

L 8 KR 101/10

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 10 KR 459/09
Datum
26.02.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 101/10
Datum
07.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 26. Februar 2010 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Kosten einer ambulanten Liposuktion (Fettabsaugung) an Beinen, Hüften in drei Sitzungen streitig.

Die Klägerin, geboren im Jahr 1991, ist bei der Beklagten krankenversichert. Mit Schreiben vom 7. Februar 2009 beantragte sie die Übernahme einer ambulanten Liposuktions-Behandlung an Beinen und Oberarmen in vier Sitzungen unter Vorlage ärztlicher Bescheinigungen und Befundergebnisse sowie eines Kostenvoranschlages des Klinikums B-Stadt vom 2. Februar 2009. Nach diesem Kostenvoranschlag wurden die Kosten einer Behandlung in Höhe von 2.604,00 EUR veranschlagt. Weiter führt das Klinikum B-Stadt aus, bei der Klägerin sei im Januar 2008 die Diagnose Lipödem-Syndrom der Beine und Arme (ICD R 60.0) durch einen Phlebologen gestellt worden. Seit Sommer 2008 habe die Klägerin manuelle Lymphdrainage und Kompression dreimal wöchentlich für vier Wochen erhalten. Eine Besserung sei nur für eine gewisse Zeit eingetreten. Auch trage die Klägerin konsequent Kompressionsstrümpfe. Es finde sich die für ein Lipödem typische Morphologie mit nicht-ödematösen Gewebsvermehrung mit Fettkragenbildung über den Gelenken. Es bestehe deutlicher Ruheschmerz und Druckdolenz in den betroffenen Regionen.

Die Beklagte veranlasste ein Gutachten nach Aktenlage durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK), das am 18. Februar 2009 durch Dr. C. erstellt wurde. Zunächst verwies Dr. C. darauf, dass die vorgelegten Bescheinigungen unterschiedliche Angaben zum Befund der Klägerin mitteilten. Auch sei bei der mitgeteilten Körpergröße von 168 cm und 72 kg ein BMI von 25,5 und damit ein Übergewicht festzustellen. Weiter führte Dr. C. in seinem Gutachten aus, bei der Liposuktion handele sich um eine neue Behandlungsmethode für die der Gemeinsame Bundesausschuss bislang keine Empfehlung gem. [§ 135 SGB V](#) ausgesprochen habe. Damit komme eine Leistungspflicht der Krankenversicherung für den ambulanten Eingriff nicht in Betracht. Da keine lebensbedrohliche Erkrankung der Klägerin vorliege, sei eine Leistungspflicht auch nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 nicht anzunehmen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 19. Februar 2009 den Antrag der Klägerin gestützt auf das Gutachten des MDK ab.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch mit der Begründung, bei ihr sei eindeutig ein Lipödem diagnostiziert worden. Auch habe der behandelnde Arzt in seiner Bescheinigung nicht ausgeführt, dass dies auf die Beine beschränkt sei. Ergänzend legte die Klägerin eine weitere Bescheinigung ihrer Hautärzte vom 3. Februar 2009 vor. Die operative Behandlung ihrer Erkrankung sei die einzige ursächlich therapeutische Behandlungsmöglichkeit. Zudem werde ihr Körpergewicht von 72 Kilo allein durch ihre Erkrankung bedingt. Ebenso habe das Sozialgericht Frankfurt in einem Rechtsstreit festgestellt, dass eine Krankenkasse die Kosten einer Liposuktion im Falle eines Lipödems übernehmen müsse (Entscheidung vom 26. Februar 2004, Az. S [30/25 KR 2369/02](#)). Ergänzend legte die Klägerin eine weitere Bescheinigung ihrer Hautärzte vom 3. Februar 2009 vor.

Die Beklagte veranlasste ein weiteres Gutachten des MDK nach Aktenlage vom 22. März 2009 in dem dieser im Wesentlichen ausführt, eine

Übernahme der Kosten einer ambulanten Liposuktion sei erst im Falle eines positiven Votums des gemeinsamen Bundesausschusses für diese Methode möglich. Im ambulanten Bereich könne die beantragte Behandlung nicht über die Versichertenkarte mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 25. März 2009 das Ergebnis der erneuten Stellungnahme des MDK mit und wiederholte ihre Entscheidung, die Kosten einer ambulanten Liposuktion nicht zu übernehmen.

Die Klägerin legte der Beklagten einen Arztbrief des Klinikums B-Stadt vom 5. Mai 2009 vor, in dem mitgeteilt wurde, am 13. März 2009 sei eine ambulante Liposuktion der Oberschenkel- und Knie-Innenseiten, am 17. April 2009 der Oberschenkelaußenseiten und der Hüften und am 27. Mai 2009 der Oberschenkel bds. durchgeführt worden.

Im weiteren Verlauf übernahm die Beklagte die Kosten einer stationären Weiterbehandlung an den Oberarmen der Klägerin im Herbst 2009.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 2009 als unbegründet im Hinblick auf die ambulant durchgeführte Liposuktion zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 11. November 2009 Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben und die Erstattung von 3 ambulanten Liposuktionen (am 13. März 2009, am 17. April 2009 und am 22. Mai 2009) in Höhe von jeweils 2.606,940 EUR geltend gemacht. Die Klägerin hat entsprechende Rechnungen des Klinikums B-Stadt vorgelegt.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, bei der durchgeführten Liposuktion handele es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung. Diese sei die einzige Therapievariante, die einen langfristigen Behandlungserfolg verspreche. Für die Kostenübernahme könne es keine Rolle spielen, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werde.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 27. Februar 2010 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt, die Voraussetzung eines Anspruchs auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) lägen nicht vor. Zwar bestehe grundsätzlich nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4](#) i.V.m. [§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V](#) ein Anspruch auf Behandlung einer Krankheit. Anhand der vorliegenden Unterlagen bestünden Zweifel am Vorliegen einer Krankheit. So sei ein BMI von 25,5 mitgeteilt worden. Damit sei die Klägerin leicht übergewichtig, dies sei jedoch nicht so stark ausgeprägt, dass eine zwingende Behandlungsnotwendigkeit in Form einer Liposuktion bestehe. Der MDK habe in seinem Gutachten überzeugend dargelegt, dass eine Behandlung mittels komplexer Entstauungstherapie, Lymphdrainagen und Versorgung mit Kompressionsstrümpfen möglich sei. Auch habe das Klinikum B-Stadt in seinem nach-operativen Bericht vom 5. Mai 2009 ausdrücklich darauf hingewiesen. Somit lasse sich eine medizinische Notwendigkeit der ambulant durchgeführten Liposuktion nicht ableiten. Zudem sei die durchgeführte ambulante Liposuktion nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, da es sich hierbei um eine neue Behandlungsmethode handele und eine Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 135 SGB V](#) fehle. Neu sei eine Behandlungsmethode, wenn sie bislang in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistung (EBM-Ä) nicht aufgeführt worden sei. Dies sei unstrittig für die ambulante Liposuktion im streitigen Behandlungszeitraum nicht der Fall. Gehöre eine ambulante Behandlungsmethode nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, könne die Behandlung nur zu Lasten der Krankenversicherung erfolgen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss gem. [§ 135 SGB V](#) eine Empfehlung ausgesprochen habe. Eine solche Empfehlung fehle für die hier streitige Liposuktion. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe am 5. November 2002 mitgeteilt, dass diese Behandlungsmethode weder überprüft noch eine Empfehlung dafür ausgesprochen worden sei. Neue Erkenntnisse zu dieser Methode sei nicht bekannt bzw. zwischenzeitlich auch eine Empfehlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgesprochen worden. Ein Ausnahmefall, in denen eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht vorliegen müsse, liege nicht vor. Ein Systemversagen sei nicht zu erkennen. Auch nach den Grundsätzen des BVerfG (Urteil vom 6. Dezember 2006) besitze die Klägerin keinen Kostenerstattungsanspruch, da dies voraussetze, dass es sich um eine lebensbedrohlich oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung handele. Auch könne die Klägerin ihren Kostenerstattungsanspruch nicht darauf stützen, dass sie von der Beklagten erst mit Schreiben vom 13. Juli 2009 darauf hingewiesen wurde, dass die streitige Behandlung im Rahmen einer stationären Aufenthalts zulasten der Krankenversicherung erbracht werden könne. Denn ausweislich ihres Antrages vom 7. Februar 2009 habe sie ausdrücklich eine ambulante Behandlung beantragt.

Gegen den am 11. März 2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 9. April 2010 Berufung eingelegt.

Die Klägerin wiederholt und vertieft im Berufungsverfahren ihren bisherigen Vortrag.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 27. Februar 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 19. Februar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der am 13. März 2009, am 17. April 2009 und am 22. Mai 2009 im Klinikum B-Stadt durchgeführten ambulanten Liposuktionen in Höhe von 7.819,47 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid eine zutreffende Entscheidung getroffen.

Der Senat hat mit Beschluss vom 17. Mai 2010 die Entscheidung des Berufungsverfahrens auf die Berichterstatterin übertragen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten ergänzend Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Darmstadt vom 26. Februar 2010 auf der Grundlage des Beschlusses vom 17. Mai 2010 gemäß [§ 153 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) abweichend von [§ 33 Satz 1 SGG](#) auf die

mündliche Verhandlung vom 7. Juli 2011 in der Besetzung der Berichterstatterin als Vorsitzende und zwei ehrenamtlichen Richter entscheiden.

Die Berufung ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben.

Die Entscheidung des Sozialgerichts vom 26. Februar 2010 ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 19. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte hat seinerzeit rechtmäßig die Gewährung von ambulanten Liposuktionen als Sachleistung abgelehnt und die Klägerin besitzt nach Durchführung der ambulanten operativen Maßnahme kein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V auf Erstattung der ihr entstandenen Kosten.

Als Rechtsgrundlage für die begehrte Kostenerstattung kommt ausschließlich [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 2. Alt. SGB V in Betracht. Danach sind dem Versicherten die für eine von ihm selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Krankenkasse diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, die Leistung notwendig und die Ablehnung für die Entstehung der Kosten ursächlich war. Da der Anspruch auf Kostenerstattung nicht weiter reicht als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch, setzt der Kostenerstattungsanspruch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, [SozR 4-2500 § 31 Nr. 9](#)).

Die Entscheidung des Sozialgerichts entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (siehe zuletzt: Urteil vom 16. September 2008, Az.: [B 1 KR 11/08 R](#), veröffentlicht in juris). Danach scheidet ein Anspruch auf eine ambulante Liposuktion daran, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die neue Methode der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat. So führt das Bundessozialgericht aus: "Der Anspruch des Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist - wie hier - bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss 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](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten ambulanten Leistung verbindlich festgelegt (strittige Rechtsprechung, vgl. [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#), jeweils Nr. 12 m.w.N. - LITT; [BSGE 96, 170](#) = [SozR 4-2500 § 31 Nr. 4](#), jeweils Nr. 15 m.w.N. - Tomudex). Ärztliche "Behandlungsmethoden" im Sinne der GKV sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll (vgl. [BSGE 82, 233](#), 237 = [SozR 3-2500 § 31 Nr. 5](#) - Jumol; vgl. auch [BSGE 88, 51](#), 60 = [SozR 3-2500 § 27a Nr. 2](#) m.w.N.; BSG, [SozR 3-5533 Nr. 2449](#), Nr. 2 Seite 9f; BSG, [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#), Nr. 17). Darum geht es bei den von der Klägerin selbst beschafften Liposuktion. "Neu" ist eine Methode, wenn sie - wie hier die Liposuktion - zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistung (EBM-Ä) enthalten ist (BSG, Urteil vom 27. September 2005 - [B 1 KR 28/03 R](#) - USK 2005-77; [BSGE 81, 54](#), 58 = [SozR 3 2500 § 135 Nr. 4](#); [BSGE 81, 73](#), 75 f. = [SozR-2500 § 92 Nr. 7](#)). Als nicht vom GBA empfohlene neue Methode ist die ambulante Fettabsaugung bei Lipödeme mithin grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der GKV." Dieser Rechtsprechung hat sich der Senat bereits mit seinem Urteil vom 28. Oktober 2009, Az.: L 8 KR 281/08 angeschlossen und ständig fortgesetzt (siehe auch Urteil vom 27. Januar 2011. Az.: L 8 KR 72/09). Auch im vorliegenden Verfahren sieht der Senat keine Veranlassung von dieser Rechtsprechung abzuweichen.

Auch kann die begehrte Kostenerstattung der ambulanten Liposuktion nicht darauf gestützt werden, dass im Rahmen einer stationären Krankenbehandlung diese Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkasse möglich wäre. Dies beruht darauf, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht voraussetzt. [§ 137 c SGB V](#) schließt für die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht aus, solange der Gemeinsame Bundesausschuss kein Negativvotum ausgesprochen hat (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, Az.: [B 1 KR 11/08 R](#) m.w.N.). Ein negatives Votum existiert für die Liposuktion als stationäre Behandlungsmethode nicht.

Die Klägerin kann auch nicht erfolgreich einwenden, die Beklagte habe Sie nicht rechtzeitig auf die Möglichkeit der Leistungsgewährung im Rahmen einer stationären Behandlung hingewiesen. Denn mit ihrem Antrag vom 7. Februar 2009 hat sie unter Vorlage des Kostenvorschlages des Klinikums B-Stadt vom 2. Februar 2009 ausdrücklich eine ambulante Liposuktion beantragt.

Dass im Fall der Klägerin die 4. Liposuktion stationär und damit auf Kosten der Beklagten durchgeführt wurde, lässt nach den o.g. Ausführungen keine andere Entscheidung zu. Aus den vorliegenden Unterlagen ergaben sich keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit der 3 streitigen Liposuktion-Behandlungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ([§ 12 Abs. 1](#), [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)).

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-12-12