
S 5 KR 947/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 KR 947/16
Datum	17.06.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 496/20
Datum	18.01.2024

3. Instanz

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

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 17.06.2020 wird zur¼ckgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch im Berufungsverfahren außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

 

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die (stationäre) Versorgung des Klägers mit einer Kieferumstellungsoperation zur Behandlung eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms im Streit.

Der am 00.00.0000 geborene Kläger ist bei der Beklagten gegen das Risiko Krankheit versichert. Mit am 29.06.2016 bei der Beklagten eingegangenen Unterlagen ( rztliche Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin M.

vom 26.06.2016, Arztbrief der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums P. vom 18.06.2016, Ärztliche Bescheinigung des Lungenfacharztes A. vom 27.08.2015) beantragte der Kläger bei der Beklagten die Versorgung mit einer Kieferverlagerungs-Operation. A. bescheinigte das Vorliegen eines hochgradigen obstruktiven Schlafapnoesyndroms; die erforderliche CPAP-Therapie werde nicht toleriert. K. (Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums P.) attestierte (nach Vorstellung des Klägers am 03.05.2016) die Notwendigkeit einer operativen Kieferumstellung. Er führte aus, mit einer solchen Operation könne durch Umstellung und Vorverlagerung der Kiefer eine Verbreiterung der Atemwege erreicht und so die Schlafapnoe behoben werden. „Neue Daten“ zeigten, dass Patienten, welche eine nächtliche Maskenbeatmung nicht tolerierten, von einer Kiefernvorverlagerung profitierten. Bisher sei in allen operierten Fällen eine Heilung mit Normalisierung der Sauerstoffsättigung im Blut erreicht worden. Es sei auch darauf zu verweisen, dass die Maskenbeatmung eine rein symptomatische Behandlungsmethode darstelle, die nicht die Ursache des Leidens beseitige. Die positiven Auswirkungen einer Operation bestünden darin, dass keine Atemaussetzer und kein Schnarchen mehr vorlägen. Außerdem sei der Schlaf erholsamer. Die Leistungsfähigkeit im Alltag werde gestärkt und eine Normalisierung des Blutdrucks werde erreicht. M. wies darauf hin, dass die andauernde Arbeitsunfähigkeit des Klägers Anlass dazu gebe, über operative Behandlungsalternativen nachzudenken. Die bereits zur Anwendung gekommene Maskenüberdruckbeatmung werde durch den Kläger „absolut nicht akzeptiert mit Panikattacken unter der Maske, was ein dauerhaftes Tragen schlichtweg unmöglich“ mache.

Mit Schreiben vom 29.06.2016 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass beabsichtigt sei, eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung C. (MDK) einzuholen. Mit (Kurz-)Gutachten vom 04.07.2016 führte X. (MDK) aus, dass zwar in einzelnen Fällen ein kieferchirurgisches Vorgehen die Schlafapnoe beseitigen könne. Wissenschaftlich geeignete Langzeitdaten seien aber nicht vorhanden. Es müsse weiterhin an einer Optimierung der Maskentherapie gearbeitet werden. Gegebenenfalls komme ein Wechsel von einer kontinuierlichen Überdruckbeatmung (CPAP = Continuous Positive Airway Pressure) zur APAP, wobei bei dieser Methode der Algorithmus des Beatmungsgeräts über einen Sensor den jeweils notwendigen therapeutischen Druck für jeden Atemzug individuell ermittle (Automatic-PAP), in Betracht. Durch Bescheid vom 11.07.2016 lehnte die Beklagte dem folgend den Antrag des Klägers ab. Ausweislich der Ausführungen des MDK bestehe keine medizinische Indikation. Alternativ zu einem operativen Eingriff seien eine CPAP-Therapie oder ggf. eine APAP-Therapie möglich.

Mit am 20.07.2016 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 18.07.2016 legte der Kläger Widerspruch ein, zu dessen Begründung er im Wesentlichen ausführte, die angeführten Therapien (CPAP / APAP) seien nicht geeignet, die notwendige Heilung herbeizuführen. Die Maskentherapie setze allein bei den Symptomen und nicht bei den Ursachen der Erkrankung an. Nach Anforderung durch die Beklagte führte N. (MDK) unter dem 05.08.2016 gutachterlich aus, eine Osteotomie von Ober- und Unterkiefer komme bei anatomischen Besonderheiten,

die vorliegend nicht beschrieben wÃ¼rden, in Betracht. Die Aussage, die beantragte Therapie sei der neue âGoldstandardâ zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoesyndroms sei wissenschaftlich nicht zu begrÃ¼nden. Die nÃ¤chtliche Ãberdruckbeatmung bleibe weiterhin das Mittel der Wahl. Ein nachvollziehbarer medizinischer Grund fÃ¼r die beschriebene Intoleranz sei nicht erkennbar. Sofern der KlÃ¤ger unter Panikattacken leide, mÃ¼sse zunÃ¤chst eine fachpsychiatrische Diagnostik und Therapie einer mÃ¶glichen PanikstÃ¶rung erfolgen. Zu verweisen sei der KlÃ¤ger auch auf eine noch mÃ¶gliche Gewichtsreduktion sowie auf einen dauerhaften Nikotinverzicht. N. verwies dabei auf die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Schlafmedizin. Die MÃ¶glichkeiten zur Umsetzung einer dauerhaften nÃ¤chtlichen Ãberdruckbeatmung seien noch nicht in dem erforderlichen Umfang umgesetzt worden.

Ã

Der KlÃ¤ger setzte sich hiermit kritisch auseinander (Schreiben vom 26.08.2016) und vertrat weiterhin die Auffassung, er habe einen Anspruch auf die zur Heilung notwendige Operation. Bereits seit Jahren versuche er vergeblich, eine Reduzierung seines KÃ¶rpergewichts zu erreichen. Dieses sei auch auf die durch die Schlafapnoe verursachten Krankheiten zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Da eine absolute UnvertrÃ¤glichkeit der Maskenbeatmung vorliege, und es nur bei Nutzung einer Maske mit Nasenbeatmung einmalig zu einer Panikattacke gekommen sei, sei eine fachpsychiatrische Diagnostik nicht erforderlich. Aufgrund seiner anatomischen Besonderheiten kÃ¶nne ihm nur die operative Vorverlagerung des Kiefers helfen. Er nahm Bezug auf einen Ausdruck der InternetprÃ¤senz <http://www.schlafapnoe.com/de/studien.html> (24.02.2013) mit dem Titel âWissenschaftlicher Nachweis der Heilung von obstruktiver Schlafapnoe mittels Rotation Advancementâ.

Nach Anforderung durch die Beklagte fÃ¼hrte N. (MDK) unter dem 12.10.2016 gutachterlich aus, die von dem KlÃ¤ger in Bezug genommene Publikation betreffe eine retrospektive Analyse von 17 Patienten (11 voroperiert) mit einem typischen ZurÃ¼ckweichen der unteren Gesichtsregion (Unterkiefer/Kinn). Dass bei dem KlÃ¤ger eine derartige Physiognomie vorliege und dadurch eine signifikante Verengung seiner oberen Luftwege resultiere, sei bislang nicht belegt. Insgesamt seien retrospektive Studien ungeeignet zum Nachweis eines patientenrelevanten Nutzens bzw. der Heilung einer Erkrankung. Die nÃ¤chtliche Ãberdruckbeatmung bleibe zu empfehlen. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.10.2016 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des KlÃ¤gers den AusfÃ¼hrungen des MDK folgend als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Die Voraussetzungen fÃ¼r die KostenÃ¼bernahme seien nicht gegeben. Ein chirurgisches Verfahren werde nur bei anatomischen Besonderheiten empfohlen, die bei dem KlÃ¤ger nicht vorlÃ¤gen. Dass der KlÃ¤ger bei DurchfÃ¼hrung der Standardtherapie unter Panikattacken leide, sei nicht objektiviert. Im Ãbrigen seien eine Gewichtsnormalisierung und dauerhafter Nikotinverzicht erforderlich, um das Behandlungsziel zu erreichen.

Mit seiner am 15.11.2016 vor dem Sozialgericht Detmold erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren weiterverfolgt. Zur Begründung hat er im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt und ergänzend geltend gemacht, es sei zu berücksichtigen, dass das Übergewicht Folge der Schlafapnoe sei und nicht Ursache. Er bem  rke sich seit Jahren vergeblich um eine Reduzierung des auch auf einer Stoffwechselstörung, die ihrerseits Folge der Schlafapnoe sei, beruhenden Übergewichts. Eine nächtliche Überdruckbeatmung scheitere an der bestehenden Maskenintoleranz. Diese sei auch nicht durch fachpsychiatrische Behandlung zu beseitigen. Soweit die von der Beklagten in Bezug genommene Leitlinie bei anatomischen Besonderheiten zur Heilung ein chirurgisches Verfahren empfehle, so müsse dies auch bei einer wachstumsbedingten Rücklage des Unter- bzw. Oberkiefers berücksichtigt werden. Diese Situation bestehe bei dem Kläger. Der Kläger hat ergänzend Bezug genommen auf Ausdrücke der Internetpräsenz <http://www.schlafapnoe.com> (17.06.2016) mit den Titeln    Ursachen, Symptome, Folgen    sowie    Schlafapnoe und Diabetes   .

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.2016 zu verurteilen, dem Kläger eine operative Kieferumstellung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig gehalten. Ergänzend hat sie Bezug genommen auf ein sozialmedizinisches Gutachten des Y. (MDK) vom 07.03.2017. Dieser führe aus, nach der aktuellen Leitlinie von 2017 der Deutschen Gesellschaft für Somnologie sei eine operative Vorverlagerung bei entsprechenden anatomischen Befunden mit kleinem Unterkiefer und engem Gesichtssch  delaufbau möglich. Diese Verhältnisse seien im Fall des Klägers nicht bestätigt. Nachweise über eine Kieferanomalie l  gen nicht vor. Eine medizinisch begründete Intoleranz für die Behandlung mit einer Atemmaske sei nicht bestätigt.

Das Gericht hat zunächst Beweis erhoben durch Einholung von Befund- und Behandlungsberichten des Pneumologen A. vom 07.06.2017, des Arztes und Zahnarztes K. (Universitätsklinikum P.) vom 09.06.2017 und des Allgemeinmediziners M. aus Juni 2017. A. beschreibt eine subjektive Intoleranz gegen die CPAP-Therapie. Die operative Maßnahme sein    eine Option   , die Erfolgsaussichten seien seines Erachtens nach unklar. K. beschreibt u.a. eine skelettale Normokklusion bei eingeschränktem hinterem Luftweg (   laut Aussage des Patienten   ). Während sich der Kläger bestätigt gesehen hat, hat die Beklagte Bezug genommen auf eine gutachterliche Stellungnahme des X. (MDK) vom 10.10.2017, wonach weiterhin keine anatomischen Besonderheiten oder Bestätigungen für das Vorhandensein der Voraussetzungen für ein gesichtskelettverlagerndes Verfahren nachvollzogen werden könnten.

Vertragsärztliche Alternativen seien weiterhin vorhanden. Hierzu hat der Kläger Stellung genommen (Schriftsatz vom 20.12.2017) und auf die Veröffentlichungen „Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea, European Respiratory Journal 2011; 37: 1000-1028“ und „CPAP for Prevention of Cardiovascular Events in Obstructive Sleep Apnoea, The New England Journal of Medicine, Vol. 375 No. 10, September 8, 2017, 919 ff.“ Bezug genommen. Die Beklagte hat dies zum Anlass genommen, erneut den MDK zu beauftragen. X. (MDK) hat hierzu im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme vom 17.01.2018 ausgeführt, dass die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) von 2017 weiterhin dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Kenntnisse entsprechen. Es bleibe bei der bisherigen Leistungsempfehlung. Hierzu hat der Kläger ausgeführt (Schriftsatz vom 27.03.2018), dass auch nach der in Bezug genommenen Leitlinie in Fällen, wie seinem, in denen eine CPAP-Therapie nicht möglich sei bzw. nicht toleriert werde, die begehrte operative Behandlung als geboten angesehen werde.

Das Sozialgericht hat sodann Beweis erhoben zu den Gesundheitsstörungen des Klägers und den Behandlungsoptionen durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens (nach Lage der Akten) des Internisten, Pneumologen und Schlafmediziners R. vom 31.08.2018. Dieser hat auf Grundlage der vorliegenden Befunde zusammenfassend ausgeführt: Bei dem Kläger liegen eine schwergradige, gemischtformige, führend obstruktive Schlafapnoe (RDI 101/h, AHI 100,8/h, minimale Sauerstoffsättigung 84%), nächtliche periodische Beinbewegungen (PLMS-Index von 114/h), eine Adipositas (BMI 38,9 kg/m²), eine Nikotinabhängigkeit, arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2 (Insulinresistenz), eine Glykogenose (Typ V), ein Z.n. bifrontalem Schädel-Hirn-Trauma und ein Z.n. parietooccipitalen Endstrominfarkten 2010 vor. Für die Behandlung der Schlafapnoe stehe insbesondere eine pneumatische Schienungstherapie (CPAP, BiPAP, APAP), ggf. mit individuell angefertigter Maske, zur Verfügung. Andere Maßnahmen, wie eine alleinige Verhinderung der Rücklage oder eine Unterkieferprotrusionsschiene, seien aufgrund der Schwere der Erkrankung bei dem Kläger nicht hinreichend. Evtl. könnten solche Maßnahmen aber ergänzend zur pneumatischen Schienungstherapie erfolgen. Ein Zungenschrittmacher mit atemsynchroner Stimulation des Nervus hypoglossus werde aufgrund der Datenlage nur bei Patienten ohne Adipositas angewandt und komme somit für den Kläger nicht infrage. Die operative Umstellung (Vorverlagerung) der Kiefer stelle ein mögliches Verfahren zur Therapie der obstruktiven Schlafapnoe dar, das nach aktueller Datenlage infrage komme, wenn die Modalitäten der pneumatischen Schienungstherapie keine Besserung gebracht hätten bzw. nicht toleriert worden seien und/oder eine Anomalie der Kieferanatomie (z.B. Rückverlagerung des Unterkiefers) bestehe. Als weitere Voraussetzungen würden ein normales bis leicht erhöhtes Körpergewicht, Nikotinkarenz und das Fehlen von Begleiterkrankungen, die das Operationsrisiko erhöhen, angesehen. Bei dem Kläger sei als pneumatische Schienungstherapie bisher nur die CPAP-Therapie zur Anwendung gekommen. Eine erste Einstellung auf eine CPAP-Therapie sei 2013 erfolgt. Im vorliegenden Arztbrief sei dokumentiert, dass diese CPAP-Therapie die Schlafapnoe gut habe bessern können; die Therapie sei von dem Kläger jedoch subjektiv nicht gut vertragen worden, so dass er diese abgebrochen habe. Eine zweite Einstellung auf eine CPAP-

Therapie sei im April 2016 erfolgt. Auch dabei habe wieder nachgewiesen werden können, dass die CPAP-Therapie grundsätzlich bei dem Kläger funktioniere und die obstruktive Schlafapnoe stark bessern könne. Sie sei allerdings nur für eine Nacht angewandt worden; weitere Versuche einer Therapieoptimierung mit der Umstellung auf einen möglicherweise besser verträglichen Behandlungsmodus (BiPAP, APAP) oder auf andere Maskentypen seien nicht dokumentiert. Eine strukturiert durchgeführte, nachhaltige Gewichtsreduktion sei ebenfalls noch nicht zum Einsatz gekommen. Grundsätzlich sei eine operative Kieferverlagerung geeignet, den regelwidrigen Zustand einer obstruktiven Schlafapnoe zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Dies sei an verschiedene Voraussetzungen gebunden, insbesondere an das Vorliegen entsprechender Kieferanomalien, ein maximal gering erhöhtes Körpergewicht, Fehlen von Begleiterkrankungen, die das Operationsrisiko erhöhen, Nikotinkarenz. Das Verfahren solle nur zum Einsatz kommen, wenn andere, weniger invasive Therapieverfahren nicht zum Erfolg geführt hätten bzw. nicht toleriert worden seien. Eine operative Kieferverlagerung könne notwendig werden, wenn die Erkrankung nachgewiesenermaßen nicht mit einem der anderen, weniger eingreifenden Therapieverfahren oder einer Kombination dieser Verfahren ausreichend behandelt werden könne und die weiteren Voraussetzungen einer nachhaltigen Gewichtsreduktion und einer Nikotinkarenz erfüllt seien. Bei dem Kläger stelle auch unter Abwägung der Risiken des Eingriffs, insbesondere beim Vorliegen von Begleiterkrankungen, gegenüber dem Nutzen aufgrund seiner Gesamtsituation eine operative Kieferverlagerung lediglich eine Ultima Ratio nach Versagen aller anderen Therapieoptionen und nach Schaffen der Voraussetzungen (Gewichtsreduktion, Nikotinkarenz) dar und sei in der derzeitigen Situation nicht notwendig. Bei Nachweis, dass eine pneumatische Schienungstherapie trotz Anwendung aller zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten, trotz optimaler Maskenanpassung und Gewichtsreduktion nicht toleriert werde, bestehe bei einer operativen Kieferverlagerung eine vernünftige Relation zwischen den Kosten und dem konkreten Heilerfolg. Auch insoweit seien eine vorherige Reduktion des Operationsrisikos und eine Erhöhung der Erfolgschancen des Eingriffs durch eine nachhaltige Gewichtsreduktion und eine Nikotinkarenz zu fordern. Nach derzeitigem Erkenntnisstand müsse bei dem Kläger davon ausgegangen werden, dass das Therapieziel durch die Anwendung einer pneumatischen Schienungstherapie in einem optimierten Modus durchaus erreichbar sei. Die Wirksamkeit der pneumatischen Schienungstherapie sei bei den CPAP-Therapie-Einstellungen 2013 und 2016 nachgewiesen worden. Es gelte nun, ein pneumatisches Schienungsverfahren zu finden, das für den Kläger auch verträglich sei und die weiteren genannten begleitenden Therapien, hier insbesondere eine nachhaltige Gewichtsreduktion, anzustreben. Weitere Voruntersuchungen für eine operative Verlagerung der Kiefer seien erst indiziert, wenn diese Methode konkret infrage komme. Die Voraussetzungen hierfür seien aktuell nicht gegeben.

Das Sozialgericht hat sodann auf Antrag des Klägers (Schriftsatz vom 24.10.2018) nach [§ 109 SGG](#) weiter Beweis erhoben zu den Gesundheitsstörungen des Klägers und den Behandlungsoptionen durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens (nach Lage der Akten) des T. (Spezialklinik für

Ästhetische Gesichts-, Kiefer- und Oralchirurgie, D.) vom 05.03.2019. Dieser hat auf Grundlage der vorliegenden Befunde zusammenfassend ausgeführt: Bei dem Kläger zeigten sich ein hochgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS; RDI 64/h; Zeugnis A. von 2017, S. 1; Gutachten MDK S. 24), eine CPAP-Maskenintoleranz (Zeugnis M., S. 6), ein Nikotinabusus, eine Adipositas Grad I (BMI 34) sowie ein metabolisches Syndrom (S. 23), arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Glykogenose Typ V, ein Z.n. Schädel-Hirn-Trauma und ein Z.n. parietooccipitalen Endstrominfarkten 2010. Bei relevanter OSAS stelle die Therapie mit einer Überdruckmaske (continuous positive airway pressure; CPAP) die aktuelle Standardtherapie dar. Durch einen permanenten positiven Druck werde hier ein Kollaps der Atemwege verhindert (sog. pneumatische Schienung). Obschon die CPAP-Therapie aktuell als Standard angesehen werde, zeigten aktuelle Studien, dass diese Therapiemodalität das Auftreten kardiovaskulärer Risikofaktoren nicht verhindern könne (McEvoy 2016). Des Weiteren komme es bei vielen Patienten zu einer sogenannten Maskenintoleranz, die verschiedenste Ursachen haben könne. Alternative Behandlungen (Schienen, Operation des weichen Gaumens) kämen vorliegend nicht in Frage. Als optimale alternative Variante bestehe die Umstellungsosteotomie von Ober- und Unterkiefer (sog. Rotation-Advancement). Hierdurch komme es bei fachgerechter Durchführung zur permanenten Erweiterung der oberen Atemwege und somit in der Regel zu einer Beseitigung des OSAS. Die Methode des Rotation-Advancement sei von T. vor ca. 20 Jahren entwickelt worden; es seien in seiner Klinik seither ca. 600 Patienten dementsprechend versorgt worden. Langzeitstudien (Metanalysen) zeigten, dass es in 98.8% der Fälle durch die Operation zu einer signifikanten Verbesserung des OSAS in Bezug auf RDI, Epworth Score sowie Sauerstoffsättigung komme (Zaghi 2016). Hieraus folge, dass die Kieferverlagerung absolut dazu geeignet sei, den regelwidrigen Zustand (Verengung der Atemwege) zu beseitigen, und somit das OSAS zu heilen. Bei dem bei dem Kläger vorliegenden schweren OSAS sei eine Therapie zwingend notwendig, um Folgeschäden (Herzinfarkte, Schlaganfälle etc.) zu vermeiden. Nachdem sich gezeigt habe, dass die CPAP-Therapie keine kardiovaskulären Ereignisse verhindere (McEvoy 2016), sei davon auszugehen, dass die permanente operative Erweiterung der oberen Atemwege als kurativer Ansatz zur Beseitigung der Ursache des OSAS führe, da postoperativ die pathologischen anatomischen Verhältnisse beseitigt seien. Somit sollten die Risiken der Patienten denen des Normalkollektives entsprechen. Langzeitstudien in Bezug auf die Lebenszeitverlängerung stünden zwar noch aus, allerdings sei davon auszugehen, dass Patienten, bei denen die Ursache des OSAS beseitigt worden sei, die gleichen Voraussetzungen in Hinblick auf die Lebenserwartung hätten, wie das Normalkollektiv. Die Operation sei in Abhängigkeit vom Lebensalter die wirtschaftlichste und kostengünstigste Alternative. Überdies sei die Operation unabhängig von der Mitarbeit des Patienten. Somit könne es hier nach erfolgreicher Durchführung nicht zu Risiken durch Nichteinhalten der Therapie kommen. Das Therapieziel könne auch mit einer optimalen CPAP-Therapie erreicht werden. Hier handele es sich jedoch um eine nicht kurative Option und es erfolge keine Minimierung von kardiovaskulären Risiken. Die Ursache der Schlafapnoe bei dem Patienten (Atemwegsverengung) werde nicht dauerhaft adressiert, wie es durch eine Umstellung der Kiefer bewirkt werden würde. Dem MDK-Gutachten vom 04.07.2016 werde widersprochen. Bei dem Kläger zeige sich

im Bereich des Zugengrundes ein kompletter Verschluss der Atemwege sowie eine deutliche Einschränkung der Nasen-Luft-Passage durch eine Septumdeviation. Die cephalometrische Auswertung zeige zudem eine dezente Rückklage des Oberkiefers in Relation zur Schädelbasis, die zu einer Verengung der Atemwege führe. Dies berücksichtige der MDK nicht. Den Vorgutachtern werde dahingehend zugestimmt, dass strenggenommen Alternativen zur Operation im Sinne einer zu optimierenden CPAP-Therapie mit ggf. Umstellung auf APAP existierten. Inwiefern die Maskenintoleranz durch den Kläger belegt werden könne, sei von mund-, kiefer- gesichtschirurgischer Seite aus nicht beurteilbar. Es bestehe jedoch ein hoher glaubhafter Leidensdruck. Bezüglich des MDK-Gutachtens vom 05.08.2016 könne gutachterlich nicht abgesprochen werden, ob eine begründete Intoleranz für die CPAP-Therapie vorliege. Sicherlich habe, wie in der DGSM S3-Leitlinie beschrieben, das Körpergewicht einen gewissen Einfluss auf den RDI/AHI. Angegeben würden 50% für eine 10-50% Gewichtsreduktion. Bei dem Kläger mit einem RDI/AHI von über 60/h bliebe aber somit noch immer ein therapiebedürftiger RDI/AHI erhalten. Ferner sei es für den Kläger aufgrund der ausgeprägten Tagesmüdigkeit (Epworth-Index 15) recht herausfordernd, adäquat an Körpergewicht abzunehmen, zumal der Kläger anamnestisch ca. 18 von 24 Stunden schlafend verbringe. Bezüglich der notwendigen Vermeidung von Alkohol sowie Nikotin werde den Gutachtern unbedingt zugestimmt. Dieses sei sogar Voraussetzung für die Durchführung der Operation. Falsch hingegen sei, dass der Stellenwert der Osteotomien lediglich bei anatomischen Besonderheiten liege, zumal die Cephalometrie eine milde Oberkieferrückklage bestätigt habe. Der einzig relevante anatomische Parameter sei die Weite der oberen Atemwege. Bei dem Kläger liege hier ein radiologisch kompletter Verschluss vor (DVT Befund). Eine Schlafapnoe könne grundsätzlich bei allen skelettalen Gesichtsmustern auftreten (KVG-Atlas). Das MDK-Gutachten vom 12.10.2016 enthalte wenige neue Argumente. Soweit kontrollierte prospektive Vergleichsstudien gefordert würden, sei den Gutachtern insofern Recht zu geben, dass bis anhin lediglich retrospektive Studien existierten. Allerdings könne aufgrund der vorliegenden großen Fallserien in Metaanalysen von einer signifikanten Erfolgsquote ausgegangen werden. Zu dem MDK-Gutachten vom 10.10.2017 sei auszuführen, dass die Beurteilung der Computertomographie vom 09.07.2015 im Befund keine Aussage zur Atemwegsweite enthalte. Weiterhin sei eine CT nur bedingt zur Aussage über das Gesichtsschädelwachstum geeignet. Der Standard sei hier die cephalometrische Auswertung, die bei dem Kläger eine dezente Oberkieferrückklage ergebe. K. bestätigte in der Anfrage vom 09.06.2017 die auch von dem Sachverständigen beschriebene klinische Enge der unteren Atemwege. Der MDK stelle fest, dass keine anatomischen Besonderheiten vorlägen, obgleich ihm ein Cephalogramm (FRS, Fernröntgen seitlich) vorgelegen habe, auf dem sich die Oberkieferrückklage zeige. Des Weiteren sollte auf diesen Aufnahmen (sowohl OPT als auch FRS) die ausgeprägte Enge der Atemwege deutlich sichtbar sein. Die anatomischen Voraussetzungen für ein Rotation-Advancement seien somit fraglos gegeben. Soweit der Sachverständige R. gutachterlich auf die entsprechende S3-Leitlinie (S3-Leitlinie nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen), wonach bei entsprechendem anatomischen Befund (Posterior Airway Space