S 12 KR 412/18

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 412/18
Datum
14.02.2019
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 141/19
Datum
16.12.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 11/22 B
Datum
07.06.2023
Kategorie
Gerichtsbescheid

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, die 1977 geborene, bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Klägerin mit einer ambulanten Liposuktionsbehandlung in Form einer lymphologischen Liposkulptur an beiden Armen und Beinen sowie im Nackenbereich zu versorgen bzw. ihr auf entsprechende Selbstbeschaffung die insoweit bereits entstandenen Kosten zu erstatten.

Den entsprechenden Antrag hatte die Klägerin mit Eingang bei der Beklagten am 15. Juni 2018 unter ausführlicher Darlegung ihrer Krankengeschichte, zahlreicher Krankenunterlagen, mehrerer ärztlicher Bescheinigungen und unter anderem eines Kostenvoranschlages der CG Lympha GmbH, Fachklinik für operative Lymphologie, C-Stadt, gestellt, wobei die durch die beantragten Maßnahmen entstehenden Kosten von dort mit 15.900,00 € zuzüglich der Anästhesiekosten beziffert worden waren. Die Klägerin selbst hatte unter anderem auf der Grundlage der von ihr vorgelegten Unterlagen darauf hingewiesen, dass das bei ihr an beiden Armen vom Handgelenk bis zu den Schultern, an beiden Beinen je vom Knöchel beginnend bis zu den Hüften inklusive der Hüften vorliegende Lymphödem im Stadium III vorliege und in Verbindung mit der bei ihr gleichzeitig vorliegenden Multiplen Sklerose (MS) im Nackenbereich ständig weiter wachse sowie im Übrigen auch nur durch die beantragten Maßnahmen gewährleistet sei, dass die von ihr dringend benötigten Injektionen für die Behandlung ihrer MS gesichert würden. Ödempatienten dürften nämlich nicht in Arme und Beine gespritzt werden, da die Lymphbahnen dadurch verletzt würden. Auch die unerträglichen ödembedingten Schmerzen seien schließlich nur noch durch die beantragten Maßnahmen zu lindern.

Mit Bescheid vom 19. Juni 2018 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Die Beklagte führte aus, bei der Liposuktion handele es sich um eine sogenannte neue Behandlungsmethode. Sie gehören nicht zur vertragsärztlichen Versorgung und könne daher auch nicht über die Versichertenkarte abgerechnet werden. Alle Leistungen und Behandlungsmethoden müssten dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dabei werde selbstverständlich auch der medizinische Fortschritt berücksichtigt. Die Qualitätssicherung habe der Gesetzgeber auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übertragen. Dieser beurteile und bewerte die neuen Behandlungsmethoden, indem er sie mit den bereits etablierten Leistungen vergleiche. Kriterien hierfür seien ein diagnostischer bzw. therapeutischer Nutzen, die Notwendigkeit der Maßnahmen und deren Wirtschaftlichkeit. Solange der GBA eine Behandlungsmethode nicht anerkannt habe, sei eine Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht möglich. Ein Grundsatz, der bereits mehrfach vom Bundessozialgericht (BSG) bestätigt worden sei. Eine Anerkennung durch den GBA sei für die Liposuktion noch nicht erfolgt. Allerdings sei mit Beschluss vom 22. Mai 2014 vom GBA ein Beratungsverfahren zur Bewertung der Liposuktion bei Lymphödem eingeleitet worden. In derartigen Fällen sei eine sozialmedizinische Empfehlung nur möglich, wenn vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Beschluss vom 6. Dezember 2015, 1 BvR 347/98 formulierte Voraussetzungen kumulativ vorliegen würden. Es müsse sich insoweit um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder um eine akut drohende schwere, irreversible Behinderung oder Pflegebedürftigkeit handeln. Bezüglich dieser Erkrankung dürfe darüber hinaus eine allgemein anerkannte, dem medizinische Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehen. Weiterhin müsse bezüglich der angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliegen. Da ein Lymphödem grundsätzlich keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung sei, scheide die Anwendung dieses so genannten Nikolaus-Beschlusses des BVerfG hier aus. Seit Januar 2015 existiere im Übrigen ein Grundsatzgutachten des Medizinischen Dienstes der Sozialversicherung (MDS), wonach sich die Liposuktion bei Lipödem/Lymphödem noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung befinde. Zur Reproduktion bei Lymphödem seien nur

Publikationen kleiner Fallserien bekannt, die grundsätzlich nicht geeignet seien, einen patientenrelevanten Vorteil zu belegen. Die definitiven Vorgaben an Qualität und Wirtschaftlichkeit seien nicht erfüllt. Es liege keine positive Empfehlung durch den GBA vor. Zur konservativen Lymphödem-Therapie stehe darüber hinaus die Komplexe Physikalische Entstauungsbehandlung (KPE) zur Verfügung. Dabei werde das Ödem mit manueller Lymphdrainage reduziert. Das Entstauungsergebnis werde danach mit (Kurzzug-) Kompressionsbinden fixiert. Ergänzend erfolge entstauende Bewegungstherapie. Diese Anwendungen erfolgten anfangs meist über 3-4 Wochen täglich und könnten bei Bedarf auch zyklisch wiederholt werden. Sobald sich durch die KPE kein weiterer Entstauungserfolg einstelle, folge die Erhaltungsphase der Behandlung. Am entstauten Bein würden Kompressionsstrümpfe/Kompressionsstrumpfhosen nach Maß (mindestens Klasse II-III) angelegt. Zur Erhaltung seien auch weiterhin regelmäßige manuelle Lymphdrainagen durchzuführen, um die Lymphödemkomponente zu reduzieren. Reichten diese Maßnahmen nicht aus, so könne die Entstauungsbehandlung durch eine Apparative intermittierende Kompressionsbehandlung (AIK) ergänzt - nicht ersetzt - werden.

Gegen den Bescheid vom 19. Juni 2018 legte die Klägerin unter weiterer Darlegung mit Schreiben vom 21. Juni 2018 Widerspruch ein. Ohne die beantragten Maßnahmen drohe ein noch größerer Pflegebedarf bei ihr, da die MS ansonsten immense Ausmaße annehmen werde. Der Beklagten würden eindeutige und aussagekräftige ärztliche Atteste vorliegen, die die dringend notwendige lymphologische Liposkulptur in ihrem Ausnahmefall eindeutig bescheinigten, ohne dass die Beklagte diese in ihre Beurteilung mit einbezogen habe.

Die Beklagten nahm den Widerspruch schließlich zum Anlass, hierzu eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag zu geben, die unter dem 2. August 2018 von Frau Dr. med. H. unter anderem auf der Grundlage der von der Klägerin vorgelegten Unterlagen, eines Selbstauskunftsbogen der Klägerin vom 18. Juli 2018 und einer Fotodokumentation der Klägerin mit ca. 40 Aufnahmen gefertigt worden war. Diagnostisch verwiesen hatte Frau Dr. med. H. an bei der Klägerin vorliegenden Erkrankungen dann zunächst auf ein Lymphödem im Stadium II mit erheblicher Schmerzsymptomatik, eine MS mit motorischen Beeinträchtigungen und Schmerzsymptomatik bei schubförmigem Verlauf seit 2005, eine schmerzhafte Injektionsbehandlung mit Interferon bei Neigung zu Rötungen und entzündlichen Prozessen sowie teilweiser Bildung von Nekrosen im Bereich der Einstichstellen und eine Adipositas Grad II. Weiter ausgeführt wurde, dass es sich bei dem bei der Klägerin offensichtlich seit der Jugend im Bereich der Extremitäten und auch der Hüftregion sowie im Verlauf auch im Nackenbereich bestehenden Lipödem um eine anlagebedingte schmerzhafte Fettgewebevermehrung mit überwiegend symmetrischer Verteilung handele, die erst sekundär mit einer Neigung zu Wassereinlagerungen um das Gewebe und Blutergüssen bei geringen, inadäquaten Traumen einhergehe. Typischerweise seien Hände und Füße ausgespart. Die Ursache der Erkrankung sei nicht vollständig geklärt. Im fortgeschrittenen Stadium könne sich ein Lymphödem ausbilden. Die Schmerzsymptomatik könne sich im Lauf der Zeit progredienter ausbilden und zu Bewegungseinschränkungen führen. Bei der Klägerin hätten die langjährigen Schmerzen zusätzlich zu einem umfassenden Schmerzmittelkonsum geführt, der auch Opioide und Opiate enthalte. Eine Schmerztherapie im Rahmen klinischer Behandlung sei bislang nicht festgehalten. Eine differenzialdiagnostische Abklärung von MS-bezogenen Schmerzen versus Schmerzen durch Lymphödem sei ebenfalls nicht dokumentiert. Auch bestehe eine Adipositas Grad II, die als eigenständiger Risikofaktor zu betrachten sei und das Lymphödem unterhalte und verstärke. Der BMI könne beim Lymphödem irreführend sein, da dieser zwar das Gesamtgewicht, nicht aber eine unproportionale Verteilung des Übergewichtes einzelner Körperpartien berücksichtige. So sei das ermittelte Körpergewicht möglicherweise nicht vollständig bei der Berechnung des BMI zu berücksichtigen und andere Messwerte müssten herangezogen werden. Bei der Klägerin weise der Bauch/Größen-Quotient von 0,7 auf eine mäßige Adipositas (Grad II) hin, die allerdings auch nach BMI berechnet worden sei. Nach der fotografischen Dokumentation handele es sich um ein Lymphödem mit Hautveränderungen im Stadium II, nach Aussagen der Gefäßchirurgischen Praxis, die die Klägerin aufgesucht habe, um ein Stadium I und nach Aussagen der Hausarztpraxis und der Versicherten selbst um ein Stadium III. Das Lymphödem gehe mit einer typischen Schmerz- und Drucksymptomatik der Extremitäten und auch der Nackenregion einher. Grob deformierende Lappenbildungen, wie sie für ein Lymphödem im Stadium III zu beschreiben wären, lägen auf der Basis der umfangreichen fotografischen Dokumentation jedoch in keinem Hautareal vor. Die Schmerzsymptomatik sei aber nicht direkt abhängig vom Stadium der Hautveränderungen, sondern vom Gewebedruck, der durch Flüssigkeitsansammlungen hervorgerufen werde. Bei der Klägerin bestehe nach alledem eine Erkrankung im Sinne des §§ 27 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) mit Funktionsbeeinträchtigungen, insbesondere im Bereich der Extremitäten durch ständiges Druck- und Schmerzgefühl. Diese führten unter anderem zu einem erhöhten Schmerzmittelkonsum. Hinzu kämen die Beeinträchtigungen durch die neurologische Grunderkrankung, die jedoch nur schubweise auftreten würden. Die Behandlung des Lymphödems erfolge mit Bewegungstherapie, Kompressionsbehandlung, manuelle Lymphdrainage und Kompressionsbestrumpfung, komplexe Entstauungstherapieverfahren im Rahmen der Heilmittelverordnungen und gegebenenfalls auch stationäre Rehabilitationsaufenthalte würden nach Leitlinien empfohlen. Bei der Klägerin sei diese intensive Therapie erst seit Februar 2018 eingeleitet worden. Auch eine stationäre Rehabilitation sei sozialmedizinisch befürwortet worden und solle anstehen. Eine Gewichtsreduktion auf einen BMI von ca. 30 werde auch von den Anwendern der Methode in der Regel gewünscht, um den negativen Risikofaktor von Übergewicht und Adipositas auf das Lipödem zu reduzieren. Dieses Behandlungsziel könne auch in einer Rehabilitationseinrichtung weiterverfolgt werden. Die rechtliche Einordnung der Liposuktion sei bekannt. Die Liposuktion bei Lymphödem biete nach Auffassung des GBA das Anfangspotenzial als erforderliche Behandlungsalternative; eine endgültige Entscheidung darüber, ob die Liposuktion künftig ambulant und/oder stationär zulasten der GKV erbracht werden könne, sei aufgrund der derzeit vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse jedoch noch nicht möglich. Eine Studie zur Methodenbewertung sei nach § 137 Abs. 1 SGB V geplant. Die Auswahl der ersten Patienten werde voraussichtlich Mitte des Jahres 2020 erfolgen. Das BSG habe schließlich mit Urteil vom 24. April 2018, B 1 KR 10/17 R ebenfalls entschieden, dass kein Anspruch auf eine Versorgung mit einer stationär durchgeführten Liposuktion bestehe, da diese nicht den Anforderungen des Qualitätsgebotes entspreche. Dies widerspreche auch nicht den Regelungen des § 137c Abs. 3 SGB V. Eine nicht ausreichend erprobte Methode dürfe nicht zulasten der Krankenversicherung erbracht werden. Für den Versicherten bestünden Versorgungsgarantien, die einheitlich und am Qualitätslabel ausgerichtet seien und damit auch die Gleichbehandlung der Versicherten garantierten. Das SGB V kenne keine vergleichbare Versorgungsgarantie für die Krankenbehandlung Versicherter mit Methoden, die lediglich das Potenzial einer Behandlungsalternative böten. Somit schließe die Rechtsprechung des BSG derzeit die Möglichkeit der Kostenübernahme der Liposuktion durch die GKV aus. Dies gelte sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Form der Liposuktion. Im Fall der Klägerin sollten neben der Schmerzreduktion auch die Voraussetzungen für weitere subkutane Injektionen zur Vermeidung eines erneuten Schubes der bekannten MS bewirkt werden. Der Erfolg einer Fortsetzung der MS-Therapie nach Durchführung einer Liposuktion sei nicht vorherzusehen und werde nicht durch entsprechende Untersuchungen belegt. Für Interferon würden dagegen sehr häufig Beschwerden an den Injektionsstellen beschrieben, die sich in Form von Rötungen, Schwellungen, Verfärbungen, Entzündungen, Schmerzen, Überempfindlichkeit und Nekrosen bemerkbar machen würden. Diese stünden offensichtlich in einem signifikanten Zusammenhang mit der verabreichten Dosis. Vor Überlegungen des Einsatzes eines nicht risikofrei operativen Ganzkörpereingriffes müsse bei den heftigen lokalen Reaktionen an den Einstichstellen eine differenzierte Stellungnahme der betreuenden Neurologen zu den Möglichkeiten eines Wechsels des Therapieregimes erfolgen. Es lägen hierauf bezogen kurze Atteste vor, die einen Wechsel des Therapieregimes einerseits wegen der Gefahr erneuter MS-Schübe ablehnten, andererseits sei bei

Lipödem auch keine subkutane Therapie wegen der Gefahr der Verletzung von Lymphgefäßen möglich. Bei der Klägerin sollte insoweit das angestrebte Rehabilitationsverfahren als wichtige ergänzende Maßnahme durchgeführt werden. Es ergäben sich hier verschiedene Behandlungsansätze, unter anderem könne auch eine Neubewertung und gegebenenfalls eine neue Einstellung der Schmerztherapie oder Anpassung von Schmerzmedikamenten erfolgen. Auch sollten die Effekte einer komplexen interdisziplinären Behandlung auf das Erkrankungsbild der Klägerin erprobt und überprüft werden. Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Übernahme der streitigen Kosten zulasten der Krankenkasse lägen nach alledem nicht vor. Auch liege keine lebensbedrohliche Erkrankung vor; dennoch sei die Schmerzsymptomatik, wenn sie allein durch das Lymphödem hervorgerufen werde, erheblich und führe zu deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag und der Lebensqualität. Die Behandlungsmöglichkeiten nach Leitlinie seien von ihr wie vor erörtert worden und würden auch bei der Klägerin seit April 2018 angewendet und sollten durch eine stationäre Rehabilitationsform, welche als zwingend notwendig erachtet werde, ergänzt werden. Ein Effekt der Liposuktion auf die Schmerzsymptomatik mit Druck- und Spannungsgefühl werde abschließend nicht ausgeschlossen. Ob ein positiver Effekt auf verminderte Schmerzen oder eine Reduktion der Lokalreaktion im Zusammenhang der Injektionsbehandlung zu erwarten sei, sei nicht durch Untersuchungen (Studien) belegt. Spezifische medikamentöse Nebenwirkungen durch die Injektionsbehandlung selbst seien angeführt worden. Die alternativ vertraglichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bestünden abschließend in einer komplexen Entstauungstherapie. Unter anderem könne dies noch durch die Anwendung einer mechanisch unterstützten Kompressionsbehandlung mit Bein-/Armmanschetten erweitert werden.

Hierzu angehört, hielt die Klägerin im weiteren Verlauf am von ihr eingelegten Widerspruch fest, was die zwischenzeitlich eingeschalteten Prozessbevollmächtigten der Klägerin dann nochmals im Einzelnen darlegten. Die beantragten Maßnahmen seien im Falle der Klägerin alternativlos.

Mit Widerspruchsbescheid vom 4. Oktober 2018 wies die Beklagte den Widerspruch durch ihre hierfür zuständige Widerspruchstelle als unbegründet zurück.

Die Beklagte führte aus, der Anspruch der Behandlung werde im SGB V geregelt. Er bestehe, wenn sie notwendig sei, entweder um eine Krankheit zu erkennen oder zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur Krankenbehandlung gehörten grundsätzlich die ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie die Versorgung mit Arzneimitteln. Die ärztliche Versorgung werde durch schriftliche Verträge der kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen sichergestellt. Die Verträge beinhalteten eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Im Rahmen dieser Verträge könnten die Versicherten die ärztliche Behandlung als so genannte Sachleistung unter Vorlage der Gesundheitskarte in Anspruch nehmen. Sie dürften unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärzten frei wählen. Andere Ärzte dürften nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Notfälle setzten die sofortige ärztliche Hilfeleistung in Fällen voraus, in denen die Behandlung nicht ohne Gefahr für Leib und Leben des Patienten verzögert werden könne. Hierzu zählten z.B. die Fälle der so genannten "Ersten Hilfe". Bei einem solchen Notfall dürfe der Arzt jedoch nicht dem Versicherten die Kostenrechnung stellen. Vielmehr seien die Kosten dieser Notfallbehandlung allein von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, in der der Arzt Mitglied sei, zu tragen. Ein derartiger Notfall sei hier nicht gegeben. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei die freie Wahl unter den Vertragsärzten von herausragender Bedeutung. Dem Versicherten stehe es frei, einen der Vertragsärzte im Krankheitsfall aufzusuchen. Die Wahl des Versicherten sei aber auf die Inanspruchnahme der am Vertrag beteiligten Ärzte beschränkt. Andernfalls, so die höchstrichterliche Rechtsprechung, sei die Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Systems der GKV beeinträchtigt. Nicht am Vertrag beteiligte bzw. nicht ermächtigte Ärzte seien nicht an die gesetzlichen und vertraglichen Regeln zur Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten gebunden. Sie könnten daher auch Leistungen erbringen, die unzweckmäßig seien und über das erforderliche Maß weit hinausgingen. Der Gesetzgeber räume den Versicherten anstelle des Leistungsbezuges unter engen Voraussetzungen aber auch die Möglichkeit ein, die Kostenerstattung für privat in Anspruch genommene Leistungen bei der Krankenkasse zu wählen. Voraussetzung dafür sei, dass sie vor Inanspruchnahme der Leistung von ihrem Wahlrecht auch Gebrauch machten. Dies sei vorliegend allerdings nicht geschehen. Die Kosten einer ärztlichen Leistung könnten dem Versicherten aber auch dann erstattet werden, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschaffe. Unaufschiebbar sei eine Leistung, wenn eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse aufgrund der akuten Gefahr für Leib und Leben (Notfallbehandlung) vom Versicherten nicht verlangt werden könne. Eine Leistung sei zu Unrecht abgelehnt, wenn die Krankenkasse dieser Sachleistung - unter Vorlage der Gesundheitskarte - schulde. Grundlage der Leistungen nach dem SGB V seien auch insoweit die schon erwähnten Verträge. Danach seien Vertragsleistungen die im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Leistungen. Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, die dort nicht aufgenommen seien, stellten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sogenannte "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dar. Solchen neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkasse nur erbracht werden, wenn der GBA eine Empfehlung über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben habe. Der GBA sei das oberste Beschlussorgan der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Seine Richtlinien seien rechtlich verbindlich. Sie bestimmten im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung den Umfang und die Modalitäten der Krankenbehandlung sowohl für die behandelnden Ärzte als auch für die Versicherten. Insoweit sei bereits höchstrichterlich entschieden, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst dann zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden dürften, wenn der GBA sie als zweckmäßig anerkannt habe, was die Beklagte unter Verweis auf die ihrer Auffassung nach insoweit einschlägige Rechtsprechung des BSG weiter erläuterte. Die Liposuktion werde derzeit überprüft, nach dem Beschluss des GBA vom 22. Mai 2014 sei das Beratungsverfahren eingeleitet worden. Der Untersuchungsausschuss "Methoden Bewertung" sei mit der Durchführung der Bewertung der Liposuktion bei Lipödem sowohl im Rahmen der ambulanten als auch der stationären Versorgung beauftragt worden. Nach Auswertung der vorgelegten Ergebnisse habe der GBA dann am 20. Juli 2017 beschlossen, das Bewertungsverfahren bis zum 30. September 2022 auszusetzen und eine Erprobungsstudie zur Liposuktion bei Lymphödem durchzuführen. Eine abschließende Entscheidung des GBA liege daher noch nicht vor. Insoweit befinde sich die Liposuktion - wie aufgezeigt - weiterhin im Stadium der Überprüfung. Der GBA urteile nicht selbst über den medizinischen Nutzen einer bestimmten Methode. Seine Aufgabe sei es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen. Danach stelle er fest, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise bestehe. Eine Empfehlung, wie das BSG sie fordere, sei insoweit bisher nicht ausgesprochen worden. Die Liposuktion stelle danach weiterhin ein nicht anerkanntes Behandlungsverfahren dar. Eine Übernahme von Kosten hierfür scheide unter den vorgenannten rechtlichen Gesichtspunkten aus. Dies auch und auf der Grundlage der o.a. Stellungnahme des MDK, was die Beklagte ebenfalls weiter erläuterte. Im Übrigen sei der Klägerin durch die Beklagte am 19. Juli 2018 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme genehmigt worden. Weiterhin handele es sich, wie ausgeführt, bei den Richtlinien des GBA um

gesetzliche Rechtsnormen. Sie legten verbindlich fest, welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Bestandteil des vertragsärztlichen Systems seien. Die Beklagte könne nicht frei entscheiden, ob sie den Empfehlungen des GBA folge oder eine abweichende Einzelfallentscheidung treffen wolle. Daher helfe dem Versicherten, der sich eine vom GBA bislang nicht empfohlene Behandlung/Untersuchung verschaffen wolle bzw. verschaffe, auch das Argument nicht weiter, die Methode sei gleichwohl zweckmäßig und im konkreten Einzelfall die bessere oder bzw. einzige Behandlungs-/ Untersuchungsmethode. Im Übrigen sei ebenfalls bereits höchstrichterlich entschieden, dass in der GKV mangels Empfehlung durch den GBA kein Anspruch auf Kostenübernahme einer Liposuktionsbehandlung bestehe. Diese aus dem Jahr 2008 stammende Rechtsprechung des BSG sei auch im Hinblick auf den o.a. Beschluss des GBA, das Bewertungsverfahren auszusetzen und eine Erprobungsstudie zur Liposuktion bei Lymphödem durchzuführen, weiterhin maßgebend. Von der Klägerin in Bezug genommene sozialgerichtliche Rechtsprechung widerspreche der höchstrichterlichen Rechtsprechung und könne einen Leistungsanspruch nicht begründen. Da auch der dargestellte Notfall bei unmittelbarer Gefahr für Leib oder Leben nicht vorliege, bestehe insgesamt kein Leistungsanspruch. Hinzu komme, dass die o.a. Fachklinik CG Lympha GmbH, C-Stadt bzw. die in dieser tätigen Ärzte nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen seien. Da die vertragsärztliche Versorgung durch eine ausreichende Anzahl an Vertragsärzten sichergestellt sei, könne die Klägern auch tatsächlich unter mehreren Vertragsärzten frei wählen. Die Kosten von nicht zugelassenen bzw. nicht ermächtigten Ärzten dürften danach nicht übernommen werden.

Die Klägerin hat am 12. Oktober 2018 durch ihre Prozessbevollmächtigten fristwahrend ohne Antragstellung Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, wobei Antragstellung und Begründung der gleichzeitig beantragten Akteneinsicht vorbehalten geblieben sind, die den Prozessbevollmächtigten der Klägerin noch im November 2018 gewährt worden ist. Anschließend haben die Prozessbevollmächtigten der Klägerin im weiteren Verlauf für diese ebenfalls noch im November 2018 an dem von der Klägerin geltend gemachten Anspruch unter Verweis auf das vorgerichtliche Vorbringen der Klägerin festgehalten. Dies im weiteren Verlauf auch im Nachgang zu der von der Beklagten in Bezug genommenen o.a. aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG, da hier von einer besonderen, individuellen Fallgestaltung auszugehen sei, die so bislang noch nicht Gegenstand höchstrichterlicher Rechtsprechung gewesen sei. Die begehrte Liposuktion sei nicht einem kosmetischen Anspruch oder der Beseitigung "nur" schmerzhafter Leiden der Klägerin geschuldet, sondern sie sei die einzige alternative Methode bei Vorliegen mehrerer gravierender Gesundheitsstörungen, teilweise mit potenziell lebensbedrohlichem Charakter.

Nachdem die Beklagte an ihrer ablehnenden Haltung festgehalten hat, sind die Beteiligten mit Schreiben des Kammervorsitzenden vom 23. Januar 2019, jeweils zugestellt am 31. Januar 2019, darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt sei, den Rechtstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid im Beschlussbesetzung ohne ehrenamtliche Richter zu entscheiden, wobei den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von 2 Wochen nach Zustellung des vorgenannten Schreibens gegeben worden ist.

Bei alledem überschnitten hat sich die Zustellung des vorgenannten gerichtlichen Schreibens schließlich mit weiterem Vortrag der Klägerin, dass sie die von ihr am 7. November 2018 begonnene o.a. Rehabilitationsmaßnahme bereits am 12. November 2018 aufgrund eines akut aufgetretenen schweren MS-Schubes im Einvernehmen mit der Rehabilitationseinrichtung bereits wieder habe abbrechen müssen, wobei die Klägerin den MS-Schub ihrerseits auf die konservative Behandlung des Lipödems durch das Bandagieren von Armen und Beinen zurückgeführt hat. Sie verweist auf die Entlassungsanzeige der Rehaklinik vom 12. November 2018 und einen Rehabilitationsentlassungsbericht vom 15. November 2018, indem jedoch auch auf Diskrepanzen bei der Bewertung zwischen Klägerin und Arzt verwiesen wird. Insoweit habe die Klägerin eine hohe Erwartungshaltung hinsichtlich der Art und Intensität der in der Rehabilitationseinrichtung wegen des Lip-/Lymphödems durchzuführenden Maßnahmen gehabt, die sich von der medizinischen Einschätzung des Krankheitsbildes durch die Klinik und den insoweit erforderlichen Maßnahmen deutlich unterschieden habe. Diese Therapiewünsche seien von der Klägerin dem behandelnden Ärzteteam zuletzt vehement vorgetragen, aber aus medizinischen Gründen nicht erfüllt worden. Da dann am selben Tage die Symptomatik des Schubes der MS aufgetreten sei, sei die Rehabilitationsmaßnahme unverzüglich abgebrochen worden, um die Klägerin in Göttingen neurologisch behandeln zu lassen. Diesbezüglich verweist die Klägerin auf einen - teilweise unvollständigen - Bericht der M.-Universität D-Stadt vom 21. November 2018, wo sich die Klägerin im Anschluss an die Entlassung aus der Rehabilitation vom 13. November 2018 bis zum 21. November 2018 in vollstationär Krankenhausbehandlung befunden hat, ohne dass dieser Bericht dann jedoch einen Zusammenhang des MS-Schubes mit den o.a. konservativen Maßnahmen in der Rehaeinrichtung herstellt. Weiter verweist die Klägerin darauf, dass sie wegen der insoweit eingetretenen Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation einen Teil der streitgegenständlichen Liposuktion, nämlich der im Nacken, dann bereits Mitte Januar 2019 in einer chirurgischen Praxis an ihrem Wohnort habe ärztlich ambulant durchführen lassen.

Mit weiterem Schreiben des Kammervorsitzenden vom 31. Januar 2019 sind die Beteiligten hierauf darauf hingewiesen worden, dass auch im Nachgang zu den weiteren klägerischen Ausführungen der vorgenannte Hinweis vom 23. Januar 2019 aufrechterhalten bleibe. Die Beklagte hatte sodann mit einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid ausdrücklich einverstanden erklärt. Die Klägerin hat unter Vorlage weiterer Unterlagen nochmals persönlich Stellung bezogen.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

den Bescheid vom 19. Juni 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. Oktober 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die beantragte ambulante Korrektur der bei ihr vorliegenden Fettgewebevermehrung mittels Liposuktion an beiden Armen vom Handgelenk bis zu den Schultern, an beiden Beinen vom Knöchel bis einschließlich der Hüften und im Bereich des Nackens Oberschenkeln zu gewähren und ihr, soweit die Leistungen zwischenzeitlich zumindest teilweise bereits selbstbeschafft sind, auf entsprechende Rechnungsvorlage die hierdurch entstandenen Kosten zu erstatten bzw. sie von diesen Kosten freizustellen.

hilfsweise,

den Bescheid vom 19. Juni 2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. Oktober 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin, soweit die mit den angefochtenen Bescheiden abgelehnten Leistungen zwischenzeitlich zumindest hinsichtlich der Liposuktion des Nackens bereits selbstbeschafft sind, auf entsprechende Rechnungsvorlage die hierdurch entstandenen Kosten zu erstatten bzw. sie von diesen Kosten freizustellen und die Beklagte darüber hinausgehend zu verpflichten, der Klägerin die weitergehend beantragte ambulante Korrektur der bei ihr vorliegenden Fettgewebevermehrung mittels Liposuktion an beiden Armen vom Handgelenk bis zu den Schultern, an beiden Beinen vom Knöchel bis einschließlich der Hüften im Rahmen einer Teilnahme an dem Erprobungsverfahren nach der am 10. April 2018 in Kraft getretenen Richtlinie des GBA zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lip-/Lymphödems (Erprobungsrichtlinie Liposuktion) zu ermöglichen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält an den angefochtenen Bescheiden fest, wobei sich die Beklagten durch die von ihr in Bezug genommene sozialgerichtliche Rechtsprechung bestätigt sieht.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, deren wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe

Der Rechtsstreit konnte ohne mündliche Verhandlung gemäß § 105 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Gerichtsbescheid im Beschlussbesetzung - ohne ehrenamtliche Richter - entschieden werden, nachdem die Beteiligten zuvor entsprechend angehört worden sind, ihnen eine angemessene Frist zur Stellungnahme eingeräumt worden ist, die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt darüber hinaus, so wie dies für die Entscheidung auf der Grundlage des Vorbringens der Klägerin in der vorliegenden Fallgestaltung allein rechtlich relevant ist, geklärt ist. Der Gerichtsbescheid wirkt insoweit als Urteil (§ 105 Abs. 3 1. Halbsatz SGG).

Die Klage ist im Hauptantrag zulässig. Sie ist insbesondere form- und fristgerecht vor dem zuständigen Gericht erhoben worden (§§ 87, 90 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Im Hilfsantrag ist die Klage jedoch unzulässig. Selbst wenn das BSG (Urteil vom 24. April 2018, B 1 KR 13/16 R) einen entsprechenden Anspruch auf eine insoweit ermessensfehlerfreie Entscheidung durch die Beklagte nahelegen, wenn nicht gar suggerieren könnte, bleibt dabei nach weiterer Prüfung vorliegend zu beachten, dass im Zeitpunkt der angefochtenen Bescheide die Möglichkeit einer Leistungserbringung ggf. auch im Rahmen einer Erprobungsregelung nach § 137e SGB V im vorliegenden Fall mangels einer entsprechenden Regelung durch den GBA hierzu noch gar nicht eröffnet war, für die Beklagte also auch noch bzw. erst gar kein Anlass für eine entsprechende Entscheidung durch die Beklagte bestand und eine Verwaltungsentscheidung hierzu also auch erst gar nicht vorliegt. Insoweit würde es sich auch um eine gänzlich andere Form der Leistungserbringung mit von einem originären gesetzlichen Anspruch sich unterscheidende Leistung handeln, nachdem sowohl der Leistungsinhalt als auch die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Erprobung mit dem Sozialgericht Oldenburg laut einer entsprechenden Pressemitteilung des Gerichts vom 21. Dezember 2018 völlig ungeklärt sind und im Übrigen dann nach der entsprechenden Erprobungs-Richtlinie des GBA Voraussetzungen unterfällt, zu denen eine überprüfbare Entscheidung der Beklagten naturgemäß bis heute nicht vorliegt und nach dem Inhalt der Richtlinie bis heute auch nicht vorliegen kann. Im Übrigen stünde selbst bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen mit dem BSG (wie vor) eine entsprechende Entscheidung im Ermessen der Beklagten, so dass mit dem Sozialgericht Oldenburg (wie vor) mit dem BSG allein Anspruch auf eine ermessensfehlerfreie Vornahme der Auswahlentscheidung bestünde, diese Ermessensentscheidung das Gericht dann aber nicht erstmals anstelle der Krankenkasse vornehmen dürfte (www.sozialgericht-oldenburg.niedersachsen.de). Insoweit wäre damit zumindest in der vorliegenden Fallgestaltung selbst eine Aufhebung der angefochtenen Bescheide unter gleichzeitiger Verurteilung der Beklagten zur Neubescheidung nicht möglich. Ob dabei etwas anderes gelten würde, wenn die Erprobungsrichtline des GBA im Zeitpunkt der angefochtenen Bescheide bereits in Kraft getreten gewesen wäre, bleibt unbeachtlich. All dies umso mehr, als Ermessenentscheidungen dann auch und immer vorverfahrenspflichtig sind, was zumindest hier nicht nur einer Verurteilung zur Neubescheidung entgegenstünde, sondern, nachdem es bereits an einer entsprechenden Ausgangsentscheidung fehlt, auch einer Aussetzung des Rechtsstreites bis zur Nachholung eines solchen Vorverfahrens.

Die Klage ist im Übrigen weder im Haupt- noch, selbst eine Zulässigkeit des Hilfsantrages unterstellt, im Hilfsantrag begründet.

Die angefochtenen Bescheide sind zunächst selbst in der Sache sachlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch aus den Gründen der angefochtenen Bescheide und ihrem weiteren Vorbringen im Klageverfahren heraus zu Recht abgelehnt.

Zur Begründung der Klageabweisung im Hauptantrag verweist die Kammer dabei zunächst auf die Rechtsprechung des Hessischen Landessozialgerichts, die der der Kammer entspricht, wobei das Hessische Landessozialgericht im Ergebnis mit Geltung sowohl für die ambulante als auch die stationäre Liposuktion mit Beschluss vom 9. Juli 2015 in der Sache L 8 KR 212/14 hierzu u.a. ausführt:

"Der geltend gemachte Anspruch scheitert aber daran, dass die vorliegend streitige Behandlung (Liposuktion im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung) dem Qualitäts- und Wissenschaftsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V nicht entspricht.

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Das Tatbestandsmerkmal des anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse knüpft an den Maßstab der evidenzbasierten Medizin an. Aus dem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung werden solche Leistungen ausgeschlossen, die nicht ausreichend erprobt sind. Denn es ist nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, die medizinische Forschung zu finanzieren. Eine neue Behandlungsmethode gehört deshalb erst dann zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn ihre Erprobung abgeschlossen ist und über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen möglich sind. Erforderlich ist daher, dass der Erfolg der Behandlungsmethode objektivierbar, also in einer ausreichenden Anzahl von Behandlungsfällen belegt ist (Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 16. Januar 2014, Az. L 1 KR 229/10, Rdnr. 47, m.w.N., zit. nach Juris).

Für die Durchführung einer neuen Behandlungsmethode im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung zu Lasten der GKV bedarf es allerdings – anders als im Bereich der ambulanten Krankenbehandlung - keiner ausdrücklichen positiven Beurteilung durch den GBA. Im

stationären Bereich gilt vielmehr gem. § 137c Abs. 2 Satz 2 Satz 2, 1. Halbsatz SGB V der sogenannte Verbotsvorbehalt. Danach dürfen neue (d.h. im Leistungskatalog der GKV nicht enthaltene) stationäre Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange zu Lasten der GKV erbracht werden, bis der GBA diese negativ bewertet und dies in einer Richtlinie regelt. Auch wenn damit die Beziehung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse geregelt wird, entspricht der Zahlungsanspruch des Krankenhauses dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung gegenüber der Krankenkasse (Bundessozialgericht, Urteil vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R, Rdnr. 11, zit. nach Juris).

Allein das Fehlen einer negativen Beurteilung des GBA für die stationäre Behandlung eines Versicherten mit Liposuktion führt jedoch noch nicht zu einem Anspruch der Klägerin auf die begehrte stationäre Krankenhausbehandlung. Auch im stationären Bereich gilt, dass die begehrte Behandlung den Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der § 2 Abs. 1, § 12 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 SGB V entsprechen muss. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entspricht den Qualitätskriterien des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V eine Behandlung, wenn die "große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler)" die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens über die Zweckmäßigkeit der Therapie besteht. Dies setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein. Als Basis für die Herausbildung eines Konsenses können alle international zugänglichen einschlägigen Studien dienen; in ihrer Gesamtheit kennzeichnen diese den Stand der medizinischen Erkenntnisse (Bundessozialgericht, Urteil vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R).

Alle Behandlungsformen, auch die, die in den Krankenhäusern durchgeführt werden, unterliegen diesen festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Dies entspricht auch dem aus den Gesetzesmaterialien abzuleitenden Gesetzeszweck. Durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 sollte die Qualität der medizinischen Versorgung durch ein umfassendes System der Qualitätssicherung und die Bewertung von Kosten und Wirtschaftlichkeit medizinischer Technologien verbessert werden. Der GBA wurde beauftragt, für die stationäre Leistungserbringung im Krankenhaus etablierte und neue medizinische Behandlungsmethoden zu überprüfen, ob sie - ähnlich wie in der vertragsärztlichen Versorgung - erforderlich sind für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten (BT-Drs. 14/1245, S. 57). Zudem soll die Qualität der medizinischen Versorgung gesichert und vermieden werden, dass medizinisch fragwürdige Leistungen zu Lasten der GKV erbracht werden (BT-Drs. 14/1245, S. 90). Die mit der Einführung des § 137c SGB V verfolgte Zielsetzung entspricht somit der des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 2 Abs. 1, § 12 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 SGB V. Die Anwendung der §§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 und 28 Abs. 1 SGB V entspricht auch nach Inkrafttreten des § 137c SGB V der in den Gesetzesmaterialien dokumentierten Zielsetzung der Norm. Ihnen ist nicht zu entnehmen, dass durch die Einführung des § 137c SGB V für den Bereich der Krankenhausbehandlung jegliche bis dorthin bereits vorhandenen Qualitätsanforderungen und die diesbezügliche Prüfungspflicht entfallen sollten (dazu: Bundessozialgericht, Urteil vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R, Rdnr. 20, zit. nach Juris).

Die unterschiedliche Gestaltung von § 135 Abs. 1 SGB V als "Verbot mit Erlaubnisvorbehalt" für die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf der einen Seite und von § 137c Abs. 1 SGB V als "Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" für die stationäre Versorgung im Krankenhaus auf der anderen Seite sowie Wortlaut und Regelungszweck von § 137c Abs. 1 SGB V gebieten es nicht, unterschiedliche Maßstäbe zur Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit einer Behandlungsmethode im ambulanten oder stationären Versorgungsbereich anzuwenden. Denn die Methodenbewertung einer Behandlung ist prinzipiell bereichsübergreifend angelegt (Bundessozialgericht, Urteil vom 6. Mai 2009, Az. B 6 A 1/08 R, Rdnr. 58, zit. nach Juris).

Der Senat schließt sich dieser Rechtsprechung an. Soweit der 1. Senat des erkennenden Gerichts in seiner Entscheidung vom 5. Februar 2013 (Az. L 1 KR 391/12) in Bezug auf eine Liposuktion im Rahmen stationärer Behandlung die Auffassung vertreten hat, im Rahmen der stationären Behandlung müssten die Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht erreicht werden und insoweit genüge ein abgesenkter Maßstab, kann dies angesichts der klarstellenden Äußerungen des Bundessozialgerichts in der zeitlich nachfolgenden Entscheidung vom 21. März 2013 (Az. B 3 KR 2/12 R) nicht mehr aufrechterhalten bleiben.

Nach Überzeugung des Senats sind zur Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion zurzeit keine dem Wissenschaftlichkeitsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V entsprechenden zuverlässigen, wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen möglich. Es fehlen bislang wissenschaftlich einwandfrei durchgeführte Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der streitigen Behandlungsmethode (so auch Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 16. Januar 2014, Az. L 1 KR 229/10, Rdnr. 47, zit. nach Juris). Dies ist dem Gutachten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenversicherung e.V. – SEG 7 – mit dem Titel "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" vom 6. Oktober 2011 zu entnehmen. Ausweislich des Gutachtens, das eine umfassende Auswertung der über den Einsatz von Liposuktion als Methode zur Behandlung von Lipödemen veröffentlichten Studien vornimmt, gab es im Mai 2011 nur zwei kontrollierte Studien, deren Aussagewert nicht ausreicht, um einen langfristigen Nutzen der Liposuktion zu belegen. Alle übrigen im Mai 2011 zugänglichen Veröffentlichungen wiesen einen noch geringeren Aussagewert auf. Daraus folgt, dass die Methode der Liposuktion zur Therapie des Lipödems zu diesem Zeitpunkt noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion war und weitere randomisierte Studien erforderlich waren, um sie als eine den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechende Behandlungsmethode qualifizieren zu können. Daran hat sich nichts geändert. Dem Zwischenbericht der Expertengruppe vom 15. April 2014 ist zu entnehmen, dass keine weiteren kontrollierten Studien identifiziert werden konnten. Zur einzigen relevanten Folgepublikation führt der Bericht aus:

"Schwerpunkt der aktuellen Publikation [Hasson 2012b) ist die Messung der Lebensqualität mit validierten Messinstrumenten, wie dem PGWB-(Psyholigical Gerneral Wee-Being Indes)(Fragebogen zur Erfassung der psychologischen Komponente der Lebensqualität) und des Nottingham Health Profile (NHP). Das NHP wurde Ende der 70er Jahre in Großbritannien entwickelt und ist seitdem als Instrument zur Patientenselbstbeurteilung der subjektiven Gesundheit im englischen Sprachraum genutzt.

Auch in der aktuellen Publikation der Studie wurden die Ergebnisse der Vorpublikation bestätigt, es zeigte sich nur nach 3 Monaten eine diskrete Verbesserung der Lebensqualität. Diese Differenz konnte beim PGWP bereits nach 1 Jahr nicht mehr nachgewiesen werden, während nach 3 Jahren sich auch beim NHP kein signifikanter Unterschied mehr zeigte."

Dem kann die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie "Lipödeme der Beine" (Version vom 25. Juni 2009, zurzeit in Überarbeitung) nicht entgegengehalten werden. Es handelt sich insoweit um eine Leitlinie "S1". Eine solche "S1-Leitlinie" ist kein Beleg für Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Behandlungsmethode im Sinne der Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Auf einer Evidenz-Recherche beruhen Leitlinien der Stufe "S2k" oder "S3" (http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/ Leitlinien/Werkzeuge/ll-

glossar.pdf "Klassifizierung von Leitlinien").

Es bestehen keine Bedenken, die Ergebnisse der Recherche der SEG 7 der Entscheidung zugrunde zu legen. Die Ärzte des MDK sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen (§ 275 Abs. 5 SGB V). Gutachten des MDK können somit auch im gerichtlichen Verfahren verwertet werden (Bundessozialgericht, Beschluss vom 23. Dezember 2004, Az. B 1 KR 84/04 B, veröffentl. in Juris).

Anhaltspunkte für einen Anspruch der Klägerin nach den Grundsätzen eines Systemversagens sieht der Senat nicht. Ein Systemversagen liegt nur vor, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethode durch den GBA darauf zurückzuführen ist, dass das erforderliche Verfahren beim GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit oder Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 26. September 2006, Az. B 1 KR 3/06 R, Rdnr. 24, zit. nach Juris; Bundessozialgericht, von Urteil vom 7. November 2006, Az. B 1 KR 24/06 R, Rdnr. 18, zit. nach Juris). Auf Antrag der Patientenvertreter hat der GBA mit Beschluss vom 22. Mai 2014 beschlossen, ein Bewertungsverfahren nach §§ 135 Abs. 1 und 137c SGB V zur Liposuktion bei Lipödem einzuleiten und den Unterausschuss "Methodenbewertung" mit der Durchführung der Bewertung beauftragt. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die antragsberechtigten Stellen aus willkürlichen oder sachfremden Erwägungen nicht früher einen Antrag im Hinblick auf die Behandlung von Lipödem mittels Liposuktion gestellt haben (Bundessozialgericht, Beschluss vom 10. Mai 2012, Az. B 1 KR 78/11 B, Rdnr. 6, zit. nach Juris). Zwar mag die Liposuktion von Ärzten großflächig angeboten werden und auch in der bereits genannten Leitlinie erwähnt worden sein. Gleichwohl erlauben die bisherigen Studien keine verlässliche Nutzen-Risiko-Abwägung. Auf der Grundlage der Recherche der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes, "Gutachten Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" mit Stand vom 6. Oktober 2011 ist davon auszugehen, dass die Liposuktion zur Therapie des Lipödems und des Lymphödems noch Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion ist und weitere (randomisierte) Studien erforderlich sind.

Die Klägerin kann den geltend gemachten Anspruch auch nicht auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss vom 6. Dezember 2005, Az.: 1 BvR 347/98), die mittlerweile durch § 1a SGB V gesetzlich ausgeformt worden ist, stützen. Diese erfordert eine notstandsähnliche Situation im Sinne eines zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarfs. Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt."

Alledem hat sich die Kammer dann auch bereits mit Urteil vom 22. Februar 2017, S 12 KR 20/16, unter Verweis auf ihre bereits damalige Rechtsprechung im Ergebnis angeschlossen, ohne dass dies wiederum im Ergebnis durch die für den stationären Bereich geltende Neuregelung in § 137c Abs. 3 SGB V eine streitentscheidende Änderung erfahren hätte.
Insoweit wird im Urteil der Kammer vom 22. Februar 2017 weiter ausgeführt:

"Nach § 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Abs. 1 getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Dies gilt nach Satz 2 sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Abs. 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung – wie vorliegend – nach Abs. 1 noch nicht abgeschlossen ist.

Insoweit schließt sich die Kammer dem von der Beklagten zitierten Urteil des Landessozialgerichts Niedersachen-Bremen vom 30. August 2016 an und nimmt die o.a. Ausführungen der Beklagten dabei nach § 136 Abs. 3 SGG in Bezug. Wenn das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hierzu weiter ausführt, bereits daran Zweifel zu haben, ob die stationäre Liposuktion, die nach den medizinischen Unterlagen keine kausale Therapie, sondern wegen verbleibenden krankhaften Fettzellen auch nur eine symptombezogene Behandlung darstelle, ähnlich den etablierten physikalischen Entstauungstherapien, die Voraussetzungen des Potentialbegriffs erfüllt und diese Bedenken auch nicht durch den Umstand ausgeräumt werden könnten, dass die Liposuktion als Behandlungsmethode für das Lipödem als Therapievorschlag Eingang in die o.a. S1-Leitlinie zum Lipödem gefunden habe, sich aus einer S1-Leitlinie dann jedoch keine konsensfähigen medizinischen Erkenntnisse ableiten lassen würden, diese als Empfehlung auf der untersten Stufe in der Kodifikation der Leitlinien schwerlich einen hinreichend aussagekräftigen Beleg für Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Behandlungsmethode biete, bleibt dem mit den vorstehenden Ausführungen zumindest und insoweit auch aus Sicht der Kammer nichts hinzuzufügen.

Ein Potential im Sinne von § 137c Abs. 3 SGB V vermag die Kammer jedenfalls allein hieraus nicht abzuleiten.

Ergänzend sei insoweit auf den Beschluss des Sächsisches Landessozialgerichts vom 6. Februar 2017, L 1 KR 242/16 B ER hingewiesen, in dem nach juris folgendes ausgeführt wird:

"Das Potential ist ein Rechtsbegriff, der bereits in § 137c Abs. 1 SGB V in der bis 22. Juli 2015 geltenden Fassung enthalten war und an den der Gesetzgeber, um einheitliche Bewertungsmaßstäbe im Bereich des § 137c Abs. 1 und 3 SGB V sicherzustellen, ersichtlich anknüpfen wollte (vgl. Ihle in jurisPK, SGB V, 3. Aufl., § 137c Rn. 44). Was Potential bedeutet, ergibt sich daher vor allem aus den Konkretisierungen gemäß Kapitel 2 § 14 Abs. 3 und 4 Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die in der Gesetzesbegründung zu § 137c Abs. 3 SGB V aufgegriffen sind (BT-Drs. 18/4095, S. 122). Potential hat eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode mithin, wenn Erkenntnisse in Form aussagefähiger wissenschaftlicher Unterlagen vorliegen, dass die beispielhaft in § 14 Abs. 3 VO-GBA aufgeführten Vorteile der Methode bei bestimmten Patientengruppen erreicht werden können (vgl. auch zum sog. "doppelten Potential" Deister, NZS 2016, 328 [333]; ob Potential nur für "schwerer erkrankte" Patientengruppen "mit besonderem Versorgungsbedarf" in Betracht zu ziehen ist, kann an dieser Stelle dahinstehen, so z.B. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 30. August 2016 – L 16/1 KR 303/15 – juris Rn. 33). Die Beurteilung des Potentials setzt zumindest eine fachliche Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Erkenntnislage voraus. Ermittlungen hierzu sind im gerichtlichen Eilverfahren nicht durchführbar. Insbesondere ist zweifelhaft, ob schon aus dem Vorliegen der S1-Leitlinie Lipödem (AWMF Registernummer 037-012) in der korrigierten Fassung vom 21. Januar 2016, die die Liposuktion als Therapieoption in bestimmten Fällen benennt, auf eine hinreichende wissenschaftliche Erkenntnislage im vorstehenden Sinne geschlossen werden kann (so wohl LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22. März 2016 – L 4 KR 438/13 – juris Rn. 30 f.). Zumindest im Grundsatz bestimmen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften den Umfang der Leistungsansprüche der Versicherten der GKV nicht (zum Qualitätsgebot Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 30. Juni 2009 – B 1 KR 5/09 R – juris Rn. 47). Vorläufig kann allenfalls festgestellt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Einleitung des Verfahrens zur Bewertung der Liposuktion bei Lipödem (u.a.) gemäß § 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V am 22. Mai 2014 beschlossen und gleichwohl keine Erprobungsrichtlinie nach § 137c Abs. 1 Satz 3, § 137e SGB V erlassen hat,

obwohl er hierzu verpflichtet wäre, wenn ein Potential im Rechtssinne vorläge."

Auch insoweit reichen also letztlich Erkenntnisse aus einer S1-Leitlinie, wie bisher allein vorliegend, für ein im o.a. Sinne erforderliches Potential jedenfalls nicht aus."

In dieser Rechtsprechung sieht sich die Kammer schließlich durch die vom MDK und von der Beklagten im Widerspruchsbescheid in Bezug genommenen Urteile des BSG vom 24. April 2018, B 1 KR 13/16 R und B 1 KR 10/17 R, bestätigt. Nach Wortlaut und Regelungssystem ändert insoweit auch mit dem BSG die Norm des § 137c Abs. 3 Sätze1 und 2 SGB V nichts an den Anforderungen des Anspruchs Versicherter auf Krankenhausbehandlung. Insoweit dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der GBA bisher keine Entscheidung nach Abs. 1 getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zwar angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Abs. 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach Abs. 1 noch nicht abgeschlossen. Die Regelung trifft mit dem BSG dann aber bereits nach ihrem Wortlaut ("dürfen ... angewendet werden") – anders als zB jene des § 2 Abs. 1a SGB V (Versicherte "können ... beanspruchen") - keine Aussage zu Leistungsansprüchen der Versicherten; sie setzt diese vielmehr voraus. Sie können sich mit dem BSG etwa aus Ansprüchen Versicherter auf Krankenhausbehandlung bei grundrechtsorientierter Leistungsauslegung ergeben.

Insoweit bleibt es dabei, dass sowohl stationäre als auch - wie hier - ambulante sog. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V (ambulante Versorgung) nur von der Leistungspflicht der GKV umfasst sind, wenn der GBA 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 iVm § 135 Abs. 1 SGB V wird nämlich nach der ständigen Rechtsprechung nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer sog Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen. Durch diese Richtlinien wird mit der Beklagten auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistung verbindlich festgelegt. Die ambulante Liposuktion ist und bleibt insoweit vorerst eine solche sog. Neue Behandlungsmethode, weil sie nicht als abrechenbare Leistung im EBM enthalten ist. Die Methode der Liposuktion zur Therapie des Lipödems ist derzeit noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion und es sind weitere randomisierte Studien erforderlich, um sie zu einer den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden Behandlungsmethode qualifizieren zu können (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17. April 2018, L 11 KR 2695/16). Entsprechend hat mit der Beklagten der GBA die laufenden Methodenbewertungsverfahren hinsichtlich der Liposuktion sowohl im Bereich der Krankenhausbehandlung als auch der vertragsärztlichen Versorgung mit den o.a. Beschlüssen im Hinblick auf eine Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V wegen bislang noch nicht ausreichender Studienlage. Eine positive Empfehlung des GBA liegt damit nicht vor, weshalb ein Anspruch auf diese Leistung nicht besteht und es mit dem Landessozialgericht Baden-Württemberg (wie vor) unerheblich bleiben muss, worauf die Erkrankung im Einzelfall zurückzuführen ist und ohne dass hier trotz der von der Klägerin aufgezeigten besonderen Umstände mit dem MDK die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung nach § 2 Abs. 1a SGB V vorliegen würden.

D.h., auch mit dem BSG (wie vor) hat die Klägerin unter Berücksichtigung all dieser Maßstäbe weder einen Anspruch auf Versorgung mit einer ambulanten oder unter stationären Bedingungen durchzuführenden Liposuktion bei Lipödem. Die begehrten Maßnahmen entsprechen derzeit nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots. Die Anforderungen des Qualitätsgebots werden mit dem BSG gewahrt, wenn die "große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler)" die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Dies setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der Methode - die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu würdigen ist - zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein, ohne dass dies mit den o.a. Ausführungen der Kammer derzeit der Fall ist. Ein zumindest nach diesen allein geltenden Maßstäben hinreichender Nutzenbeleg für die Liposuktion bei Lipödem ist insoweit auch nach Überprüfung der Kammer nicht vorhanden.

An diesen rechtlichen und insbesondere auch medizinisch-wissenschaftlichen Maßstäben ändern auch jüngste, konkret im Hinblick auf die Liposuktion öffentlichkeitswirksam vorgetragene, politische, im Ergebnis die Selbstverwaltung aus den Angeln hebende Vorstöße zu einer vom GBA unabhängigen Verordnungsermächtigung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Aufnahme weiterer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungsumfang der GKV, die sich "weg von der Rechts- zur Fachaufsicht" und "losgelöst von wissenschaftlichen Prozessen und Erkenntnissen über Behandlungsmethoden" trotz möglicherweise bestehendem Reformbedarf in der Arbeit des GBA letztlich außerhalb jeglicher Evidenz bewegen, jedenfalls derzeit nichts. Dies umso mehr, als zumindest bisher mit dem BSG der Gesetzgeber den Vorrang der Methodenbewertung durch den GBA aus guten Gründen voraussetzt. Der "GBA bürgt nach der Konzeption des Gesetzes für die erforderliche Verbindung von Sachkunde und interessenpluraler Zusammensetzung, die es rechtfertigt, diesem Gremium im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben die für jede Normsetzung kennzeichnende Gestaltungsfreiheit zukommen zu lassen", wobei der GBA zu alledem wie folgt (siehe die Pressemitteilung des GBA Nr. 01/2019 vom 11. Januar 2019, www.g-ba.de/presse-rss) selbst ausführt:

"Mit einer solchen Ermächtigung des BMG wäre der Weg in die Beliebigkeit und Staatsmedizin vorprogrammiert. Per Ministerverordnung könnten Behandlungsmethoden, deren Nutzen und Schaden völlig ungeklärt sind, nach Belieben und politischer Opportunität in die gesetzliche Krankenversicherung gelangen. Dies wäre ein vollständiger Systembruch.
Das BMG hätte nach geltender Rechtslage schon längst die Möglichkeit gehabt, eine Behandlungsmethode – auch die Liposuktion beim Lipödem – zur Kassenleistung zu machen, wenn es der Auffassung gewesen wäre, dass sie trotz fehlender wissenschaftlicher Belege Patientinnen zur Verfügung stehen müsse. Hätte das BMG – wie durch das Gesetz ermöglicht – vom GBA eine Beschlussfassung innerhalb von 6 Monaten verlangt und wäre diese Frist fruchtlos verstrichen, wäre die Leistung per Gesetz Bestandteil der Regelversorgung geworden. Die hieraus folgenden Risiken für die Gesundheit der Patientinnen und die hieran anknüpfenden Rechtsrisiken hätten allerdings von der Bundesregierung getragen werden müssen, wozu man offenkundig dann doch nicht bereit war. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar und ungerechtfertigt, dem GBA hier Untätigkeit bzw. Verzögerung vorzuwerfen. Auch sind die Beschlüsse in diesem wegen der unsicheren Studienlage leider langwierigen GBA-Verfahren vom BMG nicht beanstandet worden.
Nun liegt ein völlig systemfremder, überzogener und unangemessener Vorschlag in Gestalt einer Verordnungsermächtigung auf dem Tisch,

mit der ohne jede Evidenz für 70 Millionen GKV-Versicherte nach politischem Belieben oder Kalkül Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die Regelversorgung gelangen könnten.
Der geplante neue § 94a SGB V kann nur als ‚Methodenbewertung super light' bezeichnet werden und ist ein Schritt zurück ins medizinische Mittelalter, denn er ersetzt in der Bundesrepublik Deutschland die mitlerweile sich weltweit sogar in Schwellenländern als Standard durchsetzende evidenzbasierte Medizin durch früher geltende Prinzipien der evidenzbasierten Medizin, die jahrhundertelang Grundlage für unwirksame und gefährliche Anwendungen war, wie etwa den Aderlass.
Die aus gutem Grund vom Gesetzgeber im SGB V verankerte Bindung der Versorgungsentscheidungen an die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin wird damit über Bord geworfen. Aus gutem Grund müssen Leistungen der Krankenkassen nach den grundlegenden Anforderungen des SGB V dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Dies beinhaltet nach ständiger Rechtsprechung und nach allen wissenschaftlichen Kriterien einen Wirksamkeitsnachweis, der zumindest ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis voraussetzt - ein elementarer Schutz vor unnützen oder gar schädlichen Behandlungen. Auf diesen Wirksamkeitsnachweis soll nunmehr ausdrücklich verzichtet werden. Dies kann Patientinnen und Patienten direkt gefährden, insbesondere in den Fällen, in denen der GBA nach einer Bewertung eine Methode wegen eines fehlenden Wirksamkeitsnachweises nicht in die Regelversorgung aufgenommen oder sie sogar ausgeschlossen hat. Darüber hinaus verstößt die geplante ‚Methodenbewertung super light' gegen das als Grundprinzip postulierte Wirtschaftlichkeitsgebot, durch das die Versichertengemeinschaft vor Überforderung durch den Ausschluss von nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht nützlichen Interventionen aus der Finanzierung durch die GKV geschützt werden soll. Diese Norm gewinnt angesichts des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Veränderung, die erhebliche Ausgabensteigerungen erwarten lässt, zunehmend an Bedeutung. Auch sie würde durch den geplanten § 94a SGB V auf dem Altar von Partikularinteressen einzelner Leistungserbringer oder Medizinproduktehersteller geopfert."

Dem ist mit den o.a. rechtlichen Grundsätzen zumindest im Ergebnis nichts entgegenzusetzen.

Ob und inwieweit der GBA das Bewertungsverfahren im Nachgang zu diesen Vorstößen und damit letztlich auf politischen Druck zumindest hinsichtlich eines Lip-/Lymphödems im Stadium III mit welchem Ergebnis ggf. wieder aufnimmt, berührt die vorliegende Entscheidung nicht. Dies unabhängig davon, dass mit den schlüssigen Ausführungen der Frau Dr. med. H. und auch nach den hier einschlägig fachärztlich vorliegenden Krankenunterlagen ein Lip-/Lymphödem im Stadium III auf Seiten der Klägerin selbst auch nicht vorliegt.

Damit ist die Klage im Hauptantrag nicht begründet.

Dies ist sie aber und unabhängig von der o.a. Unzulässigkeit der Klage auch nicht im Hilfsantrag.

Mit dem Sozialgericht Aurich (Urteil vom 13. Juli 2018, S 48 KR 177/12) besteht abschließend nämlich auch kein gegen die Beklagte gerichtetes Recht auf Teilnahme an dem Erprobungsverfahren nach der am 10. April 2018 in Kraft getretenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems ("Erprobungsrichtlinie Liposuktion"). Das Urteil des BSG vom 24. April 2018, B 1 KR 22/17 R, könnte zwar einen solchen Naturalleistungsanspruch unter bestimmten Voraussetzungen nahelegen, § 3 Abs. 3 der "Erprobungsrichtlinie Liposuktion" enthält dann aber den weiteren Vorbehalt, dass die darüber hinausgehenden Ein- und Ausschlusskriterien (z.B. Alter, Komorbiditäten, Vorerkrankungen) so festzulegen sind, dass eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Zielpopulation ermöglicht wird, wobei diese Festlegungen im jeweiligen Studiendesign von den unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen zu treffen sind, die ihre Studien nach Maßgabe der "Erprobungsrichtlinie Liposuktion" durchführen, ohne dass die Auswahl der TeilnehmerInnen an den Studien dann den Krankenkassen obliegen würde. Mit dem Sozialgericht Aurich (wie vor) obliegen stattdessen nach § 1 Satz 2 "Erprobungsrichtlinie Liposuktion" Entwurf, Durchführung und Auswertung der Studie zur Gewinnung der notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode Liposuktion bei Lipödemen nämlich allein wieder diesen unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen. Dies schließt es im Anschluss an die das Gericht bindende vorgenannte Richtlinie auch nach § 137e SGB V aus, dass die Auswahl der TeilnehmerInnen durch eine Krankenkasse erfolgt.

All dies umso mehr, als die gerichtliche Überprüfung der Aussetzungsbeschlüsse und der Erprobungs-Richtlinie Liposuktion mit dem BSG (wie vor) zu beachten hat, dass Richtlinien des GBA nach der Gesetzeskonzeption (§§ 91, 92, 94 SGB V) entsprechend der Rechtsprechung des BSG untergesetzliche Rechtsnormen sind, die alle Systembeteiligten binden. Als unterhalb des Gesetzesrechts stehende normative Regelungen unterliegen sie der formellen und inhaltlichen gerichtlichen Überprüfung, wie wenn der Bundesgesetzgeber derartige Regelungen selbst als untergesetzliche Normen erlassen hätte. Zusätzlich ist mit dem BSG (wie vor) besonderes Augenmerk auf die Normdichte der gesetzlichen Ermächtigung in Relation zur Eingriffstiefe zu richten, um verfassungsrechtlich die hinreichende Legitimation des GBA zu überprüfen. Bei der Auslegung der gesetzlichen Rechtsbegriffe und bei der Einhaltung des gesetzlich vorgegebenen Verfahrens, einschließlich der Vollständigkeit der zu berücksichtigenden Studienlage, unterliegt der GBA der vollen gerichtlichen Überprüfung. Erst über die weitere Konkretisierung des Gesetzes entscheidet der GBA als Normgeber. Insoweit darf die sozialgerichtliche Kontrolle ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom GBA getroffenen Wertungen setzen. Vielmehr beschränkt sich die gerichtliche Prüfung in diesen Segmenten darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen. Dem GBA steht dementsprechend mit dem BSG (wie vor) erst bei der Bewertung des Nutzens einer Methode nach den internationalen Standards evidenzbasierter Medizin und des Potentials einer erforderlichen Behandlungsalternative ein pflichtgemäßer - gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer - Ermessensspielraum zu, wobei nach diesem Maßstab der GBA über die Aussetzung der Bewertungsverfahren und den Erlass der vorgenannten Richtlinie mit dem BSG (wie vor) auch mit der Kammer gesetzeskonform entschieden hat.

Die Klage war nach alledem insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt § 193 Abs. 1 und 4 SGG.

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es nicht; Berufungsausschließungsgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen bereits deswegen nicht vor, weil der Beschwerdewert 750,00 Euro übersteigt.

Rechtskraft
Aus
Saved

2023-08-10