

L 16 KR 680/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 1246/15
Datum
07.09.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 680/17
Datum
12.07.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 07.09.2017 geändert. Die Klage wird insgesamt abgewiesen. Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für Liposuktionsbehandlungen an Beinen und Armen zur Behandlung eines Lipödems.

Die 1984 geborene Klägerin ist bei der beklagten Krankenkasse (im Folgenden: Beklagte) gesetzlich krankenversichert.

Sie beantragte am 26.05.2015 die Übernahme der Kosten oder eine Zuzahlung für eine operative Therapie des Lipödems in der CG Lympha-Fachklinik für operative Lymphologie in L. Sie leide sehr unter der Krankheit, den dadurch verursachten Schmerzen, den zu tragenden Kompressionsstrümpfen und zweimal wöchentlich erforderlichen Behandlungen. Sie vermeide es, sich in der Öffentlichkeit zu zeigen. Mit einer schon erfolgten Ablehnung gebe sie sich nicht zufrieden. Die durch die konservativen Therapien entstehenden Kosten seien zu berücksichtigen.

Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 05.06.2015 ab. Den zwischenzeitlichen Eingang eines (Antrags-)Schreibens der genannten Klinik vom 07.07.2015 nebst Kostenvoranschlag für eine ambulante Behandlung berücksichtigend wies sie den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 08.10.2015 zurück. Es bestehe kein Anspruch auf die beantragte Liposuktion, da es sich hierbei um eine neue unkonventionelle Behandlungsmethode ohne die erforderliche Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschuss handele.

Zur Begründung eines neuerlichen, von der Beklagten mit Bescheid vom 27.11.2015 abgelehnten Antrages vom 11.11.2015 legte die Klägerin eine Bescheinigung der Dipl.-Psych. P vom 22.10.2015 vor. Diese führte aus, bei der Klägerin bestehe eine Lipohyperplasia dolorosa, die einen Leidensdruck erzeuge, der zu einer depressiven Episode geführt habe.

Die Klägerin hat am 10.11.2015 Klage beim Sozialgericht Düsseldorf erhoben. Die angestrebte Operation stelle die einzige Therapie zur dauerhaften Beseitigung der dauerhaften Schmerz-Symptomatik dar und sei medizinisch notwendig (gewesen). Nach Klageerhebung hat die Klägerin Liposuktionen mittels drei Eingriffen am 02.12.2015, 19.01.2016 und 22.02.2016 durchführen lassen. Der behandelnde Arzt Dr. D hat dafür einen Betrag in Höhe von jeweils 4.540,89 EUR in Rechnung gestellt. Der Anästhesist Dr. E hat seine Leistungen gegenüber der Klägerin mit einem Gesamtbetrag von 2.340,01 EUR abgerechnet. Insgesamt bezahlte die Klägerin damit 15.962,68 EUR für die ärztlichen Leistungen, zuzüglich 59,27 EUR für Arzneimittel (incl. 15 EUR Zuzahlung).

Die Klägerin hat zu den Umständen der Behandlungen angegeben, sie sei nach dem Aufwachen in einem Zimmer im gegenüberliegenden Krankenhaus untergebracht worden. Dort habe sie bis zum nächsten Tag zur Beobachtung bleiben müssen. Im Krankenhaus sei sie durch Krankenschwestern betreut worden. Zusätzlich habe sie für den Fall von Beschwerden oder einen Quasi-Notfall während der Nacht auch die Telefonnummer von Dr. D bekommen. Bei einer Mitpatientin habe sie erlebt, dass Dr. D dann auf deren Anruf auch gekommen sei. Die nächste planmäßige Untersuchung habe am nächsten Tag mittags stattgefunden.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 05.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.10.2015 zu verurteilen, die für die an Armen und Beinen durchgeführte Liposuktion aufgewandten Kosten in Höhe von 16.007,95 EUR zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide aus den dort ausgeführten Gründen verteidigt. Die Kostenerstattung scheide nach höchstrichterlicher Rechtsprechung aus. Dr. D und Dr. H verfügten darüber hinaus über keine Zulassung am Standort C Straße in L. Das Sozialgericht hat zu zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts Befundberichte der behandelnden Ärzte eingeholt. Wegen der Einzelheiten wird auf die Berichte der praktischen Ärztin und Phlebologin Dr. U vom 05.02.2016, des Arztes für Allgemeinmedizin und Phlebologen Dr. M vom 29.02.2016, des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. T vom 04.07.2016 und den nicht datierten Bericht von Dr. D verwiesen. Weiter hat es den Entlassungsbericht des Ödemzentrums Bad C über eine vom 30.04.-21.05.2013 durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme beigezogen. Sodann hat das Sozialgericht ein Gutachten des Facharztes für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Phlebologie, Lymphologie Dr. I vom 30.05.2017 eingeholt, auf das wegen der Einzelheiten ebenfalls verwiesen wird.

Dr. D hat auf Anforderung des Sozialgerichts den Behandlungsvertrag vom 18.08.2015/18.01.2016 übersandt sowie eine Honorarvereinbarung hinsichtlich der Steigerungssätze der (9-fach) abgerechneten GOÄ-Ziffern 2454 und 2453.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 07.09.2017 zur Erstattung eines Betrages von 7.057,21 EUR für die an den Beinen durchgeführten Liposuktionen verurteilt. Der Klägerin stehe ein entsprechender Kostenerstattungsanspruch zu, da die Beklagte die Liposuktion der Beine zu Unrecht abgelehnt habe und der Klägerin ein Anspruch auf Erstattung der für die Selbstbeschaffung aufgewandten Kosten im Rahmen der GOÄ gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zustehe. Die Klägerin habe unter Berücksichtigung der Ausführungen des Sachverständigen Dr. I einen Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit einer stationären Liposuktionsbehandlung der Beine gehabt. Dessen Ausführungen deckten sich mit Erkenntnissen aus zahlreichen Parallelverfahren. Dem klägerischen Anspruch stehe eine fehlende positive Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht entgegen. Denn Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) getroffen habe, dürften im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative böten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolge, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig sei ([§ 137c Abs. 3 SGB V](#)). Das Gericht sei davon ausgegangen, dass die Maßnahme im Beinbereich stationär durchzuführen war. Insoweit folge es hinsichtlich der Abgrenzung der medizinischen Notwendigkeit einer Liposuktion als ambulante oder stationäre Maßnahme den Kriterien der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Plastisch/Ästhetische Chirurgie zur Liposuktion und orientiere sich an den abgesaugten Fettmengen. Zudem habe Dr. D die Liposuktion - entgegen seiner Bezeichnung - nicht ambulant durchgeführt, sondern die Klägerin über die nächste Nacht zur stationären Nachbeobachtung "behalten". Nach dem Beschluss vom 20.07.2017 habe der Gemeinsame Bundesausschuss auch nach Auswertung der Studienlage von einem Verbot gemäß [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) abgesehen und stattdessen das Bewertungsverfahren ausgesetzt. Danach biete die Liposuktion bei Lipödem auch das erforderliche Behandlungspotenzial gemäß [§ 137c Abs. 3 SGB V](#). Dies entspreche der Beurteilung des gehörten Sachverständigen Dr. I. Ggf. entgegenstehende höhergerichtliche Rechtsprechung sei jedenfalls seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.07.2015 nicht mehr maßgeblich. Dem Erstattungsanspruch stehe nicht entgegen, dass die Behandlungsmaßnahme durch die Behandler in L ohne vertragsärztliche Zulassung privatärztlich durchgeführt worden sei. Denn jedenfalls mit der Leistungsablehnung der Beklagten ohne entsprechenden Hinweis sei die Klägerin nicht mehr an zugelassene Leistungserbringer gebunden gewesen.

Hingegen sei die Ablehnung der Liposuktion der Arme durch die Beklagte wegen der abzusaugenden Fettmenge (weniger als 2000 ml) rechtmäßig. Insoweit habe kein Sachleistungsanspruch der Klägerin bestanden, weil neue unkonventionelle Behandlungsmethoden im ambulanten Bereich ohne die erforderliche Genehmigung des Bundesausschusses nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gehörten. Des Weiteren komme eine Erstattung von Kosten nicht in Betracht, soweit die Abrechnung nicht der Gebührenordnung für Ärzte entspreche. Dies sei vorliegend der Fall, soweit der 9-fache Satz anstelle des 3,5-fachen Satzes für die Geb.-Nr. 2454 und 2453 GOÄ abgerechnet worden sei.

Gegen das der Beklagten am 27.09.2017 zugestellte Urteil des Sozialgerichts richtet sich deren Berufung vom 23.10.2017. Eine Kostenerstattung für eine ambulante Liposuktion scheide nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auch unter Berücksichtigung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.07.2017 aus. Die Liposuktionen seien nicht unter stationären Bedingungen erfolgt, weil nicht die Mittel eines Krankenhauses zum Einsatz gekommen seien. Dafür reiche etwa die Rufbereitschaft des Operators nicht aus. Ohnehin habe Dr. D die Notwendigkeit einer stationären Behandlung verneint.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 07.09.2017 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das sozialgerichtliche Urteil für zutreffend. Die Behandlung sei nach dem Gutachten des gerichtlich gehörten Sachverständigen alternativlos. Es habe eine Krankenhausbehandlung stattgefunden.

Der Senat hat Dr. D schriftlich befragt. Dieser hat unter dem 23.04.2018 mitgeteilt, die Übernachtung habe dazu gedient, dass die Klägerin am nächsten Morgen zur Nachkontrolle wieder in der Klinik (CG Lympha) habe sein können. Insoweit sei wegen der Behandlung von Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet ein Kooperationsvertrag mit dem benachbarten Krankenhaus abgeschlossen worden, der den Patienten auf eigenen Wunsch ohne medizinische Indikation die Möglichkeit eröffne, die Nacht nach dem ambulanten Eingriff als reine Unterbringungs- und Verpflegungsleistung in unmittelbarer Nähe zu seiner Klinik in auf entsprechende Beanspruchung eingerichteten Betten zu verbringen. In Notfällen würde im Krankenhaus eine ärztliche Betreuung stattfinden und parallel der Operateur informiert. Es sei ein ambulanter Eingriff durchgeführt worden. Eine stationäre Behandlung sei bei dem bei der Klägerin zu erwartenden komplikationslosen Verlauf nicht aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt des Verwaltungsvorgangs der Beklagten sowie der Gerichtsakten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte entscheiden, obwohl für die Klägerin niemand zur mündlichen Verhandlung erschienen ist. Sie ist in der Ladung auf die Möglichkeit hingewiesen worden, dass bei Ausbleiben nach Lage der Akte entschieden werden kann, [§§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#). Aus der Anordnung des persönlichen Erscheinens konnte die Klägerin nicht darauf schließen, dass ohne ihr Erscheinen keine Sachentscheidung des Gerichts ergehen würde. Die im Ermessen stehende Anordnung des persönlichen Erscheinens der Klägerin sollte ihr eine kostenfreie Teilnahme an der mündlichen Verhandlung ermöglichen.

Die statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 07.09.2017 ist auch begründet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht zur (teilweisen) Kostenerstattung verurteilt. Der Klägerin stand kein Anspruch auf Erstattung ihr infolge der erfolgten Liposuktionen entstandener Kosten zu. Die Voraussetzungen der allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden Vorschrift des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) liegen nicht vor, so dass die Leistungsablehnung der Beklagten durch den Bescheid vom 05.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.10.2015 nicht zu beanstanden ist.

Die Beklagte hat die Leistung nicht im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) zu Unrecht abgelehnt. Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. zur ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung etwa BSG Urteil vom 11.07.2017 - [B 1 KR 30/16 R](#), Rn. 8, juris).

Die Klägerin hatte weder im Zeitpunkt der Ablehnung noch im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung Anspruch auf die begehrten Liposuktionen als Sachleistung.

Soweit das Sozialgericht von einer stationären Erbringung der begehrten Liposuktionen ausgeht und allein auf den Umstand der Beobachtung der Klägerin jeweils über Nacht abstellt, hat es den Sachverhalt nur unzureichend erfasst und ermittelt. Es verkennt, dass die Operation selbst inklusive der Nachsorge am Folgetag keineswegs unter stationären Bedingungen mit den Mitteln eines Krankenhauses erfolgte. Dies lag bereits auf der Hand angesichts der Durchführungen in den Klinikräumen der D-Klinik und anschließender Begleitung der Klägerin in die Räumlichkeiten eines Krankenhauses, ist von Dr. D auf Nachfrage gegenüber dem Senat auch ebenso verneint worden wie die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung. Soweit das Sozialgericht sich abstrakt auf die einschlägigen Leitlinien berufen hat, verkennt es, dass es konkret-individueller Feststellungen bedurft hätte, die insoweit auch nicht durch den von ihm gehörten Sachverständigen getroffen worden sind. Darüber hinaus vermag der Senat nicht nachzuvollziehen, wie das Sozialgericht angesichts der Befassung mit vergleichbaren Sachverhalten zu seinen Schlussfolgerungen hat gelangen können, wenn die von ihm erwähnten Behandler für den Regelfall stetig die ambulante Durchführbarkeit der Behandlung betonen.

Daher kann der Senat dahinstehen lassen, ob dem Bundessozialgericht insoweit gefolgt werden kann, als es zuletzt ausgeführt hat, der Anspruch Versicherter auf stationäre Krankenhausbehandlung aus [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) unterliege nach Wortlaut, Regelungssystem und Regelungszweck den sich aus dem Qualitätsgebot ergebenden Einschränkungen, wobei eine Absenkung der Qualitätsanforderungen für die stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative sich nicht aus [§ 137c Abs. 3 SGB V](#) (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 64 Buchst. b Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vom 16.07.2015, [BGBl. I 1211](#), 1230, m.W.v. 23.07.2015) ergebe, weil allein Hinweise in den Gesetzesmaterialien nicht genügen, um das Ergebnis aller anderen Auslegungsmethoden zu überspielen (BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 10/17 R](#), Rn. 11, juris).

Ein Anspruch auf die neue Behandlungsmethode der ambulanten ärztlichen Liposuktion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet nach wie vor aus, weil der Gemeinsame Bundesausschuss diese Methode der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat ([§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)) und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem die positive Empfehlung entbehrlich ist. Insoweit sind die Ausführungen des Sozialgerichts bezüglich der an den Armen der Klägerin durchgeführten Liposuktionen nicht zu beanstanden und auch eine Behandlung ihrer Beine zu übertragen (vgl. BSG, Beschluss vom 10.05.2012 - [B 1 KR 78/11 B](#) = SozR 4-2500 § 140f Nr. 1, Rn. 6). Ein Ausnahmefall des Systemversagens liegt ersichtlich nicht vor, nachdem sich der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der Patientenvertretung seit dem 20.03.2014 mit der Liposuktion befasst hat und mit Beschluss vom 20.07.2017 über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung entschieden und das Bewertungsverfahren ausgesetzt hat. Der Senat weist nur ergänzend auf das Gutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des MDK vom 6.10.2011 nebst Gutachtensaktualisierung (15.01.2015; abrufbar unter www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/gutachten-nutzenbewertungen.html dort Gutachten Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen) hin, deren Übereinstimmung im Ergebnis mit der Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses in den "Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem vom 20.07.2017" auch das Bundessozialgericht zu Recht betont (vgl. BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 10/17 R](#), Rn. 27, juris).

Auch die Voraussetzungen einer grundrechtsorientierten Leistungsauslegung im Sinne von [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) liegen nicht vor, weil das Lipödem weder eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche noch eine hiermit wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung ist (BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 10/17 R](#) a.a.O. Rn. 10).

Scheidet eine Kostenerstattung nach alledem mangels Sachleistungsanspruch aus, kann der Senat dahinstehen lassen, ob die Überlegungen des Sozialgerichts zu treffen, wonach der Erstattungsanspruch "nur" auf den 3,5-fachen Satz der angesetzten GOÄ-Ziffern zu mindern ist (vgl. hierzu etwa LSG NRW, Beschluss vom 03.04.2018 - [L 11 KR 480/17](#)). Ebenso lässt der Senat dahinstehen, welche Bedeutung dem Umstand zukommt, dass die Operationen an verschiedenen Extremitäten mit unterschiedlichen Mengen abgesaugten Fetts jeweils mit 4.540,89 EUR und damit ersichtlich pauschal abgerechnet wurden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-11-29