

L 5 KR 447/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 2958/15
Datum
22.12.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 447/17
Datum
17.07.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Mammaaugmentation mit Silikonimplantaten kann auch bei genetisch bedingt fehlendem Drüsengewebe nicht von der gesetzlichen Krankenkasse beansprucht werden, da hierdurch die beeinträchtigte Körperfunktion (Bereitstellung von Muttermilch) nicht unmittelbar behandelt wird.

Ein Anspruch Versicherter auf Teilnahme an der Richtlinie des GBA zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems bzw. ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Berücksichtigung im Auswahlverfahren (Bundessozialgericht, Urteile vom 24.04.2018 - [B 1 KR 13/16 R](#) - und [B 1 KR 10/17 R](#) -) kann nicht gegen die Krankenkasse des Versicherten geltend gemacht werden, weil nach den zwischenzeitlich festgelegten Rahmenbedingungen die gesetzlichen Krankenkassen nicht in die Auswahl der Teilnehmer an der Erprobungsrichtlinie involviert sind. Interessierte Patienten können sich vielmehr selbstständig und ungeachtet einer etwaigen Befürwortung durch eine gesetzliche Krankenkasse in der Zeit vom 01.10. - 31.12.2019 auf der Homepage „www.erprobung-liposuktion.de“ melden. Nach Ablauf der Interessenbekundungsphase wird sodann der Studienarzt nach einer Untersuchung auf Grundlage der medizinischen Bedingungen des Studienprotokolls über die Teilnahme an der Richtlinie entscheiden, wobei, wenn mehr Interessierte als Studienplätze vorhanden sein sollten, im Losverfahren über die Teilnahme entschieden werden wird.
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22.12.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Übernahme von Kosten einer stationären Liposuktion und einer Mammaaugmentation mit Silikonprothesen.

Die im Jahr 1987 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin beantragte am 19.01.2015 bei der Beklagten die Kostenübernahme einer "Wiederherstellungsoperation" nach extremer Gewichtsreduktion. Sie führte hierzu aus, nach einer Magen-Bypass-Operation im Mai 2013 76 kg abgenommen zu haben. Dies habe zu funktionellen Störungen und Bewegungseinschränkungen durch verbliebene Hautüberschüsse geführt. Auch träten in den Hautfalten entzündliche Veränderungen auf. Sie sei körperlich entstellt. Die Fettschürzen an Bauch und an den hängenden Brüsten führten zu Schmerzen. Schließlich sei sie durch die entstehende Geruchsbildung beeinträchtigt. Mit ihrem Antrag legte die Klägerin u.a. einen Arztbrief des Dr. H., Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie vom 15.01.2015 vor, in dem dieser bei der Klägerin eine Fettschürze, eine Bauchmuskelschwäche, beidseitige Hängebrüste, Intertrigo beidseitig und ein beidseitiges Lipödem diagnostizierte. Unter Vorlage einer Fotodokumentation schlug Dr. H. als Therapie eine Abdominalplastik mittels T-Schnitt, Schamhügelift, Nabelneuformung und Fasciendoppelung, eine beidseitige Bruststraffung, eine Mammaaugmentation mit Silikonprothesen beidseitig, eine beidseitige Oberarmstraffung und ein Lifting der seitlichen, oberen vertikalen Flanken beidseitig, eine beidseitige Oberschenkelstraffung, eine beidseitige Lipoaspiration der Unterschenkel sowie einen Gesäßlift ggf. mit dorsalem Flankenlift ("Tannenbaumlift") beidseitig zur Komplettierung vor. Mit ihrem Antrag vom 19.01.2015 bat die Klägerin, um Genehmigung der von Dr. H. vorgeschlagenen Operationen.

Die Beklagte schaltete daraufhin am 19.01.2015 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein, wovon sie die Klägerin gleichfalls unter dem 19.01.2015 in Kenntnis setzte. In ihrem Gutachten vom 27.01.2015 gab Dr. J.-Sch. für den MDK an, dass die Kostenübernahme für die Abdominalplastik, den Schamhügelift, die Nabelneuformung, die Fasciendoppelung, die beidseitige Bruststraffung, die beidseitige Oberarmstraffung, für das seitlich-obere-vertikale Flankenlifting beidseitig sowie das Gesäßlifting empfohlen werden könne. Die Mammaaugmentation mit Silikonprothesen sowie die beantragte Lipoaspiration könnten hingegen nicht empfohlen

werden. In einem weiteren Gutachten vom 10.02.2015 teilte Dr. J.-Sch. ferner mit, dass auch die Kostenübernahme für die beidseitige Oberschenkelstraffung sowie den dorsalen Flankenlift medizinisch indiziert sei.

Mit Bescheid vom 19.02.2015, an den keine Rechtsbehelfsbelehrung angeschlossen war, entschied die Beklagte, die Kosten für eine Abdominalplastik, einen Schamhügelift, eine Nabelneuformung, eine Fasciendoppelung, eine beidseitige Bruststraffung, eine Oberarmstraffung beidseitig, ein seitliches-oberes-vertikales Flankenlifting beidseitig, ein Gesäßlifting mit ggf. dorsalem Flankenlift sowie eine beidseitige Oberschenkelstraffung in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus in Höhe der Vertragsarztsätze zu übernehmen. Die Kosten für die beantragte beidseitige Mammaaugmentation mit Silikonprothesen sowie die Lipoaspiration (Liposuktion der Unterschenkel) könnten hingegen nicht übernommen werden. Alternativ zur Liposuktion stünden der Klägerin, je nach Stadium, die Therapie mit Kompressionsstrümpfen und die physikalische Entstaunungsbehandlung zur Verfügung.

Hiergegen erhob Dr. H. am 04.03.2015 "Widerspruch" im Hinblick darauf, dass die Operationen (teilweise) in einer Sitzung durchgeführt werden sollten. Dies führte dazu, dass große Wundflächen entstünden, die zu postoperativen Wundheilungsstörungen und Nahtdehizensen führen könnten. Es werde die Durchführung der Operationen in Einzelschritten empfohlen.

Dr. J.-Sch. führte hierzu unter dem 18.03.2015 für den MDK aus, dass der Beklagten die Durchführung der notwendigen Operationen in fünf Eingriffen empfohlen werde, was die Beklagte sodann mit Bescheid vom 20.03.2015 bewilligte.

Am 01.04.2015 erhob die Klägerin gegen die Ablehnung der Lipoaspiration der Unterschenkel und der Mammaaugmentation mit Silikonprothesen Widerspruch. Hierzu führte sie aus, dass sie die von der Beklagten empfohlene Therapie mit Entstaunungen und Kompressionsbandagen bereits erfolglos durchgeführt habe.

Auf den Widerspruch der Klägerin hin schaltete die Beklagte abermals den MDK ein, für den Dr. U. unter dem 10.04.2015 ausführte, bei der Klägerin liege eine Involutionmammahypoplasie vor, die im Rahmen der Gewichtsabnahme eingetreten sei, mithin liege keine Fehlanlagestörung vor, weswegen die beantragte Operation mit Silikonimplantaten nicht zu gewähren sei. Bei der Liposuktion handle es sich um ein Verfahren, das sich noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung befinde. Für den ärztlichen Bereich sei das Verfahren nicht zugelassen. Die fehlende ambulante Abrechenbarkeit begründe nicht die Notwendigkeit einer stationären Leistungserbringung.

Die Klägerin legte zur weiteren Begründung ihres Widerspruchs ein Schreiben der Oberärztin der Frauenklinik am Universitätsklinikum H., Dr. B., vom 11.05.2015 vor, in dem unter Vorlage einer Fotodokumentation ausgeführt worden ist, bei der Klägerin bestehe eine beidseitige tubuläre Brustdeformität (Typ II nach Grolleau) und eine beidseitige Ptosis Mamma III°. Das Entstehen der tubulären Brustdeformität lasse sich durch embryonale Entwicklungsstörungen des Drüsenkörpers erklären. Die Klägerin leide unter der aktuell entstellenden Situation. In Folge der Gewichtsreduktion sei es zu einem generalisierten Problem mit Haut- und Weichteilerschlaffungen im gesamten Körperbereich gekommen, die mittlerweile nur mit pflegerischem Aufwand bewältigt werden könne. Diese Erkrankung erfordere eine komplexe operative Therapie zur Herstellung einer Körperharmonie, weswegen ein beidseitiges Lifting mit einer Mammaaugmentation indiziert sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.08.2015 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Im Hinblick auf die Mammaaugmentation liege kein regelwidriger Körperzustand bzw. keine Krankheit vor, es werde vielmehr ein kosmetischer Eingriff begehrt. Psychische Störungen wegen mangelnder Akzeptanz des eigenen Körpers seien ggf. mit Mitteln der Psychotherapie zu behandeln, eine Kostenübernahme für operative Maßnahmen durch die Krankenkasse sei nicht möglich. Bei der Lipoaspiration (Liposuktion) handle es sich um eine neue und unkonventionelle Behandlungsmethode, die nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) gelistet sei. Eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über den therapeutischen Nutzen dieser Methode liege nicht vor. Eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse komme daher nur dann in Betracht, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliege, was im Falle der Klägerin nicht der Fall sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 14.09.2015 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zu deren Begründung hat sie vorgetragen, Ausgangspunkt der begehrten Krankenbehandlung sei eine extrem übermäßige Fettansammlung als Folge einer erblichen Störung des Fettstoffwechsels (Lipidose), die mit der ersten Schwangerschaft erstmals aufgetreten sei. Mit der zweiten und der dritten Schwangerschaft sei es zu einer starken Fettbildung gekommen, wegen derer sie schwer übergewichtig geworden sei. In Folge einer Magen-Bypass-Operation, habe sie sodann 76 - 80 kg verloren, wobei es jedoch zu einem deutlichen Hautmantelüberschuss mit mechanischer Behinderung und Hauterkrankungen sowie zu einer Schrumpfung des Brustvolumens gekommen sei. Im Hinblick auf das Begehren einer Brustaugmentation mit Silikonprothesen, sei darauf hinzuweisen, dass seitens der behandelnden Ärztin des Universitätsklinikums H. Dr. B. eine tubuläre Brustdeformität beidseitig, eine Ptosis Mamma beidseitig III° sowie eine Gewichtsabnahme bis 80 kg diagnostiziert worden sei. Dr. B. habe bestätigt, dass die Klägerin psychisch und körperlich leide und erhebliche Schmerzen habe. Ursache sei, so Dr. B., eine embryonale Entwicklungsstörung des Drüsenkörpers. Entgegen der Ansicht des MDK sei daher von einer Fehlanlage der Brust auszugehen, da ein Drüsen- und Fettgewebe so gut wie nicht vorhanden sei. Auch sei die begehrte Liposuktion beider Unterschenkel zu gewähren, da eine langfristig durchgeführte Lymphdrainage mit Kompressionsbandagierungen zu keiner Besserung des Zustandes geführt habe.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Hierzu hat sie auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 21.08.2015 verwiesen und ergänzend vorgetragen, dass auch der Hinweis auf eine Fehlanlage der Brust sowie ein Fehlen des Drüsen- und Fettgewebe zu keiner anderen Beurteilung führe, da nicht nachvollziehbar sei, dass durch die Mammaaugmentation ein Stillen wieder ermöglicht werde. Eine behandlungsbedürftige Erkrankung liege, so die Beklagte, nicht vor.

Mit Urteil vom 22.12.2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat das SG ausgeführt, dass die begehrte Liposuktion nicht vom Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sei. Eine Behandlungsmaßnahme müsse nach Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Leistungen seien ausgeschlossen, wenn sie nicht ausreichend erprobt seien. Diesem Qualitätskriterium entspreche eine Behandlung, wenn die große Mehrheit der einschlägigen Fachleute die Behandlungsmethode befürworte und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens bestehe. Dies setze im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden könnten. Dies sei bei der Behandlungsmethode der Liposuktion nicht der Fall. Gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der streitigen

Maßnahme lägen nicht vor. Ein Beratungsverfahren beim GBA sei zwar eingeleitet worden, eine Entscheidung stehe aber noch aus. Es sei daher davon auszugehen, dass sämtliche Formen der Liposuktion als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode einzustufen seien. Zwar dürfe nach [§ 137c](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und der dortigen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung so lange zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, bis der GBA diese negativ bewertet habe, eine solche liege zwar nicht vor, indes führe allein das Fehlen einer negativen Beurteilung durch den GBA nicht dazu, dass ein Anspruch auf die begehrte stationäre Liposuktion bestehe, da die Qualitäts- und Sicherheitskriterien auch für die stationäre Krankenhausbehandlung gälten. Die Klägerin habe auch keinen Leistungsanspruch auf eine Brustaugmentation mittels Silikonimplantaten. Zwar sei die Klägerin in der Körperfunktion des Stillens dadurch beeinträchtigt, dass ihre Brust über sehr wenig Drüsen- und Fettgewebe verfüge, die begehrte Operation diene jedoch, so das SG, nicht dazu, die Funktionsbeeinträchtigung des Stillens zu behandeln. Weder soll die Brustvergrößerung durch fehlendes bzw. vermindertes Drüsengewebe verursachte physiologische Funktionsausfälle beheben, noch sei die Vergrößerung hierzu objektiv geeignet. Vielmehr solle die Brustvergrößerung lediglich das Erscheinungsbild der Klägerin verändern. Das Erscheinungsbild der Klägerin sei jedoch, so das SG, nicht behandlungsbedürftig. Ein Behandlungsanspruch entstehe nur im Falle einer Entstellung. Hierfür genüge nicht jede körperliche Abnormität, vielmehr müsse es sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit auslösten. Hierzu müsse eine beachtliche Erheblichkeitsschwelle überschritten sein, was im Falle der Klägerin nicht der Fall sei. Ggf. bestehende psychische Beeinträchtigungen der Klägerin durch die Form der Brust seien mit Mitteln der Psychotherapie und nicht mit Operationen zu beheben.

Gegen das ihr am 05.01.2017 zugestellte Urteil hat die Klägerin 06.02.2017, einem Montag, Berufung eingelegt. Zu deren Begründung bringt sie vor, sie habe, entgegen der Einschätzung des SG, einen Anspruch auf Durchführung der Liposuktion. Zwar sei es zutreffend, dass eine Richtlinie des GBA noch nicht vorliege, es werde indes verkannt, dass eine alternative Behandlungsempfehlung nicht gegeben werden konnte. Sämtliche konservativen Behandlungsmethoden lösten ihr Problem nicht. Die Liposuktion sei als einzige Behandlungsalternative anzusehen. Sie leide unter erheblichen Schmerzen und sei sehr druckempfindlich. Auch die Einschätzung des SG betreffend die begehrte Brustvergrößerung mittels Silikonimplantaten sei falsch. Bei ihr bestehe eine Fehlbildung der Brust, die im Zusammenhang mit der extremen Gewichtszunahme und im weiteren Fortgang Gewichtsabnahme zu einem behandlungsbedürftigen Zustand geführt habe. Es liege eine Krankheit im Sinne des Gesetzes vor, so dass die entsprechenden notwendigen medizinischen Maßnahmen zu ergreifen seien. Auch bestehe kein ausreichendes Brustgewebe, um genügend Muttermilch zu produzieren. Einen Stillversuch habe sie nach drei Wochen abgebrochen. Auch sei entgegen der Einschätzung des SG von einer entstellenden Abweichung auszugehen. In der mündlichen Verhandlung vom 17.07.2019 hat die Vertreterin der Klägerin mitgeteilt, dass bei dieser zwischenzeitlich alle genehmigten Operationen mit Ausnahme der im Bereich der Brust und der Unterschenkel durchgeführt worden seien.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 22.12.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 19.02.2015 in der Fassung des Bescheids vom 20.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.08.2015 zu verurteilen, die Kosten ihrer Versorgung mit einer beidseitigen Mammaaugmentation sowie die Kosten einer beidseitigen Liposuktion der Unterschenkel im Rahmen von stationären Operationen zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages verweist die Beklagte auf die aus ihrer Sicht zutreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil. Der Vortrag zur Begründung der Berufung bedinge keine abweichende Einschätzung. Die Liposuktion sei weiterhin als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu bewerten. In der mündlichen Verhandlung vom 17.07.2019 hat der Beklagtenvertreter mitgeteilt, dass zwischenzeitlich vom GKV-Spitzenverband die Rahmenbedingungen der Durchführung der von GBA beschlossenen Erprobungsrichtlinie festgelegt seien. Diese werde von der Universitätsklinik Köln und der Hautklinik Darmstadt begleitet. Die Teilnehmer würden über ein "Interessenbekundungsverfahren" ausgewählt. Hierzu könnten sich interessierte Patienten in der Zeit vom 01.10. - 31.12.2019 auf der Homepage "www.erprobung-liposuktion.de" melden. Die gesetzlichen Krankenkassen hätten keinen Einfluss darauf, welche Patienten sodann in die Erprobung aufgenommen werden.

Der Senat hat die behandelnde Fachärztin für Allgemeinmedizin, Dr. M., schriftlich als sachverständige Zeugin einvernommen. In ihrer Stellungnahme vom 12.06.2019 hat Frau Dr. M. mitgeteilt, dass bei der Klägerin ein Lipödem im Stadium III vorliege. Unter konsequenter Kompressionsbehandlung sei keine befriedigende Linderung eingetreten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten für die Klägerin geführte Leistungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 17.07.2019 geworden sind, sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 17.07.2019 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und unter Heranziehung von [§ 64 Abs. 3 SGG](#) fristgerecht ([§ 151 Abs. 2 SGG](#)) eingelegte Berufung der Klägerin ist nach [§ 143 Abs. 1 SGG](#) statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstandes den nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) erforderlichen Wert von 750,- EUR übersteigt, und auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung der Klägerin führt für diese inhaltlich jedoch nicht zum Erfolg. Das SG hat die Klage auf Übernahme der Kosten einer Mammaaugmentation mit Silikonprothesen sowie auf Übernahme der Kosten einer Liposuktion der Unterschenkel zu Recht abgelehnt.

Hierbei ist das SG zu Recht davon ausgegangen, dass die Klage zulässig war. Zwar hat die Klägerin persönlich erst am 01.04.2015 und damit außerhalb der Widerspruchsfrist von einem Monat ab Bekanntgabe des Bescheides (vgl. [§ 84 Abs. 1 SGG](#)) "Teilwiderspruch" gegen den Bescheid vom 19.02.2015, der die Mammaaugmentation mit Silikonprothesen und die Lipoaspiration abgelehnt hatte, eingelegt, indes

beinhaltete der Bescheid vom 19.02.2015 keine Rechtsbehelfsbelehrung, weswegen nach [§ 66 Abs. 2 SGG](#) Widerspruch binnen eines Jahres eingelegt werden konnte. Diese Frist wurde mit der Erhebung am 01.04.2015 gewahrt. Der Senat kann hiernach offen lassen, ob das Vorbringen des Dr. H. im Schreiben vom 04.03.2015 tatsächlich als Widerspruch der Klägerin gewertet werden kann. Auch dahingestellt bleiben kann, ob durch den Bescheid vom 20.03.2015 hinsichtlich der Ablehnung der beantragten Maßnahmen eine neue Frist zu laufen begann.

Der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten vom 19.02.2015 in der Fassung des Bescheids vom 20.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.08.2015 ist, soweit der Antrag auf Übernahme der Kosten einer Mammaaugmentation mit Silikonprothesen sowie auf Übernahme der Kosten einer Liposuktion abgelehnt worden ist, rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Gem. [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) auch die Krankenhausbehandlung. Der Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus besteht nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wenn die Aufnahme oder Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insb. die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Unterkunft und Verpflegung; die akut stationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Voraussetzung für den Leistungsanspruch nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) ist der Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit. Krankheit meint einen regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [BSG] u. a. Urteil vom 28.02.2008 - [B 1 KR 19/07 R](#) -, in juris). Der krankenversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff ist hiernach enger als der Krankheitsbegriff im allgemein-medizinischen Sinne, der jede Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen bzw. das Vorhandensein typischer ätiologisch, morphologisch oder symptomatisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestimmte Erkrankung verstanden werden, umfasst (BSG, Urteil vom 22.04.2015 - [B 3 KR 3/14 R](#) -, in juris). Krankheitswert i.S.d. [§ 27 SGB V](#) kommt hiernach nicht jeder körperlichen Anomalität zu. Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder dass er an einer Abweichung vom Regelfall leidet, die entstellend wirkt (BSG, Urteil vom 13.07.2004 - [B 1 KR 11/04 R](#) -, in juris m.w.N.). Abweichungen von der morphologisch idealen Norm, die noch befriedigende körperliche Funktionen zulassen, stellen hingegen keine Krankheit i.S.d. [§ 27 SGB V](#) dar, weswegen die Korrektur zwar normabweichender, aber nicht funktionsbeeinträchtigender Körperzustände nicht beansprucht werden kann (Landessozialgericht [LSG] für das Land Brandenburg, Urteil vom 06.03.2002 - [L 4 KR 24/00](#) -, in juris).

I.d.S. stellt die weibliche Brustgröße grundsätzlich keinen regelwidrigen Körperzustand dar, da es keine Normgröße gibt; es besteht daher grundsätzlich weder ein Anspruch auf Vergrößerung noch auf Verkleinerung der Brust (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2004 - [B 1 KR 3/03 R](#) -, in juris). Dies gilt auch bei angeborener Asymmetrie der Brüste. Zwar ist grds. eine abweichende Bewertung möglich, bspw., wenn die übermäßige Brustgröße zu orthopädischen Beschwerden führt; dann kann eine Brustverkleinerung als mittelbare Krankenbehandlung angezeigt sein, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr zur Verfügung stehen, indes bedingt der Umstand des genetisch bedingten fehlenden Drüsengewebes vorliegend keine abweichende Beurteilung i.d.S. als ein Leistungsanspruch auf eine Mammaaugmentation mit Silikonprothesen zu gewähren wäre. Die biologische Funktion der weiblichen Brust besteht zunächst und zuvorderst darin, die Muttermilch zur Ernährung des Neugeborenen und Säuglings bereitzustellen. Vor dieser Funktion kann unter dem Gesichtspunkt einer körperlichen Fehlfunktion vorliegend bereits deswegen nicht von einer behandlungsbedürftigen Krankheit ausgegangen werden, weil die von der Klägerin begehrte Behandlung im Wege einer Mammaaugmentation mit Silikonprothesen nur zu einer Änderung der Optik, nicht jedoch dazu führen würde, dass auch eine - auch zum Stillen geeignete - funktionsfähige Brust geschaffen würde. Es fehlt insofern und zwar auch bezogen auf die Linderung einer durch die Regelwidrigkeit möglicherweise verursachten körperlichen Beeinträchtigung - am Merkmal der Behandlungsbedürftigkeit, das seinerseits die Behandlungsfähigkeit voraussetzt. Die von den Krankenkassen geschuldete Krankenbehandlung muss i.d.S. unmittelbar an der eigentlichen Krankheit ansetzen (BSG, Urteil vom 19.10.2004 - [B 1 KR 3/03 R](#) -, Urteil vom 09.06.1998 - [B 1 KR 18/96 R](#) - [Hodenprothese] beide in juris; Urteil des erkennenden Senats vom 21.03.2018 - [L 5 KR 3247/16](#) - [Penisverlängerung], in juris), was im Falle der begehrten Mammaaugmentation mit Silikonprothesen nicht der Fall ist.

Eine etwaige psychische Beeinträchtigung der Klägerin infolge der von ihr als nicht normgerecht empfundenen äußeren Gestalt der Brust, vermag eine Mammaaugmentation mit Silikonprothesen gleichfalls nicht zu rechtfertigen, da derartigen Belastungen nicht durch chirurgische Eingriffe in eine an sich gesunde Körpersubstanz, sondern mit Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu begegnen ist (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2004 - [B 1 KR 3/03 R](#) -, in juris).

Die Leistungspflicht der Beklagten lässt sich auch nicht damit begründen, dass die Klägerin wegen äußerlicher Entstellung als behandlungsbedürftig anzusehen wäre. Kosmetische Beeinträchtigungen sind zwar nicht vollständig ungeeignet zur Begründung einer Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen zu werden, sie müssen aber ein extremes und unzumutbares Ausmaß erreicht haben. Um eine Entstellung annehmen zu können, genügt nicht jede körperliche Anomalität. Vielmehr muss es sich objektiv um eine so erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit auslöst und die damit zugleich erwarten lässt, dass der Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Betrachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückzieht oder zu vereinsamen droht, sodass Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist. Um eine Auffälligkeit im Sinne einer Entstellung anzunehmen, muss objektiv eine beachtliche Erheblichkeitsschwelle überschritten sein; die körperliche Auffälligkeit muss in einer solchen Ausprägung vorhanden sein, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen "quasi im Vorbeigehen" bemerkbar macht und regelmäßig zur Fixierung des Interesses anderer auf den Betroffenen führt (BSG, Urteil vom 28.02.2008 - [B 1 KR 19/07 R](#) -, in juris m.w.N.). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Im Hinblick auf die Brustgröße der Klägerin scheidet eine entstellende Wirkung bereits deswegen aus, da die Brüste beim Kontakt mit Mitmenschen durchgängig bedeckt sind und die sich einem unbefangenen Dritten auch in einem bekleidetem Zustand vermittelnde Form der Brust keine Auffälligkeiten im oben beschriebenen Sinne zeigt. Auch der sich aus der aktenkundigen Fotodokumentation vermittelnde Eindruck erreicht das oben umschriebene Maß nicht.

Mithin hat die Klägerin keinen Anspruch aus [§§ 27, 39 SGB V](#) auf Übernahme der Kosten einer (stationären) Mammaaugmentation mit Silikonimplantaten.

Die Klägerin hat des Weiteren keinen Anspruch aus [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf die Übernahme der Kosten einer stationär durchgeführten Liposuktion des Lipödems.

Der Anspruch auf Krankenbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus greift nur nach der Maßgabe des für alle Naturalleistungsbereiche geltenden Qualitätsgebots ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Wie stets im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat daher auch die Krankenhausleistung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (Qualitätsgebot des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Die Leistungen der zur Versorgung gesetzlich Krankensicherter zugelassenen Krankenhäuser müssen grundsätzlich bereits diesem Qualitätsgebot genügen, um überhaupt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar zu sein. Grundsätzlich fordert das Qualitätsgebot, dass 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. Dieses setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode - die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu würdigen ist - zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar 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 (BSG, Urteil vom 19.12.2017 - [B 1 KR 17/17 R](#) -, in juris, dort Rn. 14 m.w.N.). Dies gilt auch für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im Krankenhaus: Der GBA überprüft Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insb. weil sie schädlich oder unwirksam ist, erlässt der GBA eine entsprechende Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, beschließt der GBA eine Richtlinie zur Erprobung nach [§ 137e SGB V](#). Nach Abschluss der Erprobung erlässt der GBA eine Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf, wenn die Überprüfung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse ergibt, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht.

Eine Behandlungsmethode gehört dementsprechend grundsätzlich erst dann zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Erprobung abgeschlossen ist und über Qualität und Wirkungsweise der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden können. Das setzt einen Erfolg der Behandlungsmethode in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen voraus. Dabei muss sich der Erfolg aus wissenschaftlich einwandfrei geführten Statistiken über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der neuen Methode ablesen lassen.

Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe hat die Klägerin keinen Anspruch auf Versorgung mit unter stationären Bedingungen durchzuführenden Liposuktionen bei Lipödem (BSG, Urteile vom 24.04.2018 - [B 1 KR 13/16 R](#) - und 10/17 R -, in juris), da die begehrte Maßnahme nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots entspricht (vgl. BSG, Urteile vom 24.04.2018 - [B 1 KR 13/16 R](#) - und 10/17 R -, in juris). Der Senat stützt sich hierbei auf das Gutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des MDK vom 06.10.2011 nebst Gutachtensaktualisierung (15.01.2015; abrufbar unter www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/gutachten-nutzenbewertungen.html dort Gutachten Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen), das auch dem Inhalt der "Tragenden Gründen zum Beschluss des GBA über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem vom 20.7.2017" (abrufbar unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3013/) entspricht und auf die der Senat zurückgreifen kann (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28.07.2008 - [B 1 KR 5/08 R](#) - in juris).

Ein Sachleistungsanspruch der Klägerin auf die begehrten Leistungen folgt vorliegend auch nicht aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), der mit Wirkung vom 01.01.2012 durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 ([BGBl. I S. 2983](#)) eingefügt worden ist und der in Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgericht (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) - in juris) und die diese Rechtsprechung konkretisierenden Entscheidungen des BSG (z.B. Urteile vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) - und - [B 1 KR 7/05 R](#) - und Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) - alle in juris) gesetzlich normiert, dass Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) abweichende Leistung (und damit eine Leistung, deren Qualität und Wirksamkeit entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse noch nicht feststeht) beanspruchen können, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die bei der Klägerin vorliegenden Erkrankungen verlaufen weder regelmäßig tödlich, noch sind sie derartigen Erkrankungen wertungsmäßig gleich zu erachten.

Auch fiktionsrechtliche Gesichtspunkte vermögen dem Begehren der Klägerin nicht zum Durchbruch zu verhelfen. Die Krankenkasse hat nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 ([BGBl. I S. 277](#)) über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insb. des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Hält die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Da die Beklagte über den Antrag vom 19.01.2015, zu dessen Entscheidung sie eine gutachterliche Einschätzung des MDK angefordert hat, wovon sie die Klägerin mit Schreiben vom 19.01.2015 in Kenntnis gesetzt hat, bereits am 19.02.2015 und damit innerhalb der durch die Einschaltung des MDK auf fünf Wochen verlängerten Frist, entschieden hat, galten die begehrten Leistungen nicht als genehmigt.

Die Klägerin hat auch keinen - im vorliegenden Verfahren - durchsetzbaren Anspruch auf Teilnahme an dem Erprobungsverfahren nach der am 10.04.2018 in Kraft getretenen Richtlinie des GBA zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems (Erp-RL Liposuktion) vom

18.01.2018, BAnz AT 9.4.2018 B1) bzw. auf eine ermessensfehlerfreie Berücksichtigung ihrer Person beim Auswahlverfahren. Nach dem Beschluss des GBA vom 18.01.2018 sollen, um den GBA in die Lage zu versetzen, eine abschließende Bewertung des Nutzens der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems durchzuführen, im Wege der Erprobung die hierfür notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode gewonnen werden (§ 1 Erp-RL Liposuktion). In die Erprobungsstudie sollen Patientinnen eingeschlossen werden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit gesichertem Lipödem der Beine im Stadium I, II oder III, die auch unter konservativer Behandlung keine ausreichende Linderung der Beschwerden angegeben haben (§ 3 Abs. 1 Erp-RL Liposuktion). Ausschlussgründe sind eine allgemeine Adipositas ohne Disproportion, wobei hierzu noch Grenzwerte festzulegen sind, andere ödemverursachende Erkrankungen, Fettverteilungstörungen anderer Genese sowie die Ablehnung einer konservativen Therapie (§ 3 Abs. 2 Erp-RL Liposuktion). Die Klägerin fällt zwar nach den Bekundungen der behandelnden Ärztin Dr. M. vom 12.06.2019 unter den (positiven) Anwendungsbereich des Beschlusses, da sie an einem Lipödem im Stadium III leidet, unter konservativer Behandlung keine ausreichende Linderung der Beschwerden eingetreten ist und sie das 18. Lebensjahr vollendet hat. Ausschlussgründe i.S.d. 3 Abs. 2 Erp-RL Liposuktion liegen - zum Zeitpunkt der Entscheidung des Senats - nicht vor. Für diesen Fall hat das BSG in seinen Urteilen vom 24.04.2018 ([a.a.O.](#)) ausgeführt, dass in Anlegung des Grundsatzes zur Rechtsanwendungsgleichheit im Leistungsrecht ein Anspruch der Versicherten auf Teilnahme an der Erprobungsrichtlinie, der sich, wenn mehr Interessenten als Behandlungsplätze vorhanden sind, auf eine ermessensfehlerfreie Berücksichtigung ihrer Person bei der Auswahlentscheidung richte, bestehe. Indes sind nach den zwischenzeitlich festgelegten Rahmenbedingungen die gesetzlichen Krankenkassen in keinsten Weise in die personelle Auswahl der Teilnehmer an der Erp-RL Liposuktion involviert. Interessierte Patienten können sich vielmehr selbstständig und ungeachtet einer etwaigen Befürwortung durch eine gesetzliche Krankenkasse in der Zeit vom 01.10. - 31.12.2019 auf der Homepage "www.erprobung-liposuktion.de" melden. Nach dem dortigen Inhalt wird nach Ablauf der Interessenbekundungsphase der Studienarzt nach einer Untersuchung auf Grundlage der medizinischen Bedingungen des Studienprotokolls über die Teilnahme an der Erp-RL Liposuktion entscheiden, wobei, wenn mehr Interessierte als Studienplätze vorhanden sein sollten, im Losverfahren über die Teilnahme entschieden werde. Da nach diesen Abläufen die gesetzlichen Krankenkassen und damit auch die im vorliegenden Verfahren Beklagte, keinerlei Einfluss darauf haben, ob die Klägerin - bei einem unterstellten Teilnahmeinteresse - an der Erprobungsrichtlinie teilnehmen kann und darf, besteht vorliegend kein - im vorliegenden Verfahren gegen die hiesige Beklagte durchsetzbarer Anspruch auf Teilnahme an der Erprobungs-Richtlinie, weswegen die Beklagte nicht zu verurteilen ist, über die Teilnahme der Klägerin der Erprobungs-Richtlinie zu entscheiden (vgl. hierzu Schifferdecker in [NZS 2018, 700](#); Eichberger, Liposuktion - Ein Dauerbrenner - SGB 2019, 214, 219).

Der Bescheid der Beklagten vom 19.02.2015 in der Fassung des Bescheids vom 20.03.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.08.2015 ist hiernach rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten; die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG vom 22.12.2016 ist zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-08-05