

S 8 KR 1246/15

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

Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 05.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.10.2015 verurteilt, die für die an den Beinen durchgeführte Liposuktion aufgewandten Kosten in Höhe von 7.057,21 EUR zu erstatten.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die außergerichtlichen Kosten der Klägerin werden der Beklagten zu 1/2 auferlegt.

Tatbestand:

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

Die 1984 geborene Klägerin litt an einem Lipödem der Beine und Arme.

Sie beantragte am 20.05.2015 die Übernahme der Kosten für eine Liposuktion in der CG Lymphia Klinik in L.

Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 05.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.10.2015 ab. Es bestehe kein Anspruch auf die beantragte Liposuktion, da es sich hierbei um eine neue unkonventionelle Behandlungsmethode ohne die erforderliche Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschuss handele.

Die Klägerin hat gegen diese Bescheide Klage erhoben, mit der sie die Kostenübernahme bzw. später die Kostenerstattung der zwischenzeitlich durchgeführten Liposuktion an Beinen und Armen geltend macht. Diese Maßnahmen seien aufgrund des erheblichen Beschwerdebildes medizinisch notwendig gewesen.

Nach der Klageerhebung hat sie die Liposuktion mittels drei Eingriffen durchführen lassen:

02.12.2015 - Beine außen: 3300 ml Fett,

19.01.2016 - Arme: 1700 ml Fett,

22.02.2016 - Beine außen: 3800 ml Fett abgesaugt.

Die durchgeführten Maßnahmen stellte ihr der behandelnde Arzt D mit einem Betrag in Höhe von jeweils 4.540,89 EUR für jeden einzelnen Eingriff in Rechnung, wobei er in jeder Rechnung für die GOÄ-Geb-Nr. 2454 und 2453 den 9-fachen Satz der Gebührenordnung zugrunde gelegt hatte. Es ergab sich der Betrag von insgesamt 13.622,67 EUR.

Der hinzugezogene Anästhesist E stellte seine Leistungen der Klägerin mit Rechnungen i.H.v. 830,55 EUR (Beine außen), 659,33 EUR (Arme) und 850,13 EUR (Beine innen) und damit mit einem Gesamtbetrag i.H.v. 2.340,01 EUR in Rechnung. Insgesamt bezahlte die Klägerin damit 15.962,68 EUR für die ärztlichen Leistungen, zuzüglich 59,27 EUR für Arzneimittel (incl. 15 EUR Zuzahlung).

Die Klägerin hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung auf Befragen der Vorsitzenden die näheren Umstände der durchgeführten Behandlungen dargelegt. Nach den durchgeführten Operationen blieb sie jeweils noch den restlichen Tag, die Nacht und den nächsten Tag bis mittags in einem Krankenzimmer zur Beobachtung durch eine Krankenschwester, während die behandelnden Ärzte sich in

Rufbereitschaft befanden und am nachfolgenden Tag eine Abschlussuntersuchung durchführten.

Die Klägerin beantragt,

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

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide aus den dort ausgeführten Gründen für rechtmäßig. Auch nach der Rechtsprechung sei eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse weder im ambulanten noch im stationären Bereich gegeben (zuletzt LSG Rheinland-Pfalz – [L 5 KR 95/15](#) –).

Das Gericht hat zu zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts Befundberichte der behandelnden Ärzte, der praktischen Ärztin und Phlebologin, Lymphologie, U, des Arztes für Allgemeinmedizin, Phlebologie, Lymphologie, M, des Arztes für Allgemeinmedizin T und des Arztes der "Fachklinik für operative Lymphologie", D, eingeholt, den Entlassungsbericht des Ödemzentrums B1 B2 über die vom 30.04.-21.05.2013 durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme beigezogen und das Gutachten des Facharztes für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Phlebologie, Lymphologie I1 vom 30.05.2017 eingeholt. Zur weiteren Sachdarstellung wird auf diese Unterlagen sowie auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze und Unterlagen der Beteiligten einschließlich der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zum Teil begründet, zum Teil unbegründet.

Die Klage ist insoweit begründet, als die Klägerin die Erstattung der Kosten für die selbst-beschaffte Liposuktion der Beine bis zum 3,5-fachen Gebührensatz der GOÄ geltend macht.

Bezüglich der Rechnung für die Liposuktion der Arme und der in Rechnung gestellten Kosten, soweit sie den 3,5-fachen Satz übersteigen, ist die Klage unbegründet.

I. Der Klägerin steht ein entsprechender Kostenerstattungsanspruch zu, da die Beklagte die Liposuktion der Beine zu Unrecht abgelehnt hatte und der Klägerin ein Anspruch auf Erstattung der für die Selbstbeschaffung aufgewandten Kosten im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zusteht, § 13 Abs. 3 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Der Klägerin stand ein Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit einer stationären Liposuktionsbehandlung der Beine zu, [§§ 11, 27 SGB V](#).

Die Entscheidung basiert maßgeblich auf der Einschätzung des Gerichtssachverständigen I1. Er ist aufgrund einer Untersuchung und der eingehenden Kenntnis des Akteninhalts zu der Einschätzung gelangt, dass bei der Klägerin unter anderem eine schmerzhafte Fettverteilungstörung besonders der Ober- und Unterschenkel beidseits mit Bewegungsbehinderung, beginnenden sog. X-Beinen, krankhafter Rückneigung der Knie, beginnender Fußdeformität vorliegt bzw. vorlag. Die sog. konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien bei dem vorliegenden Krankheitsbild der sog. Lipohypertrophia dolo rosa von vorne herein nur als Möglichkeit und Versuch der Beschwerdebeeinflussung anzusehen gewesen. Im vorliegenden Fall hätte selbst im Rahmen einer stationären Reha-Maßnahme keine Besserung erreicht werden können. Die Liposuktion sei nach kritischer Würdigung der Literatur die einzige Behandlungsmöglichkeit, das schmerzende Fettgewebe zu entfernen bei fehlender anderweitiger Beeinflussbarkeit der Beschwerden. Eine nochmalige stationäre Rehabilitationsmaßnahme wäre nicht erfolgversprechend gewesen. Die Operationen seien die einzige medizinisch begründete Methode zur Beseitigung des schmerzhaften Fettgewebes gewesen. Die Operationen der Beine seien medizinisch indiziert gewesen und durch die Liposuktionen 2015 und 2016 sei eine weitgehende Beschwerdefreiheit und eine weitgehende normale Bewegungsfähigkeit der Klägerin erreicht worden, so dass weitere medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen in absehbarer Zeit nicht erforderlich seien.

Diese Ausführungen erschienen überzeugend. Sie decken sich mit Erkenntnissen aus zahlreichen Parallelverfahren.

Dem klägerischen Anspruch stand nicht der Vorhalt der Beklagten entgegen, dass die Maßnahme ohne Erlaubnis des Gemeinsamen Bundesausschuss nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung falle. Denn Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist, [§ 137c Abs. 3 SGB V](#). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt:

1. Das Gericht ist davon ausgegangen, dass die Maßnahme im Beinbereich stationär durchzuführen war. Hinsichtlich der Abgrenzung der medizinischen Notwendigkeit einer Liposuktion als ambulante oder stationäre Maßnahme folgt das Gericht den vom Hessischen Landessozialgericht als maßgeblich erachteten Kriterien der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Plastisch/Ästhetische Chirurgie zur Liposuktion (Urteil vom 05.02.2013 – [L 1 KR 391/12](#) –, Rn. 18; juris.de):

"Ausweislich der ärztlichen Stellungnahme von Dr. QQ. und des beigezogenen Gutachtens von Professor ÜÜ., Universitätsmedizin ND., vom 5. November 2012 bemisst sich die Frage der Notwendigkeit einer ambulanten bzw. stationären Liposuktion nach den Mengen des abzusaugenden Fettgewebes und den damit zusammenhängenden spezifischen Komplikationsmöglichkeiten (z.B. Fettembolie). Diese Differenzierung entspricht den GÄCD-Leitlinien zur Liposuktion, die im ambulanten Bereich eine maximale Aspirationsmenge von 2.000 ml reinem Fettgewebe vorsehen und bis 4.000 ml Aspirationsmenge eine gewährleisteteste postoperative Nachbetreuung bis 24 Stunden für

notwendig erachten. Die im Rahmen dieser Leitlinien genannten Kriterien sind nach der Auffassung des Senats trotz der Tatsache, dass sie für den außerhalb des Leistungsspektrums der GKV liegenden Anwendungsbereich der ästhetischen Chirurgie entwickelt worden sind, als Grundlage für die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlungsbedürftigkeit vorliegend heranzuziehen, da sie eine umfassende medizinische Relevanz besitzen. Nach Dr. QQ. ist bei der Klägerin dementsprechend aufgrund der Menge der abzusaugenden lipödem-typischen Fettmassen (je Sitzung zwischen 3 bis 4 Liter Fett) eine stationäre Behandlung notwendig. Ergänzend weist Dr. OO. im Rahmen seiner Stellungnahme vom 13. August 2012 darauf hin, dass aufgrund der Adipositas der Klägerin zudem ein erhöhtes Operationsrisiko besteht. Die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung - die obigen Kriterien unterstellt - bestätigt im Ergebnis auch die MDK-Gutachterin, Frau Dr. PP., im Rahmen ihres Gutachtens vom 20. August 2012."

Vorliegend ist nach den Angaben des D in der ersten und dritten Sitzung die bei einem rein ambulanten Eingriff mögliche Aspirationsmenge von max. 2000 ml überschritten (02.12.2015: 3300 ml, 22.02.2016: 3800 ml). Zudem hat D die Liposuktion - entgegen seiner Bezeichnung - nicht ambulant durchgeführt, sondern die Klägerin über die nächste Nacht zur stationären Nachbeobachtung 'behalten'. Auf die Darlegung der Klägerin im Termin der mündlichen Verhandlung wird Bezug genommen. Dies war der Vorsitzenden bereits aus anderen Verfahren bekannt; ebenso, dass auch der ebenfalls auf Liposuktionen spezialisierte Arzt I2 seine Patientin-nen über Nacht zur Beobachtung behält, ausdrücklich unter Berücksichtigung der Leitlinien.

2. Nach dem Beschluss vom 20.07.2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch nach Auswertung der Studienlage von einem Verbot gemäß [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) abgesehen und stattdessen das Bewertungsverfahren ausgesetzt.

3. Nach dem Beschluss des G-BA vom 20.07.2017 bietet die streitgegenständliche Behandlungsmaßnahme der Liposuktion bei Lipödem auch das erforderliche Behandlungspotenzial gemäß [§ 137c Abs. 3 SGB V](#). Dies entspricht der Beurteilung des gehörten Sachverständigen I1. Er befindet sich hiermit zudem in Übereinstimmung mit den Einschätzungen von Sachverständigen in anderen Verfahren (siehe z.B. die rechtskräftigen Urteile Sozialgerichts Düsseldorf: S 8 KR 1051/12, S 8 KR 449/13, S 8 KR 825/12, S 8 KR 528/12).

4. Ggf. entgegenstehende höhergerichtliche Rechtsprechung ist jedenfalls seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.7.2015 nicht mehr maßgeblich. Denn mit der durch dieses Gesetz erfolgten Einführung des [§ 137c Abs. 3 SGB V](#) hat der Gesetzgeber in Reaktion auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (und gegebenenfalls auch der Landessozialgerichte) ausdrücklich klargestellt, dass die "jüngste höchstrichterliche Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21. März 2013, Az. [B 3 KR 2/12 R](#)) mit dem in [§ 137c SGB V](#) zum Ausdruck gebrachten Regelungsgehalt in einem Wertungswiderspruch steht" ([BT-Drucks. 18/4095, S. 121](#)). Es erfolgte durch den Gesetzgeber eine "gesetzliche Konkretisierung und Klarstellung". "Eine Methode, deren Nutzen nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses zwar noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, kann nach den gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Krankenhausbehandlung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden." ([BT-Drucks. a.a.O., Unterstreichungen durch die Autorin](#)).

Insgesamt ist festzuhalten, dass unter Zugrundelegung der aktuellen Rechtslage ([§ 137c Abs. 3 SGB V](#), Beschluss des G-BA vom 20.07.2017) und des bei der Klägerin erhobenen Befundes die beantragte medizinische Maßnahme einer stationären Liposuktion medizinisch indiziert, erforderlich und rechtlich begründet war.

Dem Erstattungsanspruch steht nicht entgegen, dass die Behandlungsmaßnahme durch die Behandler in Köln ohne vertragsärztliche Zulassung privatärztlich durchgeführt worden ist. Denn jedenfalls mit der Leistungsablehnung der Beklagten ohne entsprechenden Hinweis war die Klägerin nicht mehr an zugelassene Leistungserbringer gebunden (vgl. BSG, Urteil vom 11.07.2017, - [B 1 KR 1/17 R](#) -, Terminbericht Nr. 31/17 vom 11.07.2017; bundessozialgericht.de, Stichwort: Termine).

II. Im Übrigen war die Klage unbegründet.

Der Klägerin steht bezüglich der durchgeführten Liposuktion der Arme und der Vergütung des D oberhalb des 3,5-fachen Satzes der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - (siehe "Abweichende Honorarvereinbarung") kein Erstattungsanspruch zu.

Nach den oben dargelegten Kriterien (abzusaugende Fettmenge weniger als 2000 ml) waren die angefochtenen Bescheide der Beklagten hinsichtlich der beantragten Liposuktion der Arme rechtmäßig. Insoweit bestand kein Sachleistungsanspruch der Klägerin.

Diesbezüglich hat die Beklagte zu Recht darauf hingewiesen, dass neue und konventionelle Behandlungsmethoden im ambulanten Bereich ohne die erforderliche Genehmigung des Bundesausschusses nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Dies folgt daraus, dass [§ 135 SGB V](#) eine grundsätzlich andere Regelung trifft als [§ 137c SGB V](#), und im ambulanten Bereich Behandlungsmethoden so lange als verboten gelten, bis sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt sind.

Hieran ändert auch der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.07.2017 nichts, da mit diesem Beschluss die Beratungen über die Zulassung oder Nichtzulassung der streitgegenständlichen Behandlungsmethode ausgesetzt wurde.

Des Weiteren gehört es nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse, auch die bei selbstbeschafften Behandlungen aufgewandten Kosten zu erstatten, deren Abrechnung nicht der Gebührenordnung für Ärzte entspricht (BSG, Urteil vom 11.07.2017, - [B 1 KR 1/17 R](#) -, Terminbericht Nr. 31/17 vom 11.07.2017; bundessozialgericht.de, Stichwort: Termine). Dies war vorliegend beim Zugrundelegen des 9-fachen Satzes der GOÄ anstelle der des 3,5-fachen Satzes für die Geb.-Nr. 2454 und 2453 der Fall. Damit war aus den beiden Rechnungen des D für die Eingriffe am 02.12.2015 und 22.02.2016 jeweils ein Differenzbetrag i.H.v. 1.874,81 EUR (Differenz zwischen 9,0-fachem und 3,5-fachen Satz GOÄ) herauszurechnen.

III. Insgesamt konnte und musste ein Rechnungsbetrag i.H.v. 7.057,21 EUR als erstattungsfähig angesehen werden: 2.666,13 EUR - Rechnung D, Liposuktion Beine außen,

2.666,13 EUR - Rechnung D, Liposuktion Beine innen,

830,55 EUR - Rechnung E, Liposuktion Beine außen,

850,13 EUR - Rechnung E, Liposuktion Beine innen,

44,27 EUR - Arzneimittel, nach Abzug der Zuzahlung (Bl. 62 GA),

7.057,21 EUR

Als insgesamt nicht erstattungsfähig musste der Rechnungsbetrag i.H.v. 8.949,84 EUR angesehen werden:

4.540,89 EUR - Rechnung D, Liposuktion Arme,

659,33 EUR - Rechnung E, Liposuktion Arme,

1.874,81 EUR - Differenz 3,5 - 9,0-fache Gebühr D Beine außen,

1.874,81 EUR - Differenz 3,5 - 9,0-fache Gebühr D Beine innen.

8.949,84 EUR

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-12-17