

L 4 KR 4163/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 9 KR 4114/09

Datum

19.08.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 4163/11

Datum

12.02.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. August 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für zwei durchgeführte Liposuktionen.

Die 1977 geborene Klägerin ist als Mitarbeiterin in einer Apotheke versicherungspflichtig beschäftigt und wegen dieser Beschäftigung versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Krankenkasse. Mit Schreiben vom 20. Januar 2009 beantragte sie bei der Beklagten unter Vorlage eines Arztbriefs des Oberarztes der Abteilung Plastische Chirurgie des Universitätsklinikums Freiburg Dr. F. vom 15. Oktober 2008 die Kostenübernahme für eine Liposuktion beider Oberschenkel. Bei der Klägerin bestehe eine ausgeprägte Fettverteilungsstörung im Bereich des Gesäßes sowie im Bereich beider Oberschenkel. Vor allem beim Gehen störe das Aufeinanderreiben der Fettwülste an den Oberschenkelinnenseiten. Die Unterschenkel, die Fußrücken und die Zehen seien ausgespart; es bestehe keine Ödematisierung der Fußrücken und Zehen. Eine Dellenbildung oder Eindrückbarkeit des Lipödems bestehe nicht. Mittels Diäten habe sich das Krankheitsbild nicht beeinflussen lassen. Die Durchführung einer Liposuktion im Bereich der Oberschenkelaußenseite werde empfohlen.

Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Stellungnahme bei Dr. P. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern ein. Diese führte am 3. Februar 2009 aus, eine medizinische Indikation für die beantragte Fettabsaugung sei nicht gegeben, da als vertragliche Behandlungsmethoden eine leitliniengerechte Therapie des Lipödems mittels geeigneter Kompressionsteile nach Maß und eventuell initial Lymphdrainagen sowie Ausdauersportarten und Gewichtsabnahme zur Verfügung stünden. Mit Bescheid vom 5. Februar 2009 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme unter Hinweis auf die Stellungnahme des MDK ab.

Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin unter Hinweis auf die bei ihr durchgeführten Knieoperationen und eine Arthrose in beiden Kniegelenken sowie einen weiteren Arztbericht des Dr. F. vom 5. März 2009 Widerspruch ein. Dieser führte aus, bei der Klägerin liege ein ausgeprägtes Lipödemsyndrom beider Ober- und Unterschenkel vor. Das Tragen von Kompressionskleidung habe sich bei der Klägerin als wirkungslos erwiesen. Auch eine Lymphdrainage habe nicht zum Erfolg geführt. Das Abnehmen führe nicht zu einer Gewichtsreduktion an den Ober- und Unterschenkeln. Auch Sportarten könnten hierzu nicht beitragen.

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Dr. H. vom MDK Baden-Württemberg am 31. März 2009 ein weiteres sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage unter Berücksichtigung der vorgelegten Fotodokumentation. Danach leide die Klägerin an einem Lipödem der Beine und einer Fettverteilungsstörung im Gesäß- und Oberschenkelbereich. Eine medizinische Indikation zur beantragten Fettabsaugung sei nicht gegeben. Die Liposuktion sei ein in der kosmetisch/ästhetischen Chirurgie etabliertes Behandlungsverfahren, das hauptsächlich bei Fettverteilungsstörungen im kosmetischen Bereich angewandt werde. Risiken der Therapie seien anaphylaktische Reaktionen auf das Lokalanästhetikum, kardiale Komplikationen durch eine toxische Wirkung des Lokalanästhetikums, das Auftreten von Schwellungen, Blutergüssen, Infektionen und bleibenden Hautveränderungen. Eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses über den therapeutischen Nutzen der Methode liege nicht vor. Bei Beachtung der aktuellen Rechtsprechung könne eine Kostenübernahme für die beantragte Methode aus sozialmedizinischer Sicht nicht empfohlen werden. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stünden Lymphdrainagen, Stauungsgymnastik, Tragen von Kompressionsstrumpfteilen sowie eine lymphologische/phlebologische Mitbehandlung zur Verfügung.

Trotz Kenntnis dieses Gutachtens hielt die Klägerin den Widerspruch aufrecht. Mit Widerspruchsbescheid vom 3. November 2009 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch der Klägerin zurück. Kosten für die von der Klägerin begehrte Liposuktion bei Lipödem dürften grundsätzlich nicht übernommen werden, weil es sich bei dieser Leistung um eine "unkonventionelle Methode" handle, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Empfehlung ausgesprochen habe. Der MDK habe die Liposuktion nicht befürwortet, da die vom Bundessozialgericht - BSG - und vom Bundesverfassungsgericht - BVerfG - (Beschluss vom 6. Dezember 2005 - [1 BvR 347/98](#) -, in juris) vorgegebenen Kriterien für eine Anwendung einer nicht anerkannten Behandlungsmethode nicht vorlägen. Die Klägerin leide nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung und es stünden allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungen (Kompressionstherapie nach Maß, Lymphdrainage, Stauungsgymnastik, lymphologische/phlebologische Mitbehandlung, einige Kilogramm Gewichtsabnahme, Ausdauersportarten wie Schwimmen, Walken, Radfahren und Tanzen) zur Verfügung.

Die Klägerin erhob am 11. Dezember 2009 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG). Allein die Liposuktion ermögliche eine gezielte dauerhafte Reduktion des die Erkrankung bedingenden Gewebes. Andere Therapiemöglichkeiten seien ausgeschöpft oder medizinisch nicht geeignet. Insbesondere habe sie ihre Vollzeitbeschäftigung in der Apotheke, die sie überwiegend im Stehen ausgeübt habe, gesundheitsbedingt aufgeben müssen. Beim Gehen scheuerten die Oberschenkel aneinander. Unterbleibe die Liposuktion, führe dies zu einer immer weiter fortschreitenden Gewichtszunahme mit erheblichen gesundheitlichen Problemen und gegebenenfalls zur Berufsunfähigkeit. Die Kosten der begehrten Liposuktion seien wegen eines Systemversagens von der Beklagten zu übernehmen (Verweis auf das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 26. Februar 2004 - S [30/25 KR 2369/02](#) -, in juris). Therapien zulasten der Beklagten führe sie in Form von kostenintensiven Lymphdrainagen durch (hierzu wurden Rechnungen von 1999 bis 2001 vorgelegt). Als Hilfsmittel habe sie selbstbeschaffte Kompressionsstrümpfe getragen, bis Dr. F. ihr hiervon abgeraten habe. Soweit die sie behandelnden Ärzte Dr. R. und Dr. Bi. unterstellten, die Beschwerden seien rein psychischer Natur, so würden sie das Vorliegen eines Lipödems negieren. Die von beiden empfohlenen Psychopharmaka führten im Übrigen zu einer weiteren Gewichtszunahme. Auch das auf ihre Veranlassung eingeholte Gutachten des Dr. F. vom 15. Juli 2011 stütze ihren Anspruch. Die einzige Behandlungsmethode sei die von ihr begehrte Liposuktion. Dies ergebe sich auch aus den zur Verfügung gestellten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie vom 17. August 2009.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Es liege weder ein Seltenheitsfall noch ein Systemversagen vor (Verweis auf BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -, in juris), so dass ein Anspruch auf die begehrte Maßnahme nicht bestehe. Die Klägerin habe die in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft. So habe sie abgesehen von der durch Dr. Bi. im Juli 2010 verordneten Lymphdrainage lediglich von Juli bis Dezember 2009 manuelle Lymphdrainage in Anspruch genommen. Insbesondere bestätigten Dr. Bi. und Nervenfachärztin Dr. R. das Vorliegen einer psychischen Komponente als Ursache für die Beschwerdesituation der Klägerin.

Das SG hörte den die Klägerin behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin Dr. Bi. sowie den Ärztlichen Direktor der Abteilung Plastische Chirurgie des Universitätsklinikums Freiburg Prof. Dr. St. als sachverständige Zeugen. Dr. Bi. (Auskunft vom 21. September 2010) legte dar, der Klägerin im Mai 2010 wegen bestehender Schlafstörungen Antidepressiva verordnet zu haben. Im Juli 2010 habe die Klägerin über Schmerzen im Bereich der Oberschenkel berichtet. Lymphdrainagen seien im selben Monat verordnet worden. Eine medikamentöse Therapie des Lipödems sei von ihm nicht veranlasst worden, lediglich ein Mal sei in den letzten zwei Jahren eine manuelle Lymphdrainage verordnet worden. Im Behandlungszeitraum habe sich die chronische Schmerzstörung bei der Klägerin verstärkt. Auf Grund der erheblichen psychischen Fixierung seien die vertraglichen Behandlungsalternativen noch nicht ausprobiert bzw. noch nicht konsequent durchgeführt worden. Beigefügt wurde u.a. ein Arztbericht der Nervenärztin Dr. R. vom 5. Juli 2010. Ausweislich dessen hatte die Klägerin bei der klinisch-neurologischen Untersuchung subjektive Beschwerden an der Innen- und Vorderseite beider Oberschenkel, Dysaesthesien und brennende Sensationen bei Berührung angegeben, wobei der übrige neurologische Status unauffällig gewesen sei. Die Klägerin habe von einem Lipödem als Ursache hierfür gesprochen. Dr. R. diagnostizierte das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Prof. Dr. St. führte aus (Auskunft vom 7. Oktober 2010), die Klägerin nie gesehen zu haben. Die am 15. Oktober 2008 stattgehabte Untersuchung sei von Dr. F. vorgenommen worden, der nunmehr an der Universitätsklinik Göttingen tätig sei. Dieser habe ein Lipödemsyndrom mit Fettverteilungsstörung am Gesäß und Oberschenkel beidseits diagnostiziert. Bei einem Körpergewicht von 75 kg und einer Größe von 164 cm (BMI 27,9) habe sich eine deutliche Fettverteilungsstörung mit wenig Fettgewebe am Oberkörper sowie an beiden Unterschenkeln und eine groteske Fettgewebsansammlung im Bereich des Gesäßes, der Hüften sowie an den proximalen Oberschenkelaußen- und -innenseiten gezeigt. Aufgrund der Schilderungen der Klägerin sei mittels Durchführung weiterer konservativer Behandlungsmethoden mit keiner Besserung des Befundes zu rechnen. Einzige effektive Behandlungsmethode sei die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchzuführende Liposuktion.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Dr. F. am 15. Juli 2011 das fachärztliche plastisch-chirurgische Gutachten. Bei der Klägerin bestehe eine kegelförmige Verdickung beider Oberschenkel. An der Oberschenkelvorderseite bestünden druckschmerzhafte Stellen. Des Weiteren zeigten sich lipomartige Verdickungen an der Außenseite des Oberschenkels im Übergang zum Hüftbereich. Eine dickere Wulst in der Leistengegend sei ebenfalls druckschmerzhafte. Ferner lägen Verdickungen des Fettgewebes an den Kniegelenksinnenseiten vor. Die Klägerin sei 164 cm groß und wiege 83 kg. Auch an den Armen liege eine prall-elastische Fettgewebsbildung vor, die druckschmerzhafte sei. Das Gesicht und der Oberkörper seien schlank. Die von der Klägerin glaubhaft geschilderte Schmerzhaftigkeit könne durch eine stationäre Liposuktion (zwei Tage) dauerhaft behoben werden. Eine konservative Therapie mit Lymphdrainage und Kompressionsversorgung sei bei der bei der Klägerin vorhandenen Ausprägung des Lipödems nicht möglich. Eine weitere Fettabsaugung der Oberarme sei ebenfalls medizinisch indiziert und gegebenenfalls eine Oberschenkel- und Oberarmstraffung.

Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. August 2011 ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Operation zur Liposuktion unter dem Gesichtspunkt der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Liposuktion sei eine neue Behandlungsmethode und ambulant als bislang nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlene Methode zur Behandlung von Lipödem grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Ausnahmefall liege nicht vor. Weder ergäben sich Anhaltspunkte für einen Seltenheitsfall noch für ein Systemversagen. Ein Anspruch ergebe sich auch nicht aus einer grundrechtsorientierten Auslegung. Hieran änderten auch die Ausführungen des nach [§ 109 SGG](#) gehörten Sachverständigen nichts, denn dieser sei nicht auf die von den behandelnden Ärzten geschilderte psychosomatisch/psychogene Aufrechterhaltung des bei der Klägerin bestehenden Beschwerdebildes eingegangen, das einen Großteil des Akteninhaltes ausmache. Vielmehr habe er seine gutachterliche Einschätzung, einzige Behandlungsmöglichkeit sei die Liposuktion, lediglich auf die Beschwerdeschilderungen der Klägerin und deren anamnestische Angaben gestützt. Auf die erhebliche Gewichtszunahme seit 2008 gehe der Sachverständige zudem nicht ein.

Gegen den ihren Prozessbevollmächtigten am 24. August 2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 23. September 2011 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die von der Beklagten genannten Therapiemaßnahmen seien keine geeigneten Behandlungsmethoden für ein Lipödem, sondern für ein bei ihr nicht vorhandenes Lymphödem. Ihr Fall sei mit demjenigen des vor dem Hessischen LSG am 5. Februar 2013 ([L 1 KR 391/12](#), in juris) entschiedenen Rechtsstreit vergleichbar, denn auch dort sei die Liposuktion die einzige in Betracht kommende Maßnahme gewesen. Seit der im Dezember 2012 durchgeführten zweiten Operation hätten sich sowohl die Druckschmerzen in den Oberschenkeln als auch ihr Gesamtzustand erheblich verbessert.

Die Klägerin hat am 1. März 2012 und 7. Dezember 2012 im Klinikum F. Liposuktionen an beiden Oberschenkeln durchführen lassen. Dadurch sind ihr nach ihrem Vortrag Kosten i.H.v. insgesamt EUR 4.817,46 entstanden. Hierzu hat sie für die am 1. März 2012 durchgeführte erste Liposuktion einen Behandlungsvertrag vom 13. Februar 2012 vorgelegt, ausweislich dessen § 1 Abs. 1 Satz 3 die voraussichtliche Gesamtvergütung EUR 2.000,00 betragen sollte; ferner hat sie dem Senat eine Rechnung des Sanitätshauses P. vom 9. März 2012 für eine "Lipo-Panty Elegance Coolmax" zum Preis von EUR 281,07 übersandt. Eine entsprechende Rechnung für die am 1. März 2012 und am 7. Dezember 2012 (dortige behauptete Behandlungskosten EUR 2.536,39) ambulant durchgeführten Operationen hat sie trotz Aufforderung des Senats, den Antrag entsprechend zu beziffern, jedoch nicht vorgelegt. Vorgelegt hat die Klägerin den Operationsbericht des Dr. G. vom 7. Dezember 2012 über die er diesem Tag ambulant durchgeführte Absaugung von "Fettgewebe Reithosen bds." bei Diagnose lokalisierte Adipositas Oberschenkel beidseits sowie eine Fotodokumentation.

Die Klägerin beantragt (sachgerecht gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. August 2011 und den Bescheid der Beklagten vom 5. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. November 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der am 1. März 2012 und 7. Dezember 2012 im Klinikum Freiburg durchgeführten ambulanten Liposuktionen in Höhe von insgesamt EUR 4.817,46 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Wegen des Fehlens der Voraussetzungen eines Anspruchs der Klägerin verweist sie auf die Ausführungen des entscheidenden Senats in seinen Urteilen vom 27. April 2012 ([L 4 KR 595/11](#), in juris) und 1. März 2013 ([L 4 KR 3517/11](#), in juris).

Der Senat hat die Beteiligten auf sein Urteil vom 1. März 2013 ([L 4 KR 3517/11](#), a.a.O.) hingewiesen und das Gutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödem vom 6. Oktober 2011 der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7" in das Verfahren eingeführt, welches diese Expertengruppe im Auftrag des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung unter Federführung des Medizinischen Fachbereichs Methodenbewertung des MDK Nordrhein unter Hinzuziehung des Ergebnisses einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erstellt hat. Die dortigen Autoren Dr. David (Facharzt für Chirurgie und Phlebologie) sowie Dr. Weingart (Facharzt für Allgemeinmedizin) gelangen unter Mitwirkung weiterer Ärzte, insbesondere des Dermatologen Dr. Dittberner, nach Auswertung der bislang über die - zur Behandlung von Lipödem durch Liposuktion vorhandenen - Studien zu der Auffassung, dass die grundsätzlichen Anforderungen für die Erbringung einer Liposuktion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß §§ 2 und 12 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht erfüllt seien. In der durchgeführten systematischen Recherche hätten nur zwei kontrollierte Studien (eine zum Krankheitsbild der Lipomatosis dolorosa von Hansson - veröffentlicht 2011 und eine zum sekundären Lymphödem nach Therapie des Mammakarzinoms) identifiziert werden können. Die Ergebnisse dieser Studien seien in keiner Weise geeignet, eine für eine Therapieempfehlung ausreichende Nutzen-Risiko-Bewertung zu bejahen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Liposuktion zur Therapie des Lipödems noch Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion und weitere (randomisierte) Studien erforderlich seien. Die Aussagen zur Liposuktion in den nicht evidenzbasierten Leitlinien seien als Beleg einer etablierten Standardtherapie im Sinne der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ungeeignet und begründeten auch kein Systemversagen, sodass unabhängig vom Leistungssektor nicht von einer generellen Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auszugehen sei. Es fehlten daher Belege für den Patientennutzen aus klinischen Studien.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 SGG einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung der Klägerin, über welche der Senat im Einverständnis der Beteiligten gemäß § 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig. Die Klägerin hat die Berufung form- und fristgerecht eingelegt. Die Berufung ist auch ohne Zulassung statthaft. Der Beschwerdewert des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG von EUR 750,00 ist überschritten, denn für die von der Klägerin ursprünglich als Sachleistung begehrte Liposuktion sind nach Behauptung der Klägerin insgesamt Kosten in Höhe von EUR 4.817,46 angefallen.

II.

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 5. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. November 2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte hat seinerzeit rechtmäßig die Gewährung der Liposuktion als Sachleistung abgelehnt; der Klägerin steht nach Durchführung der ambulanten operativen Maßnahmen am 1. März 2012 und 7. Dezember 2012 im Klinikum Freiburg kein Anspruch auf Erstattung der ihr dadurch (behaupteten) entstandenen Kosten zu.

Als Rechtsgrundlage für die begehrte Kostenerstattung kommt ausschließlich [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 2. Alt. SGB V in Betracht. Danach sind dem Versicherten die für eine von ihm selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Krankenkasse diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, die Leistung notwendig und die Ablehnung für die Entstehung der Kosten ursächlich war. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Weder hat die Beklagte die beantragte Leistung zu Unrecht abgelehnt (vgl. dazu 1.) noch hat die Klägerin nachgewiesen, dass ihr erstattungsfähige Kosten entstanden sind (vgl. dazu 2.)

1. Da der Anspruch auf Kostenerstattung nicht weiter reicht als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch, setzt der Kostenerstattungsanspruch nach der Rechtsprechung des BSG voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, Urteile vom 28. Februar 2008 - [B 1 KR 16/07 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, beide in juris). Daran fehlt es hier. Die zunächst als Sachleistung geltend gemachte Liposuktion konnte die Klägerin nicht als Dienst- oder Sachleistung in Natur beanspruchen.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)) und die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)). Nach [§ 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) umfasst ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Nach [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Krankheit im Sinne des SGB V ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteile vom 19. Oktober 2004 - [B 1 KR 3/03 R](#) -, 28. September 2010 - [B 1 KR 5/10 R](#) - und 11. September 2012 - [B 1 KR 9/12 R](#) -, alle in juris). Krankheitswert im Rechtssinne kommt nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Eine Krankheit liegt nur vor, wenn der Versicherte in den Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt (vgl. BSG, Urteile vom 9. Juni 1998 - [B 1 KR 18/96 R](#) -, 13. Juli 2004 - [B 1 KR 11/04 R](#) - und 28. September 2010 - [B 1 KR 5/10 R](#) -, alle in juris).

Bei der Klägerin besteht eine Krankheit gemäß [§ 27 Abs. 1 SGB V](#). Sie leidet an einem Lipödem der Beine und einer Fettverteilungsstörung im Gesäß- und Oberschenkelbereich. Dies ergibt sich aus dem Gutachten der Dr. P. vom MDK Bayern vom 3. Februar 2009, dem Arztbericht des Dr. F. vom 5. März 2009 sowie dem Gutachten des Dr. H. vom MDK Baden-Württemberg vom 31. März 2009. Das Beschwerdebild stellt nach Auffassung des Senats eine Krankheit gemäß [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) dar, denn der insoweit bei der Klägerin vorliegende körperliche Zustand ist mit Blick auf die geklagten Schmerzen, die eine Beeinträchtigung von Körperfunktionen darstellen, ein regelwidriger Zustand, der - was auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt wird - einer körperlichen Behandlung bedarf.

Die Klägerin hat jedoch keinen Anspruch auf Erstattung der ihr durch die als ambulante Krankenbehandlung durchgeführte Liposuktion entstandenen Kosten.

Der Behandlungsanspruch eines Versicherten bei Vorliegen einer Krankheit unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Beschränkungen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener Einschätzung der Versicherten oder des behandelnden Arztes positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Therapie rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein (zum Ganzen: z.B. BSG, Urteile vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -, 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, alle in juris). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, [§§ 69](#) bis [140h SGB V](#)), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung.

a) Für den ambulanten Bereich ist insoweit das in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt zu beachten. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch nur dann zu den den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -, 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -, 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -, 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, alle in juris). Die entsprechende Richtlinie ist seit 1. April 2006 die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Methoden-Richtlinie), zuvor die Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien). An die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -, a.a.O.). Ohne befürwortende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht. 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 (Ärzte, Zahnärzte usw.) 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 (BSG, Urteile vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -, 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -, 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, a.a.O.).

Der Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) ist vorliegend einschlägig. Eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode in diesem Sinne ist die auf einem theoretisch-wissenschaftlichen Konzept beruhende systematische Vorgehensweise der Untersuchung und Behandlung

einer Krankheit (BSG, Urteile vom 23. Juli 1998 - [B 1 KR 19/96 R](#) - und 28. März 2000 - [B 1 KR 11/98 R](#) -, beide in juris). Neu in diesem Sinne ist eine ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethode dann, wenn sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführt wird und somit nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist (vgl. § 9 Abs. 1 Buchst. a der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses; auch BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 12/06 R](#) -, in juris). Diese Voraussetzungen sind für die Liposuktion gegeben.

aa) Bei der Liposuktion handelt es sich um eine eigenständige Behandlungsmethode. Diese Behandlungsmethode ist auch neu. Denn sie ist im EBM nicht als abrechnungsfähige Leistung erfasst.

bb) Eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschuss für die Liposuktion liegt nicht vor. In der hier maßgeblichen Methoden-Richtlinie in der Fassung vom 17. Januar 2006 ist eine Prüfung und positive Bewertung der Liposuktion nicht enthalten.

cc) Ihren Anspruch auf Kostenerstattung der erfolgten ambulanten Behandlung mit Liposuktion kann die Klägerin auch nicht auf ein Systemversagen stützen. Ein solches liegt nicht vor.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse kann ausnahmsweise bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde ("Systemversagen"). Ein derartiger Systemmangel wird angenommen, wenn das Verfahren vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss von den antragsberechtigten Stellen oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde (vgl. BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -, 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, a.a.O.). Hierfür fehlen jegliche Anhaltspunkte. Beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Anerkennung der Liposuktion als Behandlungsmethode nicht beantragt. Im Übrigen hat auch das BSG in seinem Urteil vom 16. Dezember 2008 ([B 1 KR 11/08 R](#), a.a.O.) und in seinem Beschluss vom 10. Mai 2012 ([B 1 KR 78/11 B](#), in juris) keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines solchen Ausnahmefalles gesehen.

dd) Auch um einen sogenannten Seltenheitsfall, in dem sich eine Krankheit und ihre Behandlung einer systematischen Erforschung entzieht und bei dem eine erweiterte Leistungspflicht der Krankenkassen in Betracht zu ziehen wäre (BSG, Urteil vom 27. März 2007 - [B 1 KR 17/06 R](#) -, a.a.O.) handelt es sich vorliegend nicht. Die bei der Klägerin vorliegenden Krankheiten (Lipödem der Beine und Fettverteilungsstörung im Gesäß- und Oberschenkelbereich) sind keine seltenen Erkrankungen.

ee) Die Klägerin kann auch nicht erfolgreich einwenden, ihr Fall sei mit dem vor dem Hessischen LSG am 5. Februar 2013 ([L 1 KR 391/12](#)) entschiedenen Rechtsstreit vergleichbar. Das Hessische LSG hatte dort die Durchführung einer Liposuktion befürwortet und die dortige Beklagte zur Erbringung einer solchen als Sachleistung verurteilt. Allerdings handelte es sich in diesem Fall um eine stationär durchzuführende Behandlung, nicht hingegen - wie vorliegend - um eine ambulante Maßnahme. Dies beruht darauf, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht voraussetzt. [§ 137c SGB V](#) schließt für die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht aus, solange der Gemeinsame Bundesausschuss kein Negativvotum ausgesprochen hat (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, - [B 1 KR 11/08 R](#) -, m.w.N. in juris). Ein negatives Votum existiert für die Liposuktion als stationäre Behandlungsmethode nicht (vgl. aber dennoch zu den Gründen einer ablehnenden Entscheidung für den Fall einer stationären Liposuktion: Urteile des erkennenden Senats vom 27. April 2012 - [L 4 KR 595/11](#) - a.a.O. und 14. Juni 2013 - [L 4 KR 84/13](#) -, nicht veröffentlicht; ebenso Sächsisches LSG, Urteil vom 16. Januar 2014 - [L 1 KR 229/10](#) -, in juris).

b) Die Klägerin kann sich auch nicht auf [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), eingefügt durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)) mit Wirkung vom 1. Januar 2012, berufen. Diese Vorschrift setzt die Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 6. Dezember 2005 - [1 BvR 347/98](#) -, a.a.O.) und die diese Rechtsprechung konkretisierenden Entscheidungen des BSG (z.B. BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#) -; Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -, alle in juris) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden, die Untersuchungsmethoden einschließen würden, in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung um. Der vom BVerfG entwickelte Anspruch von Versicherten auf ärztliche Behandlung mit nicht allgemein anerkannten Methoden, die durch den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss bisher nicht anerkannt sind, setzt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung voraus (BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#) -; Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -, a.a.O.). Mit dem Kriterium einer Krankheit, die zumindest mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist, ist eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa mit dem Erfordernis einer "schwerwiegenden" Erkrankung für die Eröffnung des so genannten Off-Label-Use formuliert ist (BSG a.a.O.). Gerechtfertigt ist hiernach eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen u.a. nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich ein voraussichtlich tödlicher Krankheitsverlauf innerhalb überschaubaren Zeitraums mit Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird; Ähnliches kann für den nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten. Einen solchen Schweregrad erreicht das Lipödem-Syndrom der Klägerin nicht (so auch BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -, a.a.O.). Insoweit kommt es nicht darauf an, ob konservative Therapien für die Klägerin als allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlungen erfolgsversprechend zur Verfügung gestanden haben und stehen.

2. Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin scheidet daR.er hinaus auch deshalb aus, weil sie trotz Aufforderung des Senats keine Rechnung vorgelegt hat, aus der die erstattungsfähigen Kosten hervorgehen. Die Klägerin hat nicht nachgewiesen, einer rechtswirksamen Vergütungsforderung der die Liposuktion im Klinikum Freiburg durchführenden Ärzte ausgesetzt zu sein.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. hierzu und zum Folgenden: Urteil vom 27. März 2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) -, in juris m.w.N.; siehe auch BSG, Urteil vom 11. September 2012 - [B 1 KR 3/12 R](#) -, in juris) setzt der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) voraus, dass dem behandelnden Arzt gegen den Versicherten, der sich die Leistung selbst verschafft hat, ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch aus der Behandlung erwachsen ist. Geht es - wie hier - um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein

Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten daR.er eine Abrechnung nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erteilt worden ist. Bei der GOÄ handelt es sich um ein für alle Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht. Das ist verfassungsrechtlich unbedenklich, verletzt insbesondere weder die Kompetenzordnung des Grundgesetzes (GG) noch die Berufsfreiheit der Ärzte ([Art. 12 Abs. 1 GG](#); z.B. BVerfG, Kammerbeschluss vom 19. April 1991 - [1 BvR 1301/89](#) -, in juris). Vorbehaltlich eines anders lautenden Bundesgesetzes verpflichtet § 1 Abs. 1 GOÄ alle Ärzte, die Vergütungen für ihre beruflichen Leistungen nach der GOÄ zu berechnen. Die ärztlichen Leistungen sind in einem Gebührenverzeichnis erfasst (vgl. § 4 Abs. 1 GOÄ) und innerhalb des durch § 5 GOÄ festgelegten Gebührenrahmens zu bewerten. Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können nach § 6 Abs. 2 GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der Verordnung entsprechenden Rechnung wird die Vergütung fällig (§ 12 Abs. 1 GOÄ). Vorher trifft den Patienten keine Zahlungsverpflichtung. Nach § 10 Abs. 1 GOÄ können neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen nur die dort unter Nr. 1 bis 4 aufgeführten Positionen berechnet werden. Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

Selbst wenn man den von der Klägerin vorgelegten Behandlungsvertrag vom 13. Februar 2012 als Rechnung werten wollte, enthält er keine im Gebührenverzeichnis aufgeführte Leistung. Er enthält auch keine Position zum Ersatz von Auslagen, sondern benennt lediglich einen umfassenden Pauschalpreis. Es ist aber gerade unzulässig, anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung zu stellen und den Auslagenersatz zu pauschalisieren (vgl. BSG a.a.O.). Auch die Rechnung vom 9. März 2012 beinhaltet keine Position einer ärztlichen Leistung, sondern vielmehr die eines Hilfsmittels. Trotzdem - ohne positive Kenntnis dieser Rechtslage - geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt selbst dann zurückfordern, wenn er sich mit dem Operationsergebnis zufrieden gezeigt hat (vgl. Bundesgerichtshof - BGH -, Urteil vom 23. März 2006 - [III ZR 223/05](#) , in juris).

III.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-02-17