
S 20 KR 171/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Liposuktion
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 20 KR 171/18
Datum	16.10.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 415/19
Datum	25.01.2022

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Â

Im Streit steht ein Anspruch auf Kostenerstattung für ambulante Liposuktionsbehandlungen.

Â

Die bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin beantragte am 9. April 2018 unter dem Betreff „Erstattungsantrag Einzelfallentscheidung“ die Kostenübernahme für eine ambulante „lymphologische Liposculptur“. Sie

leide an beiden Beinen an einem Lipo-Ödem, erhalte seit Juli 2017 ein- bis zweimal wöchentlich Lymphdrainage und trage seither Kompressionsbekleidung. Die Kosten für drei operative Eingriffe durch die Privatklinik C L F oder L K beliefen sich inklusive Nachsorge auf 18.900,00 €.

Beigelegt war ein Attest der Klinik vom 4. April 2018, auf das ergänzend verwiesen wird. Darin heißt es, eine manuelle Lymphdrainage könne zur Schmerzlosigkeit führen. Die angestrebte Reduktion des Unterhautfettgewebes zur Vermeidung der Entstehung des Lipo-Lymphödems sei auch mit Kompression nicht möglich. Es werde darauf hingewiesen, dass die C L GmbH als konzessionierte Privatklinik nicht auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechne. Die Frage der Erstattung solle mit der Versicherung geklärt werden. Es werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Rechtsanspruch auf Erstattung durch Krankenversicherer und Beihilfestellen bestehe. Beigelegt war auch ein Prospekt der Privatklinik, in dem ausgeführt wird, die patentierte Methode der lymphologische Liposculptur sei eine spezielle Form der Liposuktion, bei der achsengerecht und lymphgefäßschonend abgesaugt werde. Im Gegensatz zu anderen Fettabsaugungsmethoden könne es nicht zu einer Schädigung der gesunden Lymphgefäße kommen.

Ä

Die Beklagte lehnte den Antrag auf Kostenübernahme mit Bescheid vom 17. April 2018 ab. Bei der ambulanten lymphologische Liposculptur handele es sich um eine sogenannte Neue Behandlungsmethode. Sie gehöre nicht zur vertragsärztlichen Versorgung und könne nicht über die Versichertenkarte abgerechnet werden. Ergänzend wies die Beklagte in dem Bescheid auch darauf hin, dass es sich bei der Klinik um eine privatärztliche Einrichtung handele. Eine Kostenerstattung durch die Kasse sei bei privatärztlicher Behandlung nicht möglich. Hinsichtlich einer stationären Behandlung gelte, dass Versicherte einen Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus hätten, wenn die Aufnahme erforderlich sei, weil das Behandlungsziel anders nicht erreicht werden könne. Die sei aber im Falle einer Liposculptur nicht gegeben.

Ä

Die Klägerin erhob Widerspruch, zu dessen Begründung sie ausführlich ihren Krankheitsverlauf, die bisherige Therapie und ihre Bemühungen um einen gesunden Lebenswandel schilderte.

Ä

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11. Juli 2018 zurück: Es sei bereits höchststrichterlich entschieden, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung beim Fehlen einer Empfehlung durch den gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) kein Anspruch auf Kostenübernahme einer Liposuktionsbehandlung bestehe, somit auch nicht für eine lymphologische Liposculptur.

$\hat{A}$ $\hat{A}$ $\hat{A}$

der in der Richtlinie zwingend vorgeschriebenen Run-in-Phase teilnehmen, Â§ 4 Abs. 1 S. ERPâRichtlinie.

Zuletzt komme ein Anspruch aus dem noch nicht in Kraft getretenen Beschluss des GBA Âber eine Ânderung der Richtlinie Methoden vertragsÃrztlicher Versorgung: Liposuktion bei LipÃdem im Stadium III vom 19. September 2019 bereits deshalb nicht in Betracht, weil die KlÃgerin nicht an einem LipÃdem Stadium III leide.

Â

Gegen diese am 21. Oktober 2019 zugestellte Entscheidung richtet sich die Berufung der KlÃgerin vom 15. November 2019. Zu deren BegrÃndung fÃhrt sie aus, einzige MÃglichkeit einer erfolgreichen Behandlung sei die durchgefÃhrte lymphologische Liposculptur gewesen, zugleich der einzige Weg zur erfolgreichen Behandlung von Folgeerkrankungen. Die Beklagte habe sich auch nicht darauf zurÃckziehen dÃrfen, dass die Behandlung nicht in einem Vertragskrankenhaus stattgefunden habe. Dies sei sittenwidrig, rechtsmissbrÃuchlich und unbillig. Die durchgefÃhrten Behandlungen hÃtten zu einer erheblichen Besserung gefÃhrt und reduzierten die Kosten der Beklagten fÃr ansonsten lebenslang erforderliche Behandlungen. Sie hat ein amtsÃrztliches Gutachten zur Vorlage beim Finanzamt Ostprignitz-Ruppin vom 7. September 2020 eingereicht wonach bei der KlÃgerin 2018 die medizinische Indikation fÃr den Eingriff der Liposuktion/ Liposculptur vorgelegen habe mit der begrÃndeten Aussicht, eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen.

Â

Die KlÃgerin beantragt,

Â

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Neuruppin vom 16. Oktober 2019 und den Bescheid vom 17. April 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juli 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Kosten in HÃhe von 18.287,67 â zu erstatten.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÃckzuweisen.

Â

EntscheidungsgrÃnde

Â

Der Senat konnte in der Besetzung durch den Berichterstatter zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern gemäß [Â§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) entscheiden. Der Rechtsstreit weist keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art auf ([Â§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)).

Â

Die Berufung ist zulässig jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der ablehnende Bescheid der Beklagten vom 17. April 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juli 2018 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Â

Nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist die Beklagte verpflichtet, die Kosten zu erstatten, die daraus entstanden sind, dass sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Rechtsgrundlage des Kostenerstattungsanspruches ist hier konkret [Â§ 13 Abs. 3 S. 1, Alt. 2 SGB V](#). Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Erstattungsanspruch reicht dabei nicht weiter als ein entsprechender primärer Sachleistungsanspruch. Er setzt voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Anspruch ist umgekehrt gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruches rechtswidrig abgelehnt hat und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn insoweit auch ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbstbeschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) – juris-Rdnr. 10).

Â

Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, konnte und durfte die Beklagte keine Zusage zur Übernahme der Kosten für die drei durchgeführten ambulanten Liposuktions-Operationen in der speziellen Form der Liposculptur treffen, da es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, für welche der GBA keine Empfehlung ausgesprochen hat. Zur Vermeidung bloßer Wiederholungen verweist der Senat nach [Â§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die Ausführungen im angegriffenen Gerichtsbescheid.

Â

Nicht berücksichtigt werden kann dabei der Umstand, dass durch die ambulanten

Operationen voraussichtlich mittel- und längerfristig Kosten eingespart werden. Als Vorschriften zur Qualitätssicherung haben die NUB-RL vor allem den Zweck, den im Gesetz nicht näher umschriebenen allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse näher zu bestimmen (so bereits BSG, Urteil vom 16. September 1997 – [1 RK 28/95](#) – juris-Rdnr. 26). Auf diesen Standard dürfen die Krankenkassen nicht aus Kostengründen verzichten.

Â

Die Kostenentscheidung erfolgt aus [Â§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis in der Sache.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Â

Erstellt am: 20.05.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024