der Kostenträger und der Gesellschaft. 2020. Erlangen Nürnberg: Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität; Dissertation.

Krebs, S. Ergebnisse nach Mammareduktionsplastik - eine retrospektive Analyse objektiv und subjektiv erhobener Parameter. 2002. Greifswald: Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität; Dissertation.

Sycha, A.M. Biomechanische Belastungen vor und nach operativer Therapie der Mammahypertrophie. 2013. Marburg: Klinik für Gynäkologie, gynäkologische Endokrinologie und Onkologie des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg; Dissertation.

Studien, die sich auf die 4 RCT beziehen, in dem Gutachten „Nutzenbewertung einer Mammareduktion bei Makromastie“ des Bereichs Evidenzbasierte Medizin, Medizinischer Dienst Bund, Essen

Iwuagwu, O.C., Stanley, P.W., Platt, A.J., Drew, P.J., Walker, L.G. Effects of bilateral breast reduction on anxiety and depression: results of a prospective randomised trial. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 2006; 40 (1): 19-23

Iwuagwu, O.C., Walker, L.G., Stanley, P.W., Hart, N.B., Platt, A.J., et al. Randomized clinical trial examining psychosocial and quality of life benefits of bilateral breast reduction surgery. Br J Surg, 2006; 93 (3): 291-294

Saariniemi, K.M., Keranen, U.H., Salminen-Peltola, P.K., Kuokkanen, H.O. Reduction mammoplasty is effective treatment according to two quality of life instruments. A prospective randomised clinical trial. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2008; 61 (12): 1472-1478

Saariniemi, K.M., Joukamaa, M., Raitasalo, R., Kuokkanen, H.O. Breast reduction alleviates depression and anxiety and restores self-esteem: a prospective randomised clinical trial. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 2009; 43 (6): 320-324

Freire, M., Neto, M.S., Garcia, E.B., Quaresma, M.R., Ferreira, L.M. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg, 2007; 119 (4): 1149-1156

Sabino Neto, M., Dematte, M.F., Freire, M., Garcia, E.B., Quaresma, M., et al. Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty. Aesthet Surg J, 2008; 28 (4): 417-420

Beraldo, F.N., Veiga, D.F., Veiga-Filho, J., Garcia, E.S., Vilas-Boas, G.S., et al. Sexual Function and Depression Outcomes Among Breast Hypertrophy Patients Undergoing Reduction Mammoplasty: A Randomized Controlled Trial. Ann Plast Surg, 2016; 76 (4): 379-382