

L 5 KR 228/13

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
-

Aktenzeichen
S 7 KR 423/11
Datum
02.09.2013

2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 228/13
Datum
05.02.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Kein Leistungsanspruch zur stationären Durchführung einer Liposuktion bei Lipödem

Eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Liposuktion bei Lipödem unterfällt nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Liposuktion bei Lipödem entspricht derzeit nicht dem auch für stationäre Krankenhausbehandlungen maßgeblichen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 02.09.2013 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.
2. Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer stationären Liposuktion.

Die 1980 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin beantragte gestützt auf ein Attest der Ärztin für Plastische und Handchirurgie Dr. D vom 06.11.2010 im November 2010 eine Fettabsaugung beider Oberschenkel und des Gesäßes, die nach Auffassung von Dr. D aufgrund des hohen Risikos einer Thromboembolie stationär mit mindestens drei Operationen durchgeführt werden müsse. Bei idiopathischem Lymphödem seit dem 16. Lebensjahr mit kontinuierlicher ärztlicher Behandlung bestehe eine klinisch altersuntypische Fettsammlung im Bereich beider Beine und des Gesäßes im Sinne eines Lipödems. Der Arzt im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Dr. K führte im Gutachten vom 28.12.2010 aus, bei vorhandener ausgeprägter Adipositas mit einem BMI von knapp 37 kg/m² ergebe sich anhand der Fotodokumentation kein entstellender körperlicher Befund. Eine Indikation zu einer Fettabsaugung liege nicht vor. Angezeigt seien vielmehr eine konsequente Gewichtsreduktion sowie eine konservative Behandlung des Lymphödems mit regelmäßiger Lymphdrainage und Kompressionstherapie. Gestützt hierauf lehnte die Beklagte mit

Bescheid vom 05.01.2011 den Leistungsantrag ab. Im Widerspruchsverfahren legte die Klägerin ein Attest ihrer Hausärztin G vom 28.02.2011 vor, die ausführte, bei der Klägerin bestehe seit dem 16. Lebensjahr ein ideopathisches chronisches Lymphödem. Sie erhalte seit dem 18. Lebensjahr immer wieder Lymphdrainagen, wodurch sich eine leichte Besserung habe erzielen lassen. Seit etwa einem dreiviertel Jahr könne jedoch schmerzbedingt eine Lymphdrainage nicht mehr durchgeführt werden. Im MDK-Gutachten vom 19.04.2011 verblieb Dr. G bei der bisherigen Beurteilung, dass eine entsprechende Gewichtsreduktion maßgeblich und vorrangig sei und zudem eine Bewegungstherapie sowie konservative Behandlung bei Verdacht auf Lipolymphödem der Beine angezeigt sei. Zudem handele es sich bei der Liposuktion beim Lipolymphödem um keine Behandlungsmethode, deren medizinischer Nutzen bisher an einer ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen gezeigt worden sei. Die Durchführung einer Liposuktion der Oberschenkel und des Gesäßes, wie hier beabsichtigt, erfordere nicht die besonderen Mittel eines Krankenhauses. Sie werde von den meisten Anwendern auch ambulant erbracht. Mit Widerspruchsbescheid vom 28.06.2011 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch der Klägerin zurück.

Am 22.07.2011 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Speyer (SG) erhoben. Sie hat im Wesentlichen geltend gemacht, von ihren behandelnden Ärzten sei in Anbetracht der jahrelangen ergebnislos gebliebenen Lymphdrainagebehandlungen sowie Kompressionsbehandlungen und Bandagierung des Bewegungsapparats eine stationäre Fettabsaugung der Oberschenkel und des Gesäßes dringend empfohlen worden. Nur hierdurch könne ein verbesserter Lymphabfluss erreicht werden.

Das SG hat Befundberichte von Dr. D vom 10.11.2011, die die medizinische Notwendigkeit für eine Liposuktion an beiden Oberschenkeln sowie am

Gesäß verneint hat, Dr. G vom 28.11.2011, die die Notwendigkeit einer grundsätzlich ambulant durchführbaren – Liposuktion bestätigt hat, und des Gefäßchirurgen Dr. E vom 22.12.2011, der zur Notwendigkeit einer Liposuktion auf Dr. D verwiesen hat, eingeholt. Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG von Dr. G, M, ein chirurgisches Gutachten vom 16.08.2012 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, bei der Klägerin liege ein schwer adipöser Ernährungszustand vor. Darüber hinaus finde sich eine

disproportionierte Volumenvermehrung an allen vier körpernen Extremitäten (Oberarme, Oberschenkel) sowie dem Gesäß. Auffällig sei eine asymmetrische Volumenvermehrung zu Gunsten der linken Körperseite. Im

Zusammenschluss mit den anamnestischen Daten liege die Vermutung nahe, dass sich auf dem Boden eines seit 1996 bekannten, primären Lymphödems und einer sekundären, linksbetonten Lymphabflussstörung nach Tumor- und Lymphknoten-Exstirpation in der linken Leiste (1999) eine zentral betonte, körpernahe Lipohypertrophie der Extremitäten entwickelt habe. Unter konservativer Entstauungs- und Kompressions-Therapie habe sich mit großer Wahrscheinlichkeit nun ein Lympho-Lipödem entwickelt, das schmerzbedingt einer entstauenden Therapie nur noch eingeschränkt zugänglich sei. Als weitere relevante Diagnose bestehe eine koinzidente Adipositas per magna, die die Einordnung des Beschwerdebildes schwieriger mache. Eine Liposuktion ermögliche durch die Reduktion des Fettvolumens eine Verringerung des Druckes auf die abführenden Lymph- und Blut-gefäße, so dass sich nach Absaugung des Fettgewebes mit Hilfe entstauender Maßnahmen und Kompressionsbehandlung (spezielle Kompressionswäsche) die Ödemkomponente verbessern lasse. Aus diesen Gründen und unter der Prämisse, dass der Beschwerdesymptomatik ein auf dem Boden einer Lipo-Hypertrophie entstandenes Lipödem zu Grunde liege, bestehe aus seiner Sicht eine eindeutige medizinische Indikation zur Liposuktion im vorliegenden Fall. Da zusätzlich ein primäres Lymphödem mit sekundärer Abflussbehinderung sowie eine Adipositas per magna vorhanden seien, sei jedoch eine alleinige Liposuktion nicht zielführend. Vielmehr müssten gewichtsreduzierende Maßnahmen sowie die klassische manuelle Lymphdrainage ergänzend angewandt werden. Bei der Klägerin sei zu erwarten, dass zur Erreichung eines zufriedenstellenden Ergebnisses so große Mengen Fettgewebes abgesaugt werden müssten, dass eine ambulante Behandlung, wie sie bei einer Vielzahl von (mit dem vorliegenden Fall keinesfalls vergleichbaren) ästhetischen Eingriffen Gang und Gäbe sei, aus seiner Sicht nicht vertretbar sei. Die seit 1996 kontinuierlich, anfangs mit gutem Erfolg, durchgeführte antiödematöse Behandlung sei zwischenzeitlich aufgrund der Schmerzhaftigkeit nicht mehr konsequent einsetzbar. Nicht vollständig ausgeschöpft worden sei aus seiner Sicht der Versuch der effektiven und nachhaltigen Gewichtsreduktion. Hier könne seines Erachtens in gewissen Grenzen – die echte Lipo-Hypertrophie spreche nicht auf Gewichtsreduktionen an – eine Verbesserung des Befundes erreicht werden. Zumindest würde der Druck auf die Ausflussbahnen durch Reduktion der diätetisch beeinflussbaren Fettzellen vermindert und die Abflusssituation verbessert.

Zu dem Gutachten hat die Beklagte ein nach persönlicher Untersuchung der Klägerin erstelltes MDK-Gutachten von Dr. G /Dr. K vom 25.09.2012 vorgelegt, die hervorgehoben haben, weder für eine Adipositas noch für ein Lymphödem stelle eine Fettabsaugung die Therapie der Wahl dar. Die Kriterien zur Diagnose-stellung eines Lipödems seien bei der Klägerin aufgrund des von ihnen, den Gutachtern, erhobenen Untersuchungsbefundes nicht erfüllt. Es

bestünden weder wesentliche unproportionierte Körperregionen im Bereich der Beine und der Hüftregion, noch sei ein entsprechender Tastbefund zu erheben. Eine gesicherte Diagnose sei aber Voraussetzung einer medizinisch notwendigen Therapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem handele es sich bei der Liposuktion bei Lipödem um keine Behandlungsmethode, deren medizinischer Nutzen bisher an einer ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen gezeigt worden sei. Vergleichsstudien zur konservativen und operativen Therapie seien nicht vorhanden. Ferner sei unklar, ob prinzipiell durch die frühzeitige Fettreduzierung auch der Progredienz des Lipödems entgegengewirkt werden könne. Bei der aktuellen Leitlinie handele es sich um eine Darstellung der bisherigen Anwendererfahrungen. Entgegen der Beurteilung des Dr. G , der wegen der großen Menge abzusaugenden Fettgewebes eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit annehme, ergebe sich aus den Aussagen der Leitlinie "Lipödem" der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie, dass mit der entsprechenden Technik der Liposuktion, wie beim Lipödem üblich, in örtlicher Betäubung in Form der Tumescenzanästhesie deutlich größere Fettmengen zu entfernen seien als bei kosmetischen Eingriffen. Die besonderen Mittel eines Krankenhauses seien aus medizinischer Sicht bei Anwendung der in den Leitlinien empfohlenen Technik nicht erforderlich.

Von Amts wegen hat das SG sodann ein plastisch-chirurgisches Gutachten von Dr. L , Z , vom 13.03.2013 eingeholt, die sich der Beurteilung des Dr. G vollumfänglich angeschlossen hat.

Durch Urteil vom 02.09.2013 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 05.01.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.06.2011 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die Kosten für eine stationäre Behandlung zur Fettabsaugung beider Oberschenkel und des Gesäßes zu übernehmen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Liposuktion an beiden Oberschenkeln sowie des Gesäßes. Zwar handele es sich um eine "neue" Behandlungsmethode. Jedoch führe dies nur im Fall einer ambulanten Durchführung der Liposuktion zu einem gesetzlichen Versorgungsausschluss in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im stationären Bereich dürfe gemäß § 137c Abs. 2 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erst ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) eine ausgeschlossene Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden. Bei der Klägerin sei nach der überzeugenden Beurteilung der Sachverständigen Dr. G sowie Dr. L eine Liposuktion unter stationären Bedingungen notwendig. Eine weitere Gewichtsreduktion, die die Klägerin nach Angaben in der mündlichen Verhandlung bereits mehrfach versucht und dabei offenbar keine Verbesserung der Lymphproblematik erzielt habe, sei nach Einschätzung von Dr. L nicht geeignet, die Beschwerden entscheidend zu mindern.

Gegen das Urteil hat die Beklagte am 27.09.2013 Berufung eingelegt. Sie macht unter Hinweis auf das Urteil des SG Neubrandenburg vom 18.04.2013 ([S 14 KR 11/12](#)) geltend, auch im stationären Bereich bestehe eine Leistungspflicht der Kasse nur unter Beachtung der allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen. Zudem sei eine zwingende medizinische Erforderlichkeit einer stationären Behandlung bei der Klägerin nicht gegeben. Soweit diese mit der großen Menge des abzusaugenden Fettgewebes begründet werde, sei zu berücksichtigen, dass eine Fettabsaugung auch in mehreren Sitzungen durchgeführt werden könne und somit die Menge des Fettgewebes, die in den einzelnen Sitzungen abgesaugt werde, erheblich reduziert werden könne. Dies sei in der Praxis bei den ambulanten Liposuktionen durchaus üblich. Schließlich sei auch fraglich, ob die konservativen Maßnahmen bei der Klägerin tatsächlich ausgeschöpft seien. Aus dem von der Klägerin selbst dargelegten Maßnahmenkatalog ergebe sich, dass in den vergangenen Jahren keine konsequente Behandlung in Form einer kombinierten physikalischen Entstauungstherapie (manuelle Lymphdrainage, Kompression, Bewegungstherapie und Hautpflege) durchgeführt worden sei.

Der Senat hat das Grundsatzgutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödem" vom 06.10.2011 der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 "Methoden und Produktbewertung" des MDK Nordrhein zum Verfahrensgegenstand gemacht und eine ergänzende Stellungnahme von Dr. L vom 27.06.2014 eingeholt. Diese hat ihre bisherige Beurteilung bestätigt und betont, aus der Anamnese gehe hervor, dass bei der Klägerin bereits 1996 ein chronisches Lymphödem der Beine festgestellt und sowohl stationär als auch ambulant entsprechend therapiert worden sei. Insofern sei von einer Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen auszugehen. Zudem sei mit entsprechender Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen nach der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie lediglich eine Verminderung der Beinvolumina von etwa 12 v.H. zu erzielen. Prinzipiell sei es sicherlich möglich, eine ambulante Fettabsaugung anstelle einer stationären Behandlung durchzuführen, wenn die Fettabsaugung in mehreren Sitzungen erfolge. Dies sei jedoch weder für den Behandler noch dem Patienten wirklich zumutbar. Die stationäre Aufnahme nach der Behandlung an den Beinen für eine Nacht stelle mehr eine Sicherheitsmaßnahme dar,

weil eine erhöhte Thrombosegefahr bestehe und eine Schmerztherapie leichter durchzuführen sei. Zudem seien die Patienten immer durch die zurücklaufende Tumescenzlösung sehr beunruhigt. Es sei eindeutig zu bejahen, dass es sich bei der Liposuktion zur Behandlung eines Lipolymphödems um eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlungsmethode handele. Insoweit sei auf die in der S1-Leitlinie zitierten Studien zu verweisen.

Der Senat hat den "Ergänzenden Begutachtungsleitfaden Maßstäbe zur einheitlichen Begutachtung bei Kostenübernahmeanträgen für eine Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. vom 11.10.2013 zum Verfahrensgegenstand gemacht sowie aus einem anhängigen Parallelrechtsstreit das Gutachten der Ärztin im MDK Dr. N vom 04.11.2014 beigezogen. Das Aktualisierungsgutachten der SEG 7 vom 15.01.2015 "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" hat er den Beteiligten zugänglich gemacht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 02.09.2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und hebt hervor, die Sachverständige Dr. L habe in ihrer ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme eindrucksvoll die Unbegründetheit der Argumentation der Beklagten bestätigt. Der Befund habe sich zwischenzeitlich weiter verschlechtert, wie sich auch aus einem aktuellen Attest von Dr. L vom 16.01.2015 ergebe. Das beigezogene Gutachten von Dr. N betreffe eine völlig andersartige Fallgestaltung.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Prozessakten sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§§ 143 ff SGG](#)) und auch im Übrigen zulässige Berufung der

Beklagten ist begründet. Das SG hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, der Klägerin eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Fettabsaugung beider Oberschenkel und des Gesäßes zu gewähren.

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. Eine Liposuktionsbehandlung im Rahmen der ambulanten ärztlichen Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) scheitert dabei schon daran, dass es sich bei der nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM Ä) enthaltenen Maßnahme um eine neue Behandlungsmethode handelt, die nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der (ambulanten) vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden darf, wenn der GBA in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) entsprechende Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat, woran es bei der Liposuktion fehlt (vgl. BSG 16.12.2008 – [B 1 KR 11/08 R](#), juris).

Auch für die vorliegend streitgegenständliche stationäre Liposuktionsbehandlung gilt derzeit nichts anderes. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, § 39 Abs. 1 Satz 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. Wie die übrigen Behandlungsformen müssen auch solche im Krankenhaus den in [§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1](#) und 28 Abs. 1 SGB V für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien genügen. [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) bestimmt allgemein, dass die Leistungen der Krankenversicherung nach Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Den Qualitätskriterien des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) entspricht eine Behandlung, 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 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 (vgl. zum Ganzen BSG 21.03.2013 – [B 3 KR 2/12 R](#) m.w.N., juris; kritisch Felix, MedR 2014, 283 ff).

Diese den Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien entnommenen Einschränkungen beachtet das SG nicht, wenn es unter Verweis auf [§ 137c SGB V](#) wesentlich auch darauf abstellt, dass für den stationären Bereich ein Anspruch nur dann ausgeschlossen sei, wenn der GBA dazu eine negative Stellungnahme abgegeben hat. Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung erfordert vielmehr auch dann, wenn der GBA nicht über die Zulässigkeit der Behandlungsmethode im Krankenhaus entschieden hat, dass die Methode dem Qualitätsgebot des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse oder den Voraussetzungen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung genügt. Denn trotz der andersartigen Normstruktur und des unterschiedlichen Wortlauts von [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) einerseits, [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) andererseits ist die Methodenbewertung im SGB V prinzipiell bereichs-übergreifend angelegt (vgl. BSG 06.05.2009 – [B 6 A 1/08 R](#), juris). Die Regelung des [§ 137c SGB V](#) setzt die Geltung des Qualitätsgebots aus [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) auch im stationären Bereich nicht außer Kraft (BSG 28.07.2008 – [B 1 KR 5/08 R](#), juris Rn 52).

Zur Überzeugung des Senats können derzeit zur Qualität und Wirksamkeit der Liposuktion im Sinne des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) keine zuverlässigen, wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen gemacht werden. Es fehlen weiterhin wissenschaftlich einwandfrei durchgeführte Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode. Dies ergibt sich aus dem Grundsatzgutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des MDK vom 06.10.2011. Nach eingehender Recherche der einschlägigen Publikationen ist die Expertengruppe zu dem zusammenfassenden Ergebnis gelangt, dass die Methode der Liposuktion zur Therapie des Lipödems derzeit noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion ist und weitere randomisierte Studien erforderlich sind, um sie zu einer der Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden Behandlungsmethode qualifizieren zu können. Dass sich in diesem Erkenntnisstand zwischenzeitlich wesentliche Änderungen ergeben, haben, vermag der Senat nach dem Ergebnis der weiteren Ermittlungen im Berufungsverfahren nicht zu erkennen. Die Sachverständige Dr. L hat in ihrer

ergänzenden Stellungnahme vom 27.06.2014 speziell auch zu dieser Frage zwar behauptet, bei der Liposuktion zur Behandlung eines Lipolymphödems handele es sich um eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlungsmethode. Zur Untermauerung dieser These hat sie sich jedoch lediglich auf die der S 1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie zu Grunde liegende Studienlage sowie Veröffentlichungen aus der Zeit bis 2011 gestützt. Mit der Leitlinie der Deutschen

Gesellschaft für Phlebologie hat sich die Expertengruppe jedoch explizit auseinandergesetzt und diese als nicht evidenzbasiert bezeichnet. Denn als Belege für den Nutzen führt die Leitlinie im Wesentlichen Ergebnisse von Registernachbeobachtungen und kleineren Fallserien an. Da die Experten-gruppe 7 im Grundsatzgutachten vom 06.10.2011 (Ziffer 12) eine Aktualisierung spätestens im Jahre 2013 vorgesehen hatte, hat der

Senat hierzu den ergänzenden Begutachtungsleitfaden vom 11.10.2013, herausgegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., beigezogen, in dem einleitend betont wird, dass die sozialmedizinische Empfehlung des SEG 7-Gutachtens weiterhin Gültigkeit habe, da seit der Erstellung keine Änderungen bezüglich der medizinischen Grundlagen, der Studienlage oder der relevanten gesetzlichen Bestimmungen eingetreten seien. Schließlich ergibt sich aus dem vom Senat aus einem Parallelrechtsstreit beigezogenen MDK-Gutachten von Dr. N vom 04.11.2014, dass die aktuelle Recherche der Gutachterin in der medizinisch-wissenschaftlichen Datenbank PubMed nach randomisierten, kontrollierten Studien unter dem Stichwort: "Liposuction AND Lipedema" keine spezifischen Treffer ergeben hat. Insofern ergibt sich auch aus dem Umstand, dass zwischenzeitlich der GBA am 22.05.2014 beschlossen hat, den Antrag der Patientenvertretung nach [§ 140 f SGB V](#) vom 20.03.2014 auf Bewertung der Liposuktion bei Lipödem gemäß [§ 135 Abs. 1](#) und [§ 137 c SGB V](#) anzunehmen, das diesbezügliche Beratungsverfahren einzuleiten und den Unterausschuss Methodenbewertung mit der Durchführung der Bewertung zu beauftragen, keine abweichende Beurteilung des Erkenntnisstandes. Wie Dr. N im Gutachten vom 04.11.2014 aufgezeigt hat, stützt sich der Antrag der Patientenvertretung im Wesentlichen ebenfalls auf die bekannten Studien bzw. Nachbeobachtungen aus der Zeit bis 2011 und führt keine neuen randomisierten und kontrollierten Studien auf. Bestätigt wird diese Beurteilung schließlich durch die wenige Tage vor der mündlichen Verhandlung bekannt gewordenen und den Beteiligten zugänglich gemachte (s.[http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/002568A2003D5](http://www.sindbad-mds.de/infomed/sindbad.nsf/002568A2003D5BAE/20B52FBDE168255FC125795A003AF75D?OpenDocument)

BAE/20B52FBDE168255FC125795A003AF75D?OpenDocument) Aktualisierung des Primärgutachtens der SEG 7 "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" vom 15.01.2015. Hierin hat die SEG 7 im Einzelnen überzeugend dargelegt, dass die zwei zwischenzeitlich identifizierten kontrollierten Studien, welche die Liposuktion bei sekundären Lymphödem der Arme nach Brustkrebstherapie bzw. zur Schmerztherapie bei Lipomatosis dolorosa untersuchen, erhebliche methodische sowie zum Teil inhaltliche Limitationen haben und unzureichend über Langzeitergebnisse und Nebenwirkungen der Therapie berichten.

Der Senat ist nicht gehindert, seiner Entscheidung die überzeugenden Feststellungen in den Gutachten des MDK zu Grunde zu legen. Die Ärzte des MDK sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben gemäß [§ 275 Abs. 5 SGB V](#) nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Gutachten des MDK können deshalb auch im gerichtlichen Verfahren verwertet werden (vgl. BSG 23.12.2004 - [1 KR 84/04 B](#), juris; 14.12.2000 - [B 3 P 5/00 R](#), juris).

Fehlt mithin ein wissenschaftlicher Beleg der Wirksamkeit der Liposuktion zur

Behandlung eines Lipödems, so kommt auch im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung jedenfalls derzeit die Erbringung einer Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Betracht (ebenso bereits LSG Baden-Württemberg 27.04.2012 - [L 4 KR 595/11](#), juris; 01.03.2013 - [L 4 KR 3517/11](#), juris; Sächsisches LSG 16.01.2014 - [L 1 KR 229/10](#), juris; LSG Nordrhein-Westfalen 16.01.2014 - [L 16 KR 558/13](#), juris; a.A. Hessisches LSG 05.02.2013 [L 1 KR 391/12](#)).

Darüber hinaus ist zur Überzeugung des Senats bei der Klägerin das Vorliegen eines Lipödems, das von den Befürwortern als Indikation für die Liposuktionsbe-handlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angeführt wird, nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit belegt. Der Sachverständige Dr. G hat insoweit in seinem Gutachten bei der Darlegung des Krankheitsverlaufs ausgeführt, es habe sich "mit großer Wahrscheinlichkeit" nun ein Lympho-Lipödem entwickelt, zugleich aber eingeschränkt, das als weitere relevante Diag-nose eine koinzidente Adipositas per magna bestehe, die die Einordnung des Beschwerdebildes "schwieriger" mache. Die eindeutige medizinische Indikation zur Liposuktion hat er "unter der Prämisse" gestellt, dass der Beschwerdesymptomatik ein auf dem Boden einer Lipo-Hypertrophie entstandenes Lipödem zu Grunde liegt. Diese Ausführungen machen deutlich, dass auch Dr. G nicht zweifelsfrei vom Vorliegen eines Lipödems bei der Klägerin ausgeht. Aus den knappen Ausführungen der Sachverständigen Dr. L, es sei "von einem Lipolymphödem mit Schwerpunkt der unteren Extremitäten auszugehen" ergeben sich keine weitergehenden Erkenntnisse. Die Gutachter des MDK Dr. G /Dr. K haben demgegenüber auf Grund des bei der persönlichen Untersuchung am 25.09.2012 bei der Klägerin erhobenen Befundes herausgearbeitet, dass die Diagnose Lipödem nicht eindeutig gestellt werden kann. So bestanden weder wesentliche unproportionierte Körperregionen im Bereich der Beine und der Hüftregion, noch war ein entspre-chender Tastbefund zu erheben. Zu Recht heben die Gutachter hervor, dass eine gesicherte Diagnose Vorausset-zung einer medizinisch notwendigen Therapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sein muss.

Selbst Dr. G hat darüber hinaus betont, dass auch aus seiner Sicht der Versuch der effektiven und nachhaltigen Gewichtsreduktion Vorrang vor einer durchzuführenden operativen Liposuktionsbehandlung haben müsse. Die Klägerin wiegt nach ihren in der mündlichen Verhandlung gemachten Angaben bei einer Größe von 1,58 m 100 kg, was einem BMI von 40 kg/m² entspricht. Das von Dr. G vor einer Liposuktion geforderte Zielgewicht (BMI kleiner/gleich 30 kg/m²) - vgl. hierzu auch das Aktualisierungsgutachten der SEG 7 vom 15.01.2015, S. 40 Nr. 8.2.3 - hat sie bei weitem nicht erreicht. Auch der Gesichtspunkt einer vorrangigen Gewichtsreduzierung spricht mithin gegen die Notwendigkeit einer Liposuktionsbehandlung zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

Schließlich hat die Sachverständige Dr. L in ihrer ergänzenden Stellungnahme den Einwand der Beklagten bestätigt, dass bei der Klägerin - wie auch von Dr. G /Dr. K im MDK-Gutachten vom 25.09.2012 hervorgehoben - die Liposuktion prinzipiell sukzessiv ambulant erfolgen könnte. Für ihre Aussage, sie halte diese Frage jedoch für akademisch, weil die ambulante Behandlung weder dem Behandler noch dem Patienten zumutbar sei, ist sie eine überzeugende Begründung schuldig geblieben. Soweit Dr. L im Attest vom 16.01.2015 auf die "bei dieser Art von Eingriffen immer [bestehende] Gefahr einer postoperativen Kreislaufregulation oder einer Embolie" verweist, ist dem entgegen zu halten, dass die ambulante Durchführung der Liposuktionsbehandlung weit verbreitet ist.

Die Berufung der Beklagten hat nach alledem Erfolg.

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

Revisionszulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) bestehen nicht.

- Rechtsmittelbelehrung -

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2015-03-19