S 15 KR 927/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht München
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Zum Systemversagen bei einer ambulant durchgeführten bzw. durchzuführenden Mamillenpigmentierung entsprechend dem OPS 5-882.6 (Plastische Rekonstruktion durch Tätowierung)
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KR 927/21
Datum	17.03.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Â

I. Der Bescheid vom 08.02.2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.06.2021 wird aufgehoben.

II. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 1.208,38 â¬ nebst Zinsen hieraus in HÃ¶he von fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit RechtshÃ¤ngigkeit zu zahlen.

III. Die Beklagte trÃ¤gt die auÃergerichtlichen Kosten der KlÃ¤gerin.

T a t b e s t a n d :

Streitig ist die Erstattung der Kosten fÃ¼r eine Mamillenpigmentierung.
Die im Jahre 1969 geborene KlÃ¤gerin ist bei der Beklagten gesetzlich

krankenversichert. Nach einer onkologischen Erkrankung wurde ihr mit Bescheid vom 17.07.2020 die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r eine angleichende Mammareduktionsplastik (Restmastektomie und Brustaufbau) der linken Brust gewÃ¤hrt. Am 03.02.2021 leitete die KlÃ¤gerin der Beklagten ein Ã¤rztliches Attest der behandelnden Chirurgin weiter, wonach eine notwendige Pigmentierung entsprechend der Ziffer 2419 der GebÃ¼hrenordnung der Ãrzte (GOÃ) abgerechnet werden soll, und beantragte bei der Beklagten eine KostenÃ¼bernahme fÃ¼r diese ambulant durchzufÃ¼hrende Mamillenpigmentierung. Die Beklagte teilte der KlÃ¤gerin zunÃ¤chst telefonisch am 08.02.2021 mit, dass es sich bei der Mamillenpigmentierung nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handeln wÃ¼rde. Am gleichen Tag erfolgte auch die schriftliche Ablehnung. Bei der Mamillenpigmentierung wÃ¼rde es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handeln, fÃ¼r die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) keine Empfehlung abgegeben habe. Die KlÃ¤gerin erhob zunÃ¤chst per E-Mail am 03.02.2021, danach schriftlich am 05.03.2021, Widerspruch. Sie verweist auf ein Ã¤rztliches Attest der behandelnden Chirurgin H., wonach bei der Operation (Mammareduktionsplastik im DiepLap-Verfahren) die Brustwarze nicht habe erhalten werden kÃ¶nnen und diese neu habe aufgebaut werden mÃ¼ssen. Hierbei gehÃ¶re die Pigmentierung zur Finalisierung. Die Beklagte erlÃ¤uterte am 24.02.2021, dass die Wiederherstellung der Brustwarze und des Brustwarzenhofes Bestandteil einer Rekonstruktionsoperation sei. FÃ¼r diese Behandlungsoptionen wÃ¼rden entsprechende Abrechnungsziffern vorliegen (zum Beispiel plastische Rekonstruktion durch Hauttransplantation). FÃ¼r die gewÃ¤hlte Therapieform wÃ¼rde aber keine Anerkennung durch einen Beschluss des G-BA vorliegen. Eine medizinische TÃ¤towierung sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.
Mit Widerspruchsbescheid vom 02.06.2021 wurde der Widerspruch zurÃ¼ckgewiesen. Eine alleinige Mamillenpigmentierung sei kein Bestandteil der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es wÃ¼rde sich hierbei um eine Leistung handeln, die im Rahmen einer Rekonstruktionsoperation durchgefÃ¼hrt und im Rahmen dieses Komplexes abgerechnet werden kÃ¶nne.
Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht MÃ¼nchen vom 21.06.2021. Nach der Rekonstruktion der linken Brust in zwei Operationen habe sich die Farbgebung der linken rekonstruierten Mamille deutlich von der rechten gesunden Brustwarze abgehoben. Dies habe das SelbstwertgefÃ¼hl der KlÃ¤gerin erheblich gestÃ¶rt, die sich dadurch minderwertig und als Mensch zweiter Klasse empfunden habe. Die Mamillenpigmentierung hÃ¤tte zu einer vollstÃ¤ndigen Rekonstruktion dazugehÃ¶rt. Dass dies nachtrÃ¤glich zum operativen Haupteingriff erfolgt sei, stehe dem nicht entgegen. Beides mÃ¼sse nicht zwingend notwendig unmittelbar nacheinander gemacht werden. Die Rekonstruktion der Brust sei fÃ¼r sich gesehen ein einzelner Vorgang, der auch die Anpassung der Mamillenpigmentierung beinhalten wÃ¼rde.
Vorgelegt wird eine Abrechnung nach GOÃ vom 20.05.2021, wonach die streitgegenstÃ¤ndliche Behandlung am 22.04.2021 und am 20.05.2021 ambulant durchgefÃ¼hrt wurde und Kosten in HÃ¶he von 1.208,38 â¬ verursachte.

Die KlÃ¤gerin beantragt:
1. Der Bescheid vom 08.02.2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom

02.06.2021 wird aufgehoben.
2. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 1.208,38 â¬ nebst Zinsen hieraus in HÃ¶he von fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit RechtshÃ¤ngigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Entscheidung im Verwaltungsverfahren.
Nach richterlichem Vergleichsbeschluss vom 07.12.2021 wies die Beklagte das Gericht auf den Irrtum im Hinblick auf das Datum der Antragstellung bzgl. des hier streitgegenstÃ¤ndlichen Eingriffs hin. AusfÃ¼hrungen zu einem etwaigen Systemversagen ohne Kenntnis relevanter TatbestÃ¤nde wÃ¼rden sich erÃ¼brigen.
Der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte fÃ¼hrte sodann am 01.02.2022 aus, dass von der KlÃ¤gerin bereits im Jahre 2020 eine visuelle Angleichung der BrÃ¼ste, wozu auch die Mamillenpigmentierung zur Angleichung gehÃ¶ren wÃ¼rde, beantragt worden sei. Der Antrag habe nicht anders verstanden werden kÃ¶nnen, als dass die Mamillen zumindest optisch nachgebildet werden. Die KlÃ¤gerin sei danach auch mit dem von der Beklagten genehmigten Verfahren operiert worden. Die Entscheidung der Beklagten vom 08.02.2021 sei inhaltlich so dÃ¼rftig gewesen, dass sie nicht nachvollziehbar gewesen sei und nicht als abschlieÃend habe angesehen werden kÃ¶nnen. Die Beklagte habe sich insbesondere nicht ausreichend damit auseinandergesetzt, weshalb die Leistung nicht zum Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶ren solle. Stattdessen sei lediglich ein Textbaustein zur BegrÃ¼ndung gewÃ¤hlt worden.
Nach weiterem richterlichen Hinweis vom 24.02.2022 des Gerichts fÃ¼hrte die Beklagte sodann aus, dass kein Systemversagen vorliegen wÃ¼rde, da mit der operativen Brustwarzenrekonstruktion eine anerkannte Leistung zur VerfÃ¼gung gestanden habe. Das Gericht verkenne, dass die Brustwarzenrekonstruktion mit der OPS 5-882.5 nicht nur stationÃ¤r, sondern auch ambulant erbracht werden kÃ¶nne. Dementsprechend wÃ¼rde auch der Grundsatz ambulant vor stationÃ¤r nicht zu einem Systemversagen fÃ¼hren. Bei der durchgefÃ¼hrten Mamillenpigmentierung mÃ¼sse mit einer Nachbearbeitung gerechnet werden, da die Pigmentierung nach ca. fÃ¼nf Jahren aufgefrischt werden mÃ¼sse. Zudem habe das SG Karlsruhe am 21.11.2017 unter dem Aktenzeichen S 6 KR 3899/16 entschieden, dass eine unterschiedlich gefÃ¤rbte Mamille keine entstellende Wirkung habe.
Wegen der weiteren Einzelheiten wird zur ErgÃ¤nzung des Sachverhalts auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakte des hiesigen Verfahrens Bezug genommen.

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e :

Die zulÃ¤ssige Klage ist auch begrÃ¼ndet. Die streitgegenstÃ¤ndlichen Bescheide halten einer rechtlichen ÃberprÃ¼fung nicht stand und beschweren die KlÃ¤gerin im Sinne von Â§ 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).
Die KlÃ¤gerin hat einen Anspruch auf Erstattung der streitgegenstÃ¤ndlichen Kosten nach Â§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) aufgrund

Systemversagens.
Die Kosten fÃ¼r die Beschaffung der Ã¤rztlichen Behandlung sind dadurch entstanden, dass die Beklagte eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.
Wie sich aus Â§ 13 Abs. 1 SGB V ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung; er besteht deshalb nur, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehÃ¶rt, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes (Â§ 2 Abs. 2 SGB V) trÃ¤gt Â§ 13 Abs. 3 SGB V dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen mÃ¼ssen (vgl. Â§ 1 Abs. 1 Satz 1, Â§ 27 Abs. 1 Satz 1, Â§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und infolgedessen fÃ¼r ein Versagen des Beschaffungssystems â□□ sei es im medizinischen Notfall (vgl. Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels â□□ einzustehen haben. Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist (vgl. Bundessozialgericht (BSG) in SozR 3-2500 Â§ 135 Nr. 4 S. 10, 11 m.w.N). Die Bestimmung erfasst hier nur Kosten, die dem Versicherten bei regulÃ¤rer Leistungserbringung nicht entstanden wÃ¤ren. Andere Kosten, etwa die Verpflichtung gegenÃ¼ber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulÃ¤ssigen Leistungserbringer oder Zahlungen, die einem Leistungserbringer ohne Rechtsgrund zugewendet werden, lÃ¶sen keinen Kostenerstattungsanspruch aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulÃ¤ssigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden kÃ¶nnte (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 â□□ Az.: B 1 KR 14/07 m.w.N., nach juris). Voraussetzung fÃ¼r eine Kostenerstattung in beiden FÃ¤llen des Â§ 13 Abs. 3 SGB V ist auch, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begrÃ¼ndenden Umstand (bei Alternative 1: UnvermÃ¶gen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang besteht, ohne den die Bedingung des Â§ 13 Abs. 1 SGB V fÃ¼r eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfÃ¼llt ist.
Dies bedeutet einmal, dass Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die LeistungsgewÃ¤hrung abgelehnt hatte; ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung auÃ□erhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhÃ¤ngig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher HÃ¶he dafÃ¼r Kosten anfallen (vgl. BSG, Urteil vom 15. April 1997 â□□ Az.: 1 BK 31/96 und vom 14. Dezember 2006 â□□ Az.: B 1 KR 8/06, nach juris).
Die KlÃ¤gerin hat vorliegend den Beschaffungsweg eingehalten, da der Antrag mit Bescheid vom 08.02.2021 abgelehnt, die Behandlung selbst erst danach am 22.04.2021 begonnen wurde.
Es besteht auch ein Sachleistungsanspruch gegenÃ¼ber der Beklagten.
Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender

Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehÃ¶rt, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stÃ¤ndige Rechtsprechung des BSG 14.12.2006, B 1 KR 12/06 R, SozR 4-2500 Â§ 31 Nr 8; BSG 27.03.2007, B 1 KR 17/06 R, juris). Die von der KlÃ¤gerin selbstbeschaffte Leistung zÃ¤hlt wegen Systemversagens (vgl. BSG, Urt. v. 07.05.2013 â□□ B 1 KR 44/12 R -, juris Rn. 17 ff. m.w.N., stRspr) dazu, so dass es auf die fehlende positive Empfehlung des G-BA nicht ankommt.
ZunÃ¤chst ist festzustellen, dass es im Bereich der Krankenhausbehandlung mit dem OPS 5-882.6 (Plastische Rekonstruktion durch TÃ¤towierung) â□□ nicht 5-882.5 â□□ eine abrechenbare Leistung gibt, die der hier durchgefÃ¼hrten Leistung Ziffer 2419a GOÃ□ (interdermale Pigmentierung der Brustwarze) im Hinblick auf den gewÃ¼nschten Erfolg â□□ optische Angleichung der beiden Brustwarzen â□□ entspricht. Dieser OPS kÃ¶nne gem. dem Vortrag der KlÃ¤gerin sowohl im Rahmen einer ambulanten oder stationÃ¤ren Operation durchgefÃ¼hrt werden. Dieses Argument ist zum einen rechtlich unzutreffend, da ambulantes Operieren im Krankenhaus nur im Rahmen von Â§ 115b SGB V mÃ¶glich ist und die MamillentÃ¤towierung nicht im AOP-Katalog aufgefÃ¼hrt ist (lediglich der OPS 5-882.5 Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion durch Hauttransplantation ist gelistet). Zum anderen muss es aber der medizinischen EinschÃ¤tzung der Ã□rzte Ã¼berlassen bleiben, welche konkrete Leistung zur optischen Angleichung mit der geringsten gesundheitlichen Belastung fÃ¼r die KlÃ¤gerin durchzufÃ¼hren ist. Sollte es medizinische GrÃ¼nde fÃ¼r die spÃ¤tere EinfÃ¤rbung gegeben haben, so hÃ¤tte die TÃ¤towierung gem. OPS 5-882.6 ohnehin nicht wÃ¤hrend der plastischen Operationen durchgefÃ¼hrt werden dÃ¼rfen. Sollte hingegen eine TÃ¤towierung wÃ¤hrend der durchgefÃ¼hrten Operationen mÃ¶glich gewesen und gleichwohl nicht durchgefÃ¼hrt worden sein, so wÃ¤re die NichtdurchfÃ¼hrung der Beklagten zuzurechnen, da das Krankenhaus fÃ¼r die Beklagte als Sachleistungserbringer tÃ¤tig wurde und mithin ein Fehler des Krankenhauses insoweit der Beklagten zuzurechnen ist. Eines SachverstÃ¤ndigengutachtens bedarf es daher zur KlÃ¤rung der Frage, ob die farbliche Angleichung auch im Rahmen der vorgenommenen plastischen Operationen mÃ¶glich gewesen wÃ¤re, nicht.
Auf eine Entstellungswirkung kommt es im Gegensatz zur Auffassung der Beklagten vorliegend nicht an, da die farbliche Angleichung der beiden Brustwarzen zum Gesamtkomplex der lege artis vorgenommenen Brustrekonstruktion gehÃ¶rt, die die Beklagte der KlÃ¤gerin im Rahmen des Sachleistungsanspruchs der KlÃ¤gerin geschuldet hat und die erst mit DurchfÃ¼hrung der farblichen Angleichung beendet wurde. Es handelt sich nicht um eine bloÃ□e SchÃ¶nheitsoperation, bei der es auf das Merkmal der Entstellung rechtlich ankommt. Vielmehr wurde der KlÃ¤gerin mit Bescheid vom 17.07.2020 die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r den (gesamten) Brustaufbau zugesagt. Dieser ist erst mit einer optischen Angleichung der beiden Mamillen abgeschlossen.
Nach allem war die Leistung der farblichen Anpassung der beiden Mamillen nach der Brustaufbauoperation in einer ambulanten DurchfÃ¼hrung von der Beklagten geschuldet. Die Nichtaufnahme der Mamillenpigmentierung im Einheitlichen BewertungsmaÃ□stab stellt mithin ein Systemversagen dar. Entsprechend wird der Eingriff von vielen Krankenkassen auch genehmigt (vgl. https://mammazentrum-

hamburg.de/medizinische-kosmetik-permanent-pigmentierung-tattoo/: Mit einem Kostenvoranschlag werden die Kosten von den meisten Krankenkassen Ã¼bernommen, da die Pigmentierung eine Komplettierung der operativen Rekonstruktion darstellt und somit medizinisch indiziert ist. â□□ Unterstreichung durch die erkennende Kammer).
Der materielle Gesetzgeber hat den Fall des im medizinischen Einzelfall notwendigen zweischrittigen Behandlungsvorgangs (operativer Brustaufbau mit nachfolgender ambulanter Pigmentierung), der auch ein anerkanntes medizinisches Verfahren zur Rekonstruktion des Brustwarzenvorhofes darstellt (vgl. https://www.klinikumbielefeld.de/Rekonstruktion-der-Brustwarze-und-des-Warzenv-Klinik-fuer-Plastische-Wiederherstellungs-und-Aesthetische-Chirurgie-Handchirurgie.html), mithin schlicht Ã¼bersehen. Medizinische GrÃ¼nde fÃ¼r das Leistungsangebot im stationÃ¤r-operativen Bereich, nicht aber im ambulanten Bereich, sind nicht ersichtlich und wurden von der Beklagten auch nicht vorgebracht. Auch die Sozialgerichtsbarkeit hat die grundsÃ¤tzliche ErstattungsfÃ¤higkeit einer Ã¤rztlich ambulant durchgefÃ¼hrten Mamillenpigmentierung vorausgesetzt und nicht weiter angezweifelt (vgl. BayLSG, Urteil vom 27.02.2020, L 20 KR 306/19, Rn. 68 juris).
Es hÃ¤tte der Beklagten nach allem oblegen, der KlÃ¤gerin auf ihren Antrag hin anstelle der Ablehnung durch den angegriffenen streitgegenstÃ¤ndlichen Bescheid eine vertragsÃ¤rztliche Behandlung anzubieten. Dies ist nicht erfolgt.
Nach allem ist die Klage begrÃ¼ndet. Die Verzinsung folgt aus Â§Â§ 291, 288 BGB in entsprechender Anwendung.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â§ 183, 193 SGG.

Â

Â

Â

Â

Â

Erstellt am: 22.04.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024