L 1 KR 197/14

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 10 KR 664/13
Datum
14.05.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 197/14
Datum
31.10.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 14. Mai 2014 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch im Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme für einen Brustaufbau nach einer Brustkarzinomoperation mit sogenannten (Eigen)Fettgewebsinjektionen.

Die 1967 geborene und bei der Beklagten versicherte Klägerin erkrankte 2008 an einem Mammakarzinom der linken Brust. Nach Operation, Chemotherapie und Radatio beantragte sie bei der Beklagten am 5. April 2012 eine Brustkorrektur-OP zur Auffüllung eines Defekts mittels Fettgewebsinjektionen unter Beifügung u.a. einer ärztlichen Stellungnahme von Frau C., Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, vom 21. Februar 2012, einer Bescheinigung des Klinikums Darmstadt vom 30. April 2012 und eines Ambulanzberichts der Asklepiosklinik Wiesbaden vom 5. Januar 2012. Nach Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens bei dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) - Dr. D. - vom 9. Mai 2012 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 1. Juni 2012 den Antrag auf eine Brustkorrektur ab, da es sich um eine kosmetische Maßnahme handele. Eine Rechtsmittelbelehrung enthielt der Bescheid der Beklagten nicht.

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 29. Mai 2013 Widerspruch. Zur Begründung wies sie darauf hin, dass sie seit der Brustoperation nach wie vor unter starken Schmerzen leide. Vor der Brustkrebsoperation 2008 sei ihr zugesichert worden, dass auch nach der erfolgten Krebsoperation eine Anpassung der Brust (Brustaufbau) erfolgen könne. Die entstellte und vernarbte Brust belaste sie sehr. Zudem entzünde sich die Brust beim Tragen der Brustprothese immer aufs Neue. Zur Bestätigung ihres Vorbringens legte die Klägerin u.a. erneut Stellungnahmen der Asklepiosklinik Wiesbaden vom 18. Dezember 2012 und vom 13. Februar 2012 vor. Nach der Einholung eines erneuten sozialmedizinischen Gutachtens des MDK vom 28. Juni 2013 - E. - wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 16. September 2013 zurück. Es bestehe keine medizinische Indikation für die beantragte Kostenübernahme einer operativen Narbenkorrektur.

Hiergegen hat die Klägerin am 14. Oktober 2013 Klage bei dem Sozialgericht Darmstadt erhoben und erneut unter Beifügung medizinischer Unterlagen darauf hingewiesen, dass sie aufgrund der nach ihrer Karzinomoperation verbliebenen Narben, Einziehungen und Verhärtungen unter Schmerzen im Bereich der linken Brust leide. Im Weiteren sei die linke Brust deutlich kleiner als die rechte, was bei ihr zu einem Libidoverlust und zu einem starken Leidensdruck führe. Deshalb begehre sie eine Brustkorrektur mit Auffüllung des Defektes. Die Beklagte hat im Rahmen des Klageverfahrens an ihrer Rechtsauffassung, dass eine Brustkorrektur mittels Auffüllung eines Defekts an der linken Brust der Klägerin durch Fettgewebsinjektionen nicht in Betracht komme, festgehalten.

Mit Urteil vom 14. Mai 2014 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Weder die Narbensituation im Bereich der linken Brust der Klägerin noch die Verkleinerung der linken Brust infolge des operativen Eingriffs wegen Brustkrebs stelle sich als Krankheit im Sinne des § 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) dar. Hierbei könne auf das MDK Gutachten von Dr. D. zurückgegriffen werden. Auch wenn die Klägerin den vorhandenen Zustand selbst als "entstellend" empfinde, erfülle dies nicht die vom Bundessozialgericht entwickelten Kriterien eines normabweichenden Befundes im Sinne des Krankheitsbegriffs. Beim Tragen eines entsprechenden Büstenhalters und Tageskleidung sei für einen flüchtigen Beobachter, der an der Klägerin vorbeigehe, eine Entstellung

nicht zu erkennen. Bereits im Rahmen des Ambulanzberichtes vom 5. Januar 2012 habe die Asklepios Klinik Wiesbaden überzeugend festgestellt, dass sowohl die von der Klägerin gewünschte Korrekturoperation als auch die Auffüllung des Defekts mit Fettgewebsinjektionen noch nicht ausgereift sei und nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche.

Gegen das der Klägerin am 5. Juni 2014 zugestellte Urteil hat diese am 16. Juni 2014 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht bei dem Sozialgericht Darmstadt eingelegt. Zur Begründung verweist sie auf ihre Ausführungen im erstinstanzlichen Verfahren und führt ergänzend aus, dass sie lediglich eine Brustkorrektur links in Form von (Eigen)Fettgewebsinjektionen erstrebe.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,
das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 14. Mai 2014 und den Bescheid der Beklagten vom 1. Juni 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. September 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten eines linksseitigen Brustaufbaus mit so genannten (Eigen)Fettgewebsinjektionen zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung im Ergebnis für zutreffend und hat der Klägerin Unterlagen zu den Möglichkeiten von verschiedenen, von der Krankenkasse grundsätzlich zu übernehmenden Brustrekonstruktionen nach Karzinomerkrankungen zur Verfügung gestellt.

Der Senat hat eine Stellungnahme bei der Asklepiosklinik Wiesbaden vom 21. August 2014 eingeholt, einen Erörterungstermin abgehalten und die Beteiligten zu einer Entscheidung nach § 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) angehört.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Gerichtsakte Bezug, die Gegenstand der Entscheidung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Entscheidung konnte durch Beschluss ergehen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Vorgehensweise angehört worden, § 153 Abs. 4 SGG.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Diese hat keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme für einen Brustaufbau nach ihrer Mammakarzinomoperation mit so genannten (Eigen)Fettgewebsinjektionen.

Der Anspruch auf Kostenübernahme setzt voraus, dass die selbst beschaffte und zukünftig zu beschaffende Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistungen zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, Urteil vom 28. Februar 2008, B 1 KR 16/07 R; Urteil vom 16. Dezember 2008, B 1 KR 11/08 R - juris -).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht gegeben.

Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 SGB V haben Versicherte zwar Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wobei die Krankenbehandlung die ärztliche Behandlung umfasst. Der Anspruch eines Versicherten auf eine notwendige Behandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 SGB V unterliegt jedoch den sich aus den §§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen.

Er umfasst nur solche Leistungen, deren Qualität und Wirksamkeit u. a. dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, Urteil vom 16. Dezember 2008, B 1 KR 11/08 R; Urteil vom 7. November 2006, B 1 KR 24/06 R - juris -). Der Brustaufbau mittels so genannten (Eigen)Fettgewebsinjektionen zum Ausgleich von Substanzdefekten nach Operationen wegen Brustkrebs stellt eine "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, da sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist. Eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt nicht vor (https://www.g-ba.de/informationen/beschlüsse/).

Insoweit nimmt der Senat auf die Ausführungen von Dr. B. vom 21. August 2014 aus der Asklepios Klinik Wiesbaden Bezug. Danach ist die Methode noch nicht endgültig standardisiert und die Evidenz der vorliegenden Daten noch gering (vgl. diesbezüglich auch: Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg zu der Rubrik aktuelle Forschung Brustaufbau mit Eigenfett: Danach beruhen die Erfahrungen mit der Eigenfetttransplantation derzeit auf der Beobachtung von nur wenigen Frauen; gesicherte Daten über Langzeiteffekte liegen nicht vor. Ebenfalls ist bisher nicht ausreichend untersucht, ob das injizierte Fett womöglich Krebszellen beeinflusst, die trotz Amputation und Nachbehandlung im Bereich der Brustwand verblieben sind. Fachgesellschaften fordert daher breitere und bessere Studien - http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/brustaufbau.phpinhalt 18).

Die Klägerin kann eine Kostenübernahme für (Eigen)Fettgewebsinjektionen auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer notwendigen Krankenhausbehandlung beanspruchen. Nach den für den Senat nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. B. werden diese Eingriffe aufgrund ihres relativ geringen Aufwandes ambulant durchgeführt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2015-02-23