

L 16 KR 660/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 11 KR 345/14
Datum
27.11.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 660/17
Datum
19.07.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 27.11.2014 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der beklagten Krankenkasse (im Folgenden: Beklagte) die Erstattung der Kosten für Liposuktionsbehandlungen.

Die 1981 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie beantragte am 08.01.2014 die Kostenübernahme für insgesamt vier Liposuktionsbehandlungen. Zur Begründung verwies sie auf ein fachärztliches Gutachten der Praxis Gefäßkrankheiten S vom 21.11.2013 nebst beigefügten Kostenvoranschlägen für die operative Behandlung der Oberschenkel beidseits (3.800,00 EUR), der Unterschenkel beidseits (3.800,00 EUR), der Arme beidseits (3.800,00 EUR) und des Gesäßes (3.800,00 EUR). In dem Gutachten ist ausgeführt, die Klägerin zeige das typische Bild eines Lipödems. Die operative Reduktion des Fettgewebes sei medizinisch indiziert. Rechtzeitig operiert sei die Erkrankung mittels der begehrten operativen Behandlung heilbar. Die Kriterien für die Kostenübernahme für eine ambulante Durchführung der begehrten Operation im Einzelfall seien erfüllt. Erstens verspreche die Behandlung eine erhebliche Aussicht auf wesentliche Besserung oder gar Heilung der Erkrankung und zweitens bestehe keine alternative, vergleichbar wirkungsvolle Therapieoption. Der Anspruch ergebe sich aus [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) i.V.m. [Art. 2 Abs. 2 GG](#) und dem Sozialstaatsprinzip.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach Aktenlage ein. Der Klägerin teilte sie unter dem 13.01.2014, dem Datum der Beauftragung des MDK, mit, für die abschließende Klärung/Bearbeitung werde noch etwas Zeit benötigt. Nach Erhalt des MDK-Gutachtens vom 22.01.2014 lehnte die Beklagte die Leistung telefonisch am 30.01.2014 ab.

Die Klägerin nahm unter dem 09.02.2014 Stellung und teilte mit, sie befinde sich seit 2005 mit Unterbrechungen in einem Weight Watchers Ernährungsprogramm. In Zeiten, in denen sie dort nicht angemeldet gewesen sei, habe sie das Programm allein zu Hause durchgeführt. Seit 2005 gehe sie regelmäßig zweimal die Woche schwimmen. Sie habe auch das regelmäßige Walken ausprobiert. Weite Strecken seien ihr nicht möglich. Aufgrund des Beinumfangs sei auch das Fahrradfahren schwierig und mit Schmerzen verbunden. Im März 2013 habe sie die erste Verordnung für manuelle Lymphdrainage erhalten. Seit 2006 trage sie regelmäßig Kompressionsstrümpfe. Seit Dezember 2013 liege auch eine Armbestrumpfung vor. Durch die Erkrankung komme es schon zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Sie habe alle möglichen konservativen Therapien ausgeschöpft. Sie verweise auf die durch diese auch zukünftig entstehenden Kosten.

Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des MDK vom 25.02.2014 lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 06.03.2014 erneut ab. Die Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahme sei nicht durch eindeutige wissenschaftliche Studien bewiesen und die Methode nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt. Der MDK habe ausgeführt, trotz der weiteren vorgelegten Unterlagen ergäben sich keine neuen sozialen und medizinischen Aspekte, die eine Kostenübernahmeempfehlung erlaubten.

Den Widerspruch der Klägerin, die zusätzlich eine Fotodokumentation vorlegte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18.06.2014 zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 08.07.2014 Klage beim Sozialgericht Gelsenkirchen erhoben. Sie hat ausgeführt, die Mitarbeiterin der Beklagten habe in dem Telefonat vom 30.01.2014 mitgeteilt, der MDK habe den Antrag nicht positiv bewertet. Zugleich sei aber ausgesagt worden, dies sei noch keine Ablehnung durch die Beklagte, sie solle den Antrag noch einmal begründen und Atteste beilegen. Die Beklagte habe keine Einzelfallprüfung vorgenommen, sondern nach dem "Schema F" geprüft. Der MDK habe sie nicht untersucht. Die Begründung,

das Lipödem sei keine lebensbedrohliche Erkrankung, sei fragwürdig. Sie könne nicht am öffentlichen Leben teilnehmen. Sport sei ihr nicht möglich.

Die Klägerin, die in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht nicht erschienen ist, hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

ihr Liposuktionen durch die Praxis Gefäßkrankheiten S entsprechend den vier vorgelegten Kostenvoranschlägen zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide verteidigt.

Das Sozialgericht hat die behandelnden Ärzte schriftlich befragt. Wegen der Einzelheiten wird auf die Behandlungs- und Befundberichte vom 28.08.2014 und 09.09.2014 verwiesen.

Es hat sodann die Klage mit Urteil vom 27.11.2014 abgewiesen. Es hat sich vollinhaltlich auf die Ausführungen des angefochtenen Widerspruchsbescheides bezogen und ergänzend darauf hingewiesen, dass die Klägerin eine ambulante Behandlung beantragt habe. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ergebe sich aus den vorgelegten und beigezogenen medizinischen Unterlagen nicht. Insbesondere habe die behandelnde Ärztin Dr. B ausgeführt, eine ambulante Behandlung sei einer stationären Behandlung im Fall der Klägerin vorzuziehen. Auch eine stationäre Behandlung scheide nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats vom 16.01.2014 ([L 16 KR 558/13](#)) in Ermangelung von Nachweisen zur Qualität und Wirksamkeit aus.

Gegen das ihr am 05.12.2014 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 16.12.2014. Sie habe um Terminverlegung gebeten. Ihr sei mitgeteilt worden, dass ein persönliches Erscheinen nicht nötig und die Rechtslage ohnehin klar sei. Aus diesem Grund finde sie es unverschämmt, dass es laut Urteil so hingestellt werde, als würde sie sich nicht für den Rechtsstreit interessieren. Sie sei allerdings aus persönlichen Gründen verhindert gewesen. Wenn die Rechtslage so klar sei, frage sie sich, warum es überhaupt einen mündlichen Verhandlungstermin gegeben habe. Wieder sei ein Urteil gefällt worden, ohne sie gesehen zu haben.

Die Klägerin hat sodann vier Rechnungen in Höhe von jeweils 3.800,00 EUR über am 04.09.2014 (beide Beine Unterschenkel), am 16.10.2014 (beide Beine Oberschenkel Vorderseite), am 16.10.2014 (beide Beine Oberschenkelrückseite) und 05.02.2015 (Arme) in der Praxis Gefäßkrankheiten S durchgeführte Liposuktionen vorgelegt. Sie habe 15.200 EUR aus eigener Tasche bezahlt. Diese Rechnungen, denen Anlagen nicht beigelegt waren, nennen jeweils den genannten Rechnungsbetrag unter Verweis auf die GOÄ, ohne einzelne Gebührensätze zu nennen. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe hinsichtlich der Frage des Potenzials als Behandlungsalternative die Erprobung beschlossen.

Die Klägerin hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 27.11.2014 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 30.01.2014 und 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.06.2014 zu verurteilen, ihr einen Betrag von 15.200,00 EUR für vier Liposuktionen in der Praxis Gefäßkrankheiten S zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die sozialgerichtliche Entscheidung und ihre Bescheide für rechtmäßig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt des Verwaltungsvorgangs der Beklagten sowie der Prozessakte verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte entscheiden, obwohl für die Klägerin niemand zur mündlichen Verhandlung erschienen ist. Sie ist in der Ladung und auch telefonisch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, dass bei Ausbleiben nach Lage der Akte entschieden werden kann, [§§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#). Aus der Anordnung des persönlichen Erscheinens konnte die Klägerin nicht darauf schließen, dass ohne ihr Erscheinen keine Sachentscheidung des Gerichts ergehen würde. Die im Ermessen stehende Anordnung des persönlichen Erscheinens der Klägerin sollte ihr (wirtschaftlich) eine Teilnahme an der mündlichen Verhandlung ermöglichen.

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Das Sozialgericht hat die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage statthafte Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Die Klägerin ist durch die Bescheide vom 30.01.2014 und 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.06.2014 ([§ 95 SGG](#)) nicht beschwert im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#).

Der nach zulässiger Umstellung der Klage auf Kostenerstattung gerichtete Anspruch ergibt sich nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#). Danach sind Versicherten für selbstbeschaffte Leistung entstandene Kosten von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn sie eine (notwendige) Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Der Kostenerstattungsanspruch reicht allerdings nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. zur ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung etwa BSG Urteil vom 11.07.2017 - [B 1 KR 30/16 R](#), juris Rn. 8).

Die Klägerin hatte weder im Zeitpunkt der Ablehnung noch im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung Anspruch auf die begehrten Liposuktionen als Sachleistung. Ein Anspruch auf die neue Behandlungsmethode der ambulanten ärztlichen Liposuktion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet nach wie vor aus, weil der Gemeinsame Bundesausschuss diese Methode der Fettabsaugung nicht positiv empfohlen hat ([§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)) und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem die positive Empfehlung entbehrlich ist (vgl. BSG, Beschluss vom 10.05.2012 - [B 1 KR 78/11 B](#) = SozR 4-2500 § 140f Nr. 1, Rn. 6). Ein Ausnahmefall des Systemversagens liegt ersichtlich nicht vor, nachdem sich der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der Patientenvertretung seit dem 20.03.2014 mit der Liposuktion befasst hat und mit Beschluss vom 20.07.2017 über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung entschieden und das Bewertungsverfahren ausgesetzt hat. Der Senat weist nur ergänzend auf das Gutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des MDK vom 6.10.2011 nebst Gutachtensaktualisierung (15.01.2015; abrufbar unter www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/gutachten-nutzenbewertungen.html dort Gutachten Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen) hin, deren Übereinstimmung im Ergebnis mit der Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses in den "Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem vom 20.07.2017" auch das Bundessozialgericht zu Recht betont (vgl. BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 10/17 R](#), juris Rn. 27).

Zu Recht hat das Sozialgericht - ungeachtet der Tatsache, dass im Falle der Klägerin keine stationären Liposuktionen erfolgten - darüber hinaus festgestellt, dass auch stationäre Behandlungen jedenfalls im Zeitpunkt der konkreten Durchführung nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats vom 16.01.2014 ([L 16 KR 558/13](#)) in Ermangelung von Nachweisen zur Qualität und Wirksamkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausschied (vgl. zum aktuell geltenden Recht nunmehr BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 10/17 R](#), juris, Rn. 27).

Auch die Voraussetzungen einer grundrechtsorientierten Leistungsauslegung im Sinne von [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) liegen nicht vor, weil das Lipödem weder eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche noch eine hiermit wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung ist (BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 10/17 R](#) a.a.O. Rn. 10).

Hingegen liegen, vom Sozialgericht zu Unrecht nicht thematisiert, die tatbestandlichen Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) vor, weil die Beklagte den Antrag der Klägerin vom 08.01.2014 frühestens am 30.01.2014 und damit nicht innerhalb der hier maßgeblichen Dreiwochenfrist aus [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) beschied. Die Beklagte hat die Klägerin nicht über die Einschaltung des MDK informiert, sondern lediglich darauf hingewiesen, dass die Bearbeitung noch Zeit in Anspruch nehme. Daher kann sich die Beklagte nicht mit Erfolg darauf berufen, maßgeblich sei die Fünfwochenfrist. Das Bundessozialgericht hat bereits entschieden, dass sich aus [§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) eine entsprechende Informationspflicht ergibt und der Leistungsberechtigte ohne eine entsprechende Information nach Ablauf von drei Wochen annehmen könne, dass sein Antrag als genehmigt gilt (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) = [BSGE 121, 40-49](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33, Rn. 28).

Die Frist begann nach Antragseingang bei der Beklagten am 08.01.2014 mit Donnerstag, dem 09.01.2014 ([§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 187 Abs. 1 BGB](#)). Die Frist endete am Mittwoch, dem 29.01.2014 ([§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 188 Abs. 2 BGB](#)).

Auch die weiteren Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion liegen vor. Insbesondere handelt es sich bei den von der Klägerin begehrten und zwischenzeitlich durchgeführten Liposuktionen um eine Leistung, die sie - schon angesichts der Ausführungen ihrer behandelnden Ärzte - für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt (vgl. auch BSG, Urteil vom 07.11.2017 - [B 1 KR 7/17 R](#), juris, Rn. 20 ff.). Zudem liegt auch ein hinreichend bestimmter, fiktionsfähiger Antrag vor (vgl. dazu etwa BSG, Urteil vom 07.11.2017 [a.a.O.](#) Rn. 17 ff.), weil die Klägerin unter Vorlage von Kostenvorschlägen und ärztlichen Stellungnahmen konkret die Liposuktionen an Armen, Beinen und Gesäß beantragt hat.

Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin scheidet jedoch aus, weil die der Klägerin erteilten Rechnungen über die vier ambulanten Liposuktionen keine Fälligkeit der Vergütung begründeten, da sie die formellen Voraussetzungen der Regelung des § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ nicht erfüllten. Versicherten entstehen nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dann keine Kosten im Rechtssinne, wenn der behandelnde Arzt anstelle der Vergütung von Einzelleistungen der ambulanten Behandlung ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung stellt und den Auslagenersatz pauschaliert (vgl. zuletzt - ebenfalls im Zusammenhang mit [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) - BSG, Urteil vom 11.07.2017 - [B 1 KR 1/17 R](#) = SozR 4-2500 § 13 Nr. 37, Rn. 34, mw.N.). Trotzdem - ohne positive Kenntnis dieser Rechtslage - geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt den Ausführungen des Bundessozialgerichts folgend selbst dann zurückfordern, wenn er sich mit dem Operationsergebnis zufrieden gezeigt hat.

Die von Klägerin vorgelegten, ihr von den behandelnden Ärzten erstellten Rechnungen nennen jeweils das (vorab vereinbarte) Pauschalhonorar in Höhe von jeweils 3.800,00 EUR unter pauschalem Hinweis auf die GOÄ. Den Rechnungen lag eine Auflistung der konkret erbrachten Leistungen nicht bei. Nicht einmal die vorab erstellten Kostenvorschläge wurden in Bezug genommen. Nach Maßgabe der höchstgerichtlichen Rechtsprechung war die Klägerin damit keinem (fälligen) Anspruch ausgesetzt, so dass ein Kostenerstattungsanspruch ausscheidet. Die formalen Mängel der Rechnungen vermag eine (nachträgliche) Bezugnahme der behandelnden Praxis auf die erstellten Kostenvorschläge und deren nochmalige Übersendung nicht zu heilen.

Der Senat kann hier dahinstehen lassen, ob ein Erstattungsanspruch auch dann ausscheidet, wenn zwar formal einzelne GOÄ-Ziffern benannt werden, in der Sache aber ersichtlich pauschal abgerechnet wird, weil - wie hier - unabhängig vom betroffenen Organ und der konkreten Absaugungsmenge (hier: von 9,6 l bis 4,8 l Fett!) und Operationsdauer ein jeweils derselbe Betrag zur Abrechnung gelangt. Ebenfalls kann offenbleiben, ob eine Kostenerstattung auch dann ausscheidet, wenn - wie hier nach dem Kostenvorschlag - die Nr. 2454 GOÄ unter Verstoß gegen die GOÄ mehrfach und nicht einfach pro Extremität abgerechnet wird (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 04.12.2007 - [I-4 U 48/07](#), juris, Rn. 34) oder ob in diesen Fällen jedenfalls ein teilweiser Erstattungsanspruch in Höhe des nach GOÄ abrechenbaren Anspruchs in Betracht kommt. Schließlich kann dahinstehen, ob die Beklagte, der Versicherten in letzterem Fall anbieten muss, sie in einem Rechtsstreit auf Abrechnungsminderung zu unterstützen und von den Prozesskosten freizustellen mit der Folge, dass sich bei einem Erfolg der Umfang der zu erstattenden Kosten reduziert, weil die auf Kostenerstattung in Anspruch genommene Krankenkasse die Versicherte nicht darauf verweisen darf, sie hätte auf eigenes Risiko einen Rechtsstreit gegen eine möglicherweise nach materiellem Gebührenrecht überhöhte Rechnung führen müssen (BSG, Urteil vom 02.09.2014 - [B 1 KR 11/13 R](#) = [BSGE 117, 10-21](#), SozR 4-2500 § 13 Nr. 32, Rn. 28).

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-06-13