

L 1 KR 10/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 13 KR 413/11
Datum
04.01.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 10/12
Datum
24.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 4. Januar 2012 wird zurückgewiesen.

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

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kostenerstattung für eine Liposuktion (Absaugung von Fettdepotansammlungen) mit 3 Behandlungseinheiten in Höhe von 7.812,24 EUR.

Die 1964 geborene und bei der Beklagten versicherte Klägerin litt an einem Lipödem-Syndrom der Beine und Arme. Unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung von Dr. QQ., Oberarzt der Hautklinik des Klinikums B-Stadt, vom 31. Januar 2011 beantragte die Klägerin am 5. Februar 2011 die Kostenübernahme für die Durchführung einer Liposuktion in Tumescenz-Lokalanästhesie. Dr. QQ. führte insoweit aus, dass die Behandlung in drei Sitzungen (Oberschenkel-Innenseiten, Unterschenkel, Oberarme) ambulant durchgeführt werden könne und sich die Kosten hierfür auf ca. 2.604,00 EUR je Sitzung beliefen. Die Behandlung sei indiziert und wirtschaftlich, da die Kompressionstherapie und Lymphdrainagen nur gegen das Ödem wirkten und langfristig gesehen deutlich kostenintensiver seien. Mit Bescheid vom 9. Februar 2011 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme ab. Die Liposuktion gehöre zu den so genannten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Gemeinsame Bundesausschuss müsse feststellen, ob bei der Liposuktion ein diagnostischer oder therapeutischer Nutzen nachgewiesen werden könne. Eine diesbezügliche Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses liege bisher noch nicht vor. Auf den von der Klägerin am 28. Februar 2011 erhobenen Widerspruch, dem sie ein Widerspruchsattest von Dr. QQ. vom 8. März 2011 beifügte, holte die Beklagte eine sozialmedizinische Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), Dr. WW., vom 13. April 2011 ein und wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2011 zurück.

Am 18. Mai 2011, 2. September 2011 und am 18. November 2011 ließ die Klägerin die Liposuktion ambulant durch Dr. QQ. an Armen und Beinen durchführen.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2011 hat die Klägerin am 29. Juni 2011 Klage zum Sozialgericht Darmstadt erhoben und zur Begründung ausgeführt, dass sie seit der Pubertät unter schmerzhaften und dauerhaften Schwellungen der Beine und Arme gelitten habe, die dadurch deutlich verformt gewesen seien. Durch sportliche Aktivitäten und jahrelange Diäten sei keine Besserung der Beschwerden eingetreten. Es sei nicht zutreffend, dass bei ihr primär ein kosmetisch-ästhetischer Aspekt vorliege. Die Liposuktion sei die einzige Behandlung, die das krankhaft vermehrte Fettgewebe dauerhaft reduziere. Durch die von der Beklagten vorgeschlagenen Therapien sei lediglich eine kurzfristige Wirkung zu erzielen. Bei der Liposuktion handele es sich zudem um eine leitliniengerechte Therapie, die angesichts des Sozialstaatsprinzips und der Wertung des Artikels [2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) dazu führe, dass die Beklagte zur Leistung verpflichtet sei. Die Beklagte hat im Klageverfahren an ihrer Rechtsauffassung, dass eine Kostenübernahme bei der unkonventionellen Methode, bei der der Gemeinsame Bundesausschuss keine Empfehlung ausgesprochen habe, nicht in Betracht komme, festgehalten. Eine lebensbedrohliche Erkrankung liege bei der Klägerin zudem nicht vor. Nach Anhörung der Beteiligten hat das Sozialgericht Darmstadt mit Gerichtsbescheid vom 4. Januar 2012 die Klage abgewiesen. Als nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlene neue Methode sei die ambulante Fettabsaugung bei Lipödem grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der GKV. Es liege zudem kein Seltenheitsfall vor und Anhaltspunkte für ein Systemversagen seien nicht ersichtlich. Auch unter Beachtung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

ergebe sich unter dem Blickwinkel einer grundrechtsorientierten Auslegung wegen einer regelmäßig tödlich verlaufenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung kein Anspruch. Ein Anspruch auf Kostenübernahme scheide im Ergebnis auch deshalb aus, weil die Therapie weder zweckmäßig noch notwendig sei. Bisher seien die konservativen Behandlungsmethoden auch noch nicht ausgeschöpft. So stünden die vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeiten einer Kompressionsbestrumpfung oder eine regelmäßige Lymphdrainage zur Verfügung. Dr. WW. weise im Rahmen ihres Gutachtens vom 13. April 2011 bei der Diagnose eines Lipödems Grad I-II der Klägerin zudem darauf hin, dass bei dieser ein kosmetischer Aspekt im Vordergrund stehe.

Gegen den, den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 9. Januar 2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat diese am 13. Januar 2012 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung weist sie darauf hin, dass das Gutachten von Frau Dr. WW. fehlerhaft sei, weil sie nicht über die entsprechende Fachkompetenz zur Beurteilung des vorliegenden Falles verfüge. Zudem bestünden erhebliche Bedenken bezüglich der Objektivität des erstellten Gutachtens, da gerade kein kosmetischer Aspekt bezüglich der begehrten Liposuktion bestehe, sondern diese die einzig Ziel führende Möglichkeit sei, das Lipödem zu behandeln. Zur Bestätigung ihres Vorbringens hat sie ärztliche Atteste aus der EE.klinik -Fachklinik für ästhetisch-operative Dermatologie und plastische Chirurgie -vom 19. Januar 2010, ihrer Hausärztin Dr. RR. vom 8. April 2011 nebst Rechnungen aus der Hautklinik B-Stadt vom 2. Juli 2011, vom 17. September 2011 und vom 29. November 2011 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 4. Januar 2012 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 9. Februar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2011 zu verurteilen, die Kosten für die ambulante Liposuktion für 3 Behandlungseinheiten durch Dr. QQ. in Höhe von 7.812,24 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat aus einem Parallelverfahren eine Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 23. Mai 2012 beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Berichterstatterin konnte im vorliegenden Fall anstelle des Senats entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, [§ 155 Abs. 3 und Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 9. Februar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 2011 ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die ambulant durchgeführte Liposuktion mit drei Behandlungseinheiten i.H.v. 7.812,24 EUR.

[§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sieht vor, dass in dem Fall, in dem die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten sind, soweit die Leistung notwendig war.

Ein Freistellungsanspruch des Versicherten geht nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht weiter als ein Sachleistungsanspruch. Ein solcher stand der Klägerin jedoch nicht zu.

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](#)). Die Liposuktion stellt eine "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, da sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 11/08 R](#)). Eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt nicht vor.

Der Senat sah vorliegend keine Notwendigkeit zur weiteren Beweiserhebung. Ob eine medizinische Notwendigkeit der Fettabsaugung bei der Klägerin bestand, kann vorliegend offen bleiben. Ausweislich der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie - Lipödeme - (Erstellungsdatum: 6/2009) existiert keine eigentliche kausale Behandlung für das Lipödem. Mittels konservativer Maßnahmen (physikalische Entstauungstherapie) soll durch eine Ödemreduzierung eine Beschwerdeverbesserung/Beseitigung erzielt werden. Eine

Reduktion des krankhaft vermehrten Fettgewebes ist damit aber nicht möglich. Hierzu wird das Verfahren der Liposuktion eingesetzt. Es tritt jedoch auch bei einer (unterstellten) medizinisch notwendigen Behandlung beim Fehlen einer positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die oben dargestellte Einschränkung des Leistungsanspruches ein.

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedarf, liegt bei der Klägerin nicht vor. Für einen Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von diesem Erfordernis erwogen werden könnte, ist nichts vorgetragen und für den Senat auch nichts ersichtlich (vgl. hierzu: Bundessozialgericht, Urteil vom 7. November 2006, [B 1 KR 24/06 R](#)). Bei einem Lipödem der Arme/Beine handelt es sich nicht um eine Krankheit, die nur extrem selten auftritt und die deshalb im nationalen wie im internationalen Rahmen weder systematisch erfasst noch systematisch behandelt werden kann und bei der deshalb eine erweiterte Leistungspflicht der Krankenkassen in Betracht zu ziehen wäre (Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Oktober 2004, [B 1 KR 27/02 R](#); Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KN 3/07 KR R](#)). Ausweislich der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie -Lipödeme -ergeben Umfragen in lymphologischen Fachkliniken bei stationären Patientinnen diesbezüglich bereits einen Anteil von 8 bis 17 %. Anhaltspunkte für ein Systemversagen bestehen nicht (so auch: Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 11/08 R](#)). Ein Systemversagen kann angenommen werden, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde (Bundessozialgericht, Urteil vom 7. November 2006, [B 1 KR 24/06 R](#)). Ein solcher Fall des Systemversagens liegt schon deshalb nicht vor, weil das Verfahren vor dem Bundesausschuss antragsabhängig ist und ein entsprechender Antrag beim Bundesausschuss ausweislich der Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 23. Mai 2012 nicht gestellt worden ist. Der Senat hat keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Antragstellung hintertrieben, verhindert oder in einer den Krankenkassen oder dem Bundesausschuss sonst zurechenbaren Weise unzulässig verzögert sein könnte. Neben den Krankenkassen haben im Weiteren auch die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach [§ 140f Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) das Recht, bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 137c SGB V](#) Anträge für die Einleitung des Verfahrens zu stellen. Nach der Gesetzesbegründung zu [§ 140f SGB V](#) sollen die Patientenorganisationen zu den versorgungsrelevanten Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Antragsrecht erhalten, z. B. auf Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GKV nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) ([Bundestagsdrucksache 15/1525, S. 133](#); Flint und Hohnholz in: Hauck/Noftz, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: Mai 2012, § 135 Rdnr. 55 und § 140f Rdnr. 5; Ihle in: juris-PK-SGB V, 2. Auflage 2012, [§ 135 SGB V](#) Rdnr. 35 ff). Eine Antragspflicht der Beklagten könnte zudem nur dann angenommen werden, sobald nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse eine positive Abschätzung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wahrscheinlich ist und auch im Übrigen eine positive Bewertung der Methode - etwa wegen fehlender Wirtschaftlichkeit - nicht ausgeschlossen ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 12. August 2009, [B 3 KR 10/07 R](#)). Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn Kriterien der evidenzbasierten Medizin erfüllt sind, was vorliegend nicht der Fall ist. Voraussetzung dafür ist der Beleg von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Behandlungsmethode anhand so genannter randomisierter, doppelblind durchgeführter und placebokontrollierter Studien (Bundessozialgericht, Urteil vom 12. August 2009, [B 3 KR 10/07 R](#) unter Bezugnahme auf die Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung i.V.m. §§ 7 ff des 2. Kapitels der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses; Ihle, a.a.O., § 135 Rdnr. 41 ff). Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie - Lipödeme - ist eine Leitlinie der Entwicklungsstufe I, die im Rahmen einer Konsensuskonferenz von Experten 2008 verabschiedet wurde und stellt keine evidenzbasierte Leitlinie dar. Insoweit sah der Senat vorliegend keine Notwendigkeit der weiteren Beweiserhebung.

Anhaltspunkte für eine gebotene grundrechtsorientierte Auslegung sind zudem weder vorgebracht worden noch sonst ersichtlich. Die verfassungskonforme Auslegung setzt

u.a. voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt. Daran fehlt es im vorliegenden Fall.

Die Klägerin kann die Liposuktion auch nicht in Form einer Krankenhausbehandlung beanspruchen. Die medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist vorliegend zu verneinen. Ausweislich der Bescheinigung von Dr. QQ. vom 31. Januar 2011 kann die Behandlung ambulant durchgeführt werden, was auch tatsächlich erfolgte.

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

2013-07-11