

Datum: 13.06.2019
Gericht: Sozialgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 8. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 8 KR 392/18
ECLI: ECLI:DE:SGD:2019:0613.S8KR392.18.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, unter Abänderung des Bescheides vom 29.03.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.02.2018 auch die Kosten für einen Brustimplantatwechsel mit Wiederaufbau ohne Netzeinlage und neuer Anpassung des Weichteilmantels der lin-ken Brust übernehmen. Die außergerichtlichen Kosten der Klägerin werden der Beklagten aufer-legt.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Frage eines Implantataustausches bzw. -einsatzes in der linken Brust im Rahmen einer bewilligten Brustoperation, und insoweit auch über die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V (Genehmigungsfiktion). 2
- Bei der 1943 geborenen Klägerin besteht ein Zustand nach Mammakarzinom rechts (2007) und den daraufhin im Jahr 2008 durchgeführten chirurgischen Maßnahmen einer chirurgischen Rekonstruktion der rechten Brust mit Implantat und einer Augmentation der linken Brust, ebenfalls mit dem Einsatz eines Implantates. Im Jahr 2014 erlitt die Klä-gerin einen Sturz auf die linke Brust. 2017 ergab eine Untersuchung den Austritt von Si-likonöl in der linken Brust (Leakage) und ein geringes Bleeding aufgrund der Liegezeit des dortigen Implantats. 3
- Am 22.02.2017 beantragte die Klägerin per E-Mail bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für einen Implantatwechsel in beiden Brüsten mit Wiederaufbau ohne Netzeinla-ge 4

und neuer Anpassung des Weichteilmantels durch Übersendung des entsprechenden Arztbriefes des B, N E vom 01.02.2017, und die entsprechende Fotodokumentation. Mit Schreiben vom 10.03.2017 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die gesetzliche Fünf-Wochenfrist am 29.03.2017 ende. Es solle ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeholt werden. Mit Schreiben vom 24.03.2017 teilte sie mit, dass das Gutachten des MDK bereits in Auftrag gegeben sei, das Ergebnis jedoch noch ausstehe. Die verbleibende Zeit reiche für die Krankenkasse nicht aus, um nach Erhalt des Gutachtens bis zum Ablauf der bekannten Frist (29.03.2017) eine Entscheidung zu treffen. Die Frist nach § 13 Abs. 3a SGB V verlängere sich damit bis zum 07.04.2017. Der MDK kam zu der Einschätzung, dass die Operation der linken und rechten Brust medizinisch indiziert sei, dagegen nicht der Einsatz eines Implantate in der linken Brust (Gutachten vom 22.03.2017, Eingang bei der Beklagten am 24.03.2017). Die Beklagte erteilte daraufhin den Bescheid vom 29.03.2017, mit dem sie die Prothesenentfernung beiderseits mit Re-Augmentation rechts und angleichender Mastopexie links (Bruststraffung) im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus bewilligte. Für die simultane Augmentation der linken Brust (Brustaufbau mit Implantat) könnten keine Kosten übernommen werden.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin Widerspruch, mit dem sie unter Vorlage entsprechender Bescheinigungen des B geltend machte, dass der Implantat-Aufbau auch für die linke Brust notwendig sei. Die Beklagte hörte wiederholt den Medizinischen Dienst an, der bei der Einschätzung blieb, dass es sich bei einem Implantateinsatz in der linken Brust um die Optimierung des postoperativen Ergebnisses und damit allein des äußeren Erscheinungsbildes handele und nicht um eine zwingende medizinische Wiederherstellung. So sei keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegeben. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 27.02.2018 zurück. Die medizinischen Voraussetzungen für den Implantatwechsel in der linken Brust seien nicht gegeben. Es handele sich auch nicht um eine Entstellung. 5

Die Klägerin hat gegen die Bescheide der Beklagten Klage erhoben, mit der sie die Kostenübernahme auch des Prothesenwechsels der linken Brust geltend macht. Die medizinische Indikation sei gegeben. Bereits 2007/2008 sei die Operation beider Brüste mit einem beiderseitigen Implantateinsatz zu Lasten der GKV durchgeführt worden. Sie legte entsprechende Arztbriefe aus den Jahren 2007 und 2008 vor. Den operativen Eingriff habe sie noch nicht durchführen lassen, solange die Kostenübernahme durch die Beklagte noch nicht feststehe. Unter Berücksichtigung der Leaka-ge und des Bleedings des Silikonöls dränge die Zeit jedoch mittlerweile. 6

Die Klägerin beantragt, 7

die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheides vom 29.03.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.02.2018 auch die Kosten für einen Brustimplantatwechsel mit Wiederaufbau ohne Netzeinlage und neuer Anpassung des Weichteilmantels der linken Brust zu übernehmen. 8

Die Beklagte beantragt, 9

die Klage abzuweisen. 10

Sie hält die angefochtenen Bescheide aus den dort ausgeführten Gründen für rechtmäßig (der MDK sei auch bei erneuter Anhörung während des Klageverfahrens zu keiner abweichenden Einschätzung gekommen). Die Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a SGB 11

V sei nicht eingetreten, da die Be-klagte mit Schreiben vom 24.03.2017 die Entscheidungsfrist bis zum 07.04.2017 verlän-gert und den Antrag zuvor beschieden habe. Zur weiteren Sachdarstellung wird auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze und Unterlagen der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe: 12

Die Klage ist begründet. 13

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind insoweit rechtswidrig, als sie die Kos-tenübernahme für den Implantatwechsel der linken Brust ablehnen. Der Klägerin steht ein Anspruch auch auf den Implantataustausch bzw. -einsatz in der linken Brust zu, da diese beantragte Behandlungsmaßnahme gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) als genehmigt gilt. Die Beklagte hat die Frist gemäß § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V nicht eingehalten. 14

Die von der Klägerin beantragte Versorgung bzw. chirurgische Behandlung der Brust galt wegen Fristablaufs als genehmigt. Denn die leistungsberechtigte Klägerin stellte bei der Beklagten einen hinreichend bestimmten Antrag auf eine Behandlungsmaßnahme, die sie für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leis-tungskatalogs der GKV liegt. Diesen Antrag beschied die Beklagte nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V. 15

a. Die Klägerin hat einen genehmigungsfähigen Antrag gestellt. Sie hatte mit ihrer E-Mail vom 22.02.2017 mit der Vorlage des Arztbriefes des N E vom 01.02.2017 einen fiktionsfähigen Antrag gestellt. Es ist ausreichend, dass der Antrag hin-reichend bestimmt ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R -, juris.de, Rn. 23). 16

b. Die Klägerin durfte die operative Behandlungsmaßnahme für die linke Brust unter Be-rücksichtigung der vorgelegten ärztlichen Unterlagen auch im geltend gemachten Um-fang für erforderlich halten. Die begehrte Versorgung liegt nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV. 17

c. Bei der Fristberechnung wird von der Maßgeblichkeit der Fünf-Wochenfrist gemäß § 13 Abs. 3a S. 1 Alt. 2 SGB V bei Notwendigkeit der Einholung einer gutachtlichen Stel-lungnahme des MDK ausgegangen. Diese Fünf-Wochenfrist war zum Zeitpunkt der Bekanntgabe des Bescheides vom 29.03.2015 abgelaufen. Denn der Bescheid vom 29.03.2015 kann bei postalischer Übermittlung frühestens am 30.03.2017 bei der Klägerin eingetroffen sein. Die Fünf-Wochenfrist ist jedoch exakt am 29.05.2017 abgelaufen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Frage der Einhaltung der gesetzlichen Frist nicht auf das Datum der Erteilung des Bescheides, sondern auf die Bekanntgabe des Bescheides ab-zustellen (BSG, Urteil vom 11.07.2017 – B 1 KR 26/17 R -, juris.de, Rn. 29). 18

Entgegen dem Standpunkt der Beklagten ist die gesetzliche Frist am 29.03.2017 abge-laufen und nicht erst am 07.04.2017. Die Beklagte hat zwar mit Schreiben vom 24.03.2017 der Klägerin eine taggenaue Frist-verlängerung vor Ablauf der Fünf-Wochenfrist mitgeteilt. Nach den gesetzlichen Vorga-ben kommt eine Fristverlängerung jedoch nur bei Vorliegen eines hinreichenden Grun-des in Betracht, vgl. § 13 Abs. 3a S. 5 und 6 SGB V. Vorliegend war ein hinreichender Grund nicht gegeben. Der von der Beklagten mitgeteilte Umstand, dass die nach Erhalt des MDK-Gutachtens der Sachbearbeitung verbleibende Zeit für eine Entscheidung nicht ausreiche, stellt keinen zureichenden Grund dar. Vielmehr handelt es sich um die typische und vorliegend auch unkomplizierte Verwaltungstätigkeit, die der 19

Gesetzgeber für die festgelegte Fünf-Wochenfrist bereits berücksichtigt hat. Vorliegend ist die Einschätzung des am 24.03.2017 eingetroffenen MDK-Gutachtens ohne weitere Maßnahmen oder Veränderungen in Form der Entscheidung vom 29.03.2017 umgesetzt worden.

Im Übrigen ist es auch keineswegs ausgeschlossen, sondern eher naheliegend, dass der Klägerin auch ohne den Eintritt der Genehmigungsfiktion der Anspruch auf die chirurgische Behandlungsmaßnahme im streitgegenständlichen Umfang materiell zusteht. Denn beim chirurgischen Wiederaufbau einer Brust nach einer Krebsoperation ist die Brust insgesamt als ein (paariges) Organ wieder herzustellen, d.h. einschließlich des Erhalts der Symmetrie (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 35/15 R – juris.de, Rn. 17, 18: 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). Ist jedoch die erkrankte Brust oder darüber hinaus - wie vorliegend - auch die zweite Brust mit einem Implantat versorgt worden, um (ggf. mittelfristig) einer asymmetrischen Ptose vorzubeugen (die rechte Brust musste auch nach Ansicht des MDK mit einem Implantat versehen werden), so stellt dies auch ohne die erhöhte Anforderung an eine Entstellung einen Behandlungsgrund und -anspruch dar. Scheinbar ist vorliegend auch bereits im Jahr 2008 eine dementsprechend umfassende Operationsmaßnahme zu Lasten der GKV durchgeführt worden. 20

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass ein Anspruch auf den Wiederaufbau der linken Brust mit Implantat und neuer Anpassung des Weichteilmantels - ohne Netzeinlage - besteht und nicht ohne Netzeinlage und ohne neue Anpassung des Weichteilmantels. 21

Wie die bereits bewilligte Operation ist auch die hier zugesprochene Maßnahme nur in einem zugelassenen Krankenhaus zu Lasten der Beklagten durchzuführen. 22

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). 23