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 KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 17.06.2020 wird zurÃ¼ckgewiesen.

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

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die (stationÃ¤re) Versorgung des KlÃ¤gers mit einer Kieferumstellungsoperation zur Behandlung eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms im Streit.

Der am 00.00.0000 geborene KlÃ¤ger ist bei der Beklagten gegen das Risiko Krankheit versichert. Mit am 29.06.2016 bei der Beklagten eingegangenen Unterlagen (Ã¤rztliche Bescheinigung des Facharztes fÃ¼r Allgemeinmedizin M.

vom 26.06.2016, Arztbrief der Klinik fÃ¼r Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des UniversitÃ¤tsklinikums P. vom 18.06.2016, Ã¤rztliche Bescheinigung des Lungenfacharztes A. vom 27.08.2015) beantragte der KlÃ¤ger 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 fÃ¼r Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des UniversitÃ¤tsklinikums P.) attestierte (nach Vorstellung des KlÃ¤gers am 03.05.2016) die Notwendigkeit einer operativen Kieferumstellung. Er fÃ¼hrte aus, mit einer solchen Operation kÃ¶nne durch Umstellung und Vorverlagerung der Kiefer eine Verbreiterung der Atemwege erreicht und so die Schlafapnoe behoben werden. â□□Neue Datenâ□□ zeigten, dass Patienten, welche eine nÃ¤chtliche Maskenbeatmung nicht tolerierten, von einer Kiefervorverlagerung profitierten. Bisher sei in allen operierten FÃ¤llen eine Heilung mit Normalisierung der SauerstoffsÃ¤ttigung 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 bestÃ¼nden darin, dass keine Atemaussetzer und kein Schnarchen mehr vorlÃ¤gen. AuÃ□erdem sei der Schlaf erholsamer. Die LeistungsfÃ¤higkeit im Alltag werde gestÃ¤rkt und eine Normalisierung des Blutdrucks werde erreicht. M. wies darauf hin, dass die andauernde ArbeitsunfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers Anlass dazu gebe, Ã¼ber operative Behandlungsalternativen nachzudenken. Die bereits zur Anwendung gekommene MaskenÃ¼berdruckbeatmung werde durch den KlÃ¤ger â□□absolut nicht akzeptiert mit Panikattacken unter der Maske, was ein dauerhaftes Tragen schlichtweg unmÃ¶glichâ□□ mache.

Mit Schreiben vom 29.06.2016 teilte die Beklagte dem KlÃ¤ger mit, dass beabsichtigt sei, eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung C. (MDK) einzuholen. Mit (Kurz-)Gutachten vom 04.07.2016 fÃ¼hrte X. (MDK) aus, dass zwar in einzelnen FÃ¤llen ein kieferchirurgisches Vorgehen die Schlafapnoe beseitigen kÃ¶nne. Wissenschaftlich geeignete Langzeitdaten seien aber nicht vorhanden. Es mÃ¼sse weiterhin an einer Optimierung der Maskentherapie gearbeitet werden. Gegebenenfalls komme ein Wechsel von einer kontinuierlichen Ã□berdruckbeatmung (CPAP = Continuous Positive Airway Pressure) zur APAP, wobei bei dieser Methode der Algorithmus des BeatmungsgerÃ¤ts Ã¼ber einen Sensor den jeweils notwendigen therapeutischen Druck fÃ¼r jeden Atemzug individuell ermittele (Automatic-PAP), in Betracht. Durch Bescheid vom 11.07.2016 lehnte die Beklagte dem folgend den Antrag des KlÃ¤gers ab. Ausweislich der AusfÃ¼hrungen des MDK bestehe keine medizinische Indikation. Alternativ zu einem operativen Eingriff seien eine CPAP-Therapie oder ggf. eine APAP-Therapie mÃ¶glich.

Mit am 20.07.2016 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 18.07.2016 legte der KlÃ¤ger Widerspruch ein, zu dessen BegrÃ¼ndung er im Wesentlichen ausfÃ¼hrte, die angefÃ¼hrten Therapien (CPAP / APAP) seien nicht geeignet, die notwendige Heilung herbeizufÃ¼hren. Die Maskentherapie setze allein bei den Symptomen und nicht bei den Ursachen der Erkrankung an. Nach Anforderung durch die Beklagte fÃ¼hrte N. (MDK) unter dem 05.08.2016 gutachterlich aus, eine Osteotomien 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.

Â

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 KlÃ¤ger sein Begehren weiterverfolgt. Zur BegrÃ¼ndung hat er im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt und ergÃ¤nzend geltend gemacht, es sei zu berÃ¼cksichtigen, dass das Ãbergewicht Folge der Schlafapnoe sei und nicht Ursache. Er bemÃ¼he sich seit Jahren vergeblich um eine Reduzierung des auch auf einer StoffwechselstÃ¶rung, die ihrerseits Folge der Schlafapnoe sei, beruhenden Ãbergewichts. Eine nÃ¤chtliche Ãberdruckbeatmung 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 mÃ¼sse dies auch bei einer wachstumsbedingten RÃ¼cklage des Unter- bzw. Oberkiefers berÃ¼cksichtigt werden. Diese Situation bestehe bei dem KlÃ¤ger. Der KlÃ¤ger hat ergÃ¤nzend Bezug genommen auf Ausdrucke der InternetprÃ¤senz http://www.schlafapnoe.com (17.06.2016) mit den Titeln â□□Ursachen, Symptome, Folgenâ□□ sowie â□□Schlafapnoe und Diabetesâ□□.

Der KlÃ¤ger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.2016 zu verurteilen, dem KlÃ¤ger eine operative Kieferumstellung als Sachleistung zur VerfÃ¼gung zu stellen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig gehalten. ErgÃ¤nzend hat sie Bezug genommen auf ein sozialmedizinisches Gutachten des Y. (MDK) vom 07.03.2017. Dieser fÃ¼hre aus, nach der aktuellen Leitlinie von 2017 der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Somnologie sei eine operative Vorverlagerung bei entsprechenden anatomischen Befunden mit kleinem Unterkiefer und engem GesichtsschÃ¤delaufbau mÃ¶glich. Diese VerhÃ¤ltnisse seien im Fall des KlÃ¤gers nicht bestÃ¤tigt. Nachweise Ã¼ber eine Kieferanomalie lÃ¤gen nicht vor. Eine medizinisch begrÃ¼ndete Intoleranz fÃ¼r die Behandlung mit einer Atemmaske sei nicht bestÃ¤tigt.

Das Gericht hat zunÃ¤chst Beweis erhoben durch Einholung von Befund- und Behandlungsberichten des Pneumologen A. vom 07.06.2017, des Arztes und Zahnarztes K. (UniversitÃ¤tsklinikum P.) vom 09.06.2017 und des Allgemeinmediziners M. aus Juni 2017. A. beschreibt eine subjektive Intoleranz gegen die CPAP-Therapie. Die operative MaÃnahme sein â□□eine Optionâ□□, die Erfolgsaussichten seien seines Erachtens nach unklar. K. beschreibt u.a. eine skelettale Normokklusion bei eingeschrÃ¤nktem hinterem Luftweg (â□□laut Aussage des Patientenâ□□). WÃ¤hrend sich der KlÃ¤ger bestÃ¤tigt gesehen hat, hat die Beklagte Bezug genommen auf eine gutachterliche Stellungnahme des X. (MDK) vom 10.10.2017, wonach weiterhin keine anatomischen Besonderheiten oder BestÃ¤tigungen fÃ¼r das Vorhandensein der Voraussetzungen fÃ¼r ein gesichtskelettverlagerndes Verfahren nachvollzogen werden kÃ¶nnten.

VertragsÃ¤rztliche Alternativen seien weiterhin vorhanden. Hierzu hat der KlÃ¤ger Stellung genommen (Schriftsatz vom 20.12.2017) und auf die VerÃ¶ffentlichungen â□□Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea, European Respiratory Journal 2011; 37: 1000-1028â□□ und â□□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.â□□ 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 ausgefÃ¼hrt, dass die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Schlafmedizin (DGSM) von 2017 weiterhin dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Kenntnisse entsprÃ¤chen. Es bleibe bei der bisherigen Leistungsempfehlung. Hierzu hat der KlÃ¤ger ausgefÃ¼hrt (Schriftsatz vom 27.03.2018), dass auch nach der in Bezug genommenen Leitlinie in FÃ¤llen, wie seinem, in denen eine CPAP-Therapie nicht mÃ¶glich sei bzw. nicht toleriert werde, die begehrte operative Behandlung als geboten angesehen werde.

Das Sozialgericht hat sodann Beweis erhoben zu den GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers und den Behandlungsoptionen durch Einholung eines schriftlichen SachverstÃ¤ndigengutachtens (nach Lage der Akten) des Internisten, Pneumologen und Schlafmediziners R. vom 31.08.2018. Dieser hat auf Grundlage der vorliegenden Befunde zusammenfassend ausgefÃ¼hrt: Bei dem KlÃ¤ger lÃ¤gen eine schwergradige, gemischtfÃ¶rmige, fÃ¼hrend obstruktive Schlafapnoe (RDI 101/h, AHI 100,8/h, minimale SauerstoffsÃ¤ttigung 84%), nÃ¤chtliche periodische Beinbewegungen (PLMS-Index von 114/h), eine Adipositas (BMI 38,9 kg/m2), eine NikotinabhÃ¤ngigkeit, arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2 (Insulinresistenz), eine Glykogenose (Typ V), ein Z.n. bifrontalem SchÃ¤del-Hirn-Trauma und ein Z.n. parietooccipitalen Endstrominfarkten 2010 vor. FÃ¼r die Behandlung der Schlafapnoe stehe insbesondere eine pneumatische Schienungstherapie (CPAP, BiPAP, APAP), ggf. mit individuell angefertigter Maske, zur VerfÃ¼gung. Andere MaÃ□nahmen, wie eine alleinige Verhinderung der RÃ¼ckenlage oder eine Unterkieferprotrusionsschiene, seien aufgrund der Schwere der Erkrankung bei dem KlÃ¤ger nicht hinreichend. Evtl. kÃ¶nnten solche MaÃ□nahmen aber ergÃ¤nzend zur pneumatischen Schienungstherapie erfolgen. Ein â□□Zungenschrittmacherâ□□ mit atemsynchroner Stimulation des Nervus hypoglossus werde aufgrund der Datenlage nur bei Patienten ohne Adipositas angewandt und komme somit fÃ¼r den KlÃ¤ger nicht infrage. Die operative Umstellung (Vorverlagerung) der Kiefer stelle ein mÃ¶gliches Verfahren zur Therapie der obstruktiven Schlafapnoe dar, das nach aktueller Datenlage infrage komme, wenn die ModalitÃ¤ten der pneumatischen Schienungstherapie keine Besserung gebracht hÃ¤tten bzw. nicht toleriert worden seien und/oder eine Anomalie der Kieferanatomie (z.B. RÃ¼ckverlagerung des Unterkiefers) bestehe. Als weitere Voraussetzungen wÃ¼rden ein normales bis leicht erhÃ¶htes KÃ¶rpergewicht, Nikotinkarenz und das Fehlen von Begleiterkrankungen, die das Operationsrisiko erhÃ¶hen, angesehen. Bei dem KlÃ¤ger 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 kÃ¶nnen; die Therapie sei von dem KlÃ¤ger 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 kÃ¶nnen, dass die CPAP-Therapie grundsÃ¤tzlich bei dem KlÃ¤ger funktioniere und die obstruktive Schlafapnoe stark bessern kÃ¶nne. Sie sei allerdings nur fÃ¼r eine Nacht angewandt worden; weitere Versuche einer Therapieoptimierung mit der Umstellung auf einen mÃ¶glicherweise besser vertrÃ¤glichen Behandlungsmodus (BiPAP, APAP) oder auf andere Maskentypen seien nicht dokumentiert. Eine strukturiert durchgefÃ¼hrte, nachhaltige Gewichtsreduktion sei ebenfalls noch nicht zum Einsatz gekommen. GrundsÃ¤tzlich 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 erhÃ¶htes KÃ¶rpergewicht, Fehlen von Begleiterkrankungen, die das Operationsrisikos erhÃ¶hen, Nikotinkarenz. Das Verfahren solle nur zum Einsatz kommen, wenn andere, weniger invasive Therapieverfahren nicht zum Erfolg gefÃ¼hrt hÃ¤tten bzw. nicht toleriert worden seien. Eine operative Kieferverlagerung kÃ¶nne notwendig werden, wenn die Erkrankung nachgewiesenermaÃen nicht mit einem der anderen, weniger eingreifenden Therapieverfahren oder einer Kombination dieser Verfahren ausreichend behandelt werden kÃ¶nne und die weiteren Voraussetzungen einer nachhaltigen Gewichtsreduktion und einer Nikotinkarenz erfÃ¼llt seien. Bei dem KlÃ¤ger stelle â auch unter AbwÃ¤gung der Risiken des Eingriffs, insbesondere beim Vorliegen von Begleiterkrankungen, gegenÃ¼ber dem Nutzen â 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 VerfÃ¼gung stehenden BehandlungsmÃ¶glichkeiten, trotz optimaler Maskenanpassung und Gewichtsreduktion nicht toleriert werde, bestehe bei einer operativen Kieferverlagerung eine vernÃ¼nftige Relation zwischen den Kosten und dem konkreten Heilerfolg. Auch insoweit seien eine vorherige Reduktion des Operationsrisikos und eine ErhÃ¶hung der Erfolgschancen des Eingriffs durch eine nachhaltige Gewichtsreduktion und eine Nikotinkarenz zu fordern. Nach derzeitigem Erkenntnisstand mÃ¼sse bei dem KlÃ¤ger 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 fÃ¼r den KlÃ¤ger auch vertrÃ¤glich sei und die weiteren genannten begleitenden Therapien, hier insbesondere eine nachhaltige Gewichtsreduktion, anzustreben. Weitere Voruntersuchungen fÃ¼r eine operative Verlagerung der Kiefer seien erst indiziert, wenn diese Methode konkret infrage komme. Die Voraussetzungen hierfÃ¼r seien aktuell nicht gegeben.

Das Sozialgericht hat sodann auf Antrag des KlÃ¤gers (Schriftsatz vom 24.10.2018) nach Â§Â 109 SGG weiter Beweis erhoben zu den GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers und den Behandlungsoptionen durch Einholung eines schriftlichen SachverstÃ¤ndigengutachtens (nach Lage der Akten) des T. (Spezialklinik fÃ¼r

Ãsthetische Gesichts-, Kiefer- und Oralchirurgie, D.) vom 05.03.2019. Dieser hat auf Grundlage der vorliegenden Befunde zusammenfassend ausgefÃ¼hrt: Bei dem KlÃ¤ger 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. SchÃ¤del-Hirn-Trauma und ein Z.n. parietoocipitalen Endstrominfarkten 2010. Bei relevanter OSAS stelle die Therapie mit einer Ãberdruckmaske (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 TherapiemodalitÃ¤t das Auftreten cardiovaskulÃ¤rer Risikofaktoren nicht verhindern kÃ¶nne (McEvoy 2016). Des Weiteren komme es bei vielen Patienten zu einer sogenannten Maskenintoleranz, die verschiedenste Ursachen haben kÃ¶nne. Alternative Behandlungen (Schienen, Operation des weichen Gaumens) kÃ¤men vorliegend nicht in Frage. Als optimale alternative Variante bestehe die Umstellungsosteotomie von Ober- und Unterkiefer (sog. Rotation-Advancement). Hierdurch komme es bei fachgerechter DurchfÃ¼hrung 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 FÃ¤lle durch die Operation zu einer signifikanten Verbesserung des OSAS in Bezug auf RDI, Epworth Score sowie SauerstoffsÃ¤ttigung 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 KlÃ¤ger vorliegenden schweren OSAS sei eine Therapie zwingend notwendig, um FolgeschÃ¤den (Herzinfarkte, SchlaganfÃ¤lle etc.) zu vermeiden. Nachdem sich gezeigt habe, dass die CPAP-Therapie keine cardiovaskulÃ¤ren Ereignisse verhindere (McEvoy 2016), sei davon auszugehen, dass die permanente operative Erweiterung der oberen Atemwege als kurativer Ansatz zur Beseitigung der Ursache des OSAS fÃ¼hre, da postoperativ die pathologischen anatomischen VerhÃ¤ltnisse beseitigt seien. Somit sollten die Risiken der Patienten denen des Normalkollektives entsprechen. Langzeitstudien in Bezug auf die LebenszeitverlÃ¤ngerung stÃ¼nden 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 hÃ¤tten, wie das Normalkollektiv. Die Operation sei in AbhÃ¤ngigkeit vom Lebensalter die wirtschaftlichste und kostengÃ¼nstigste Alternative. Ãberdies sei die Operation unabhÃ¤ngig von der Mitarbeit des Patienten. Somit kÃ¶nne es hier nach erfolgreicher DurchfÃ¼hrung nicht zu Risiken durch Nichteinhalten der Therapie kommen. Das Therapieziel kÃ¶nne auch mit einer optimalen CPAP-Therapie erreicht werden. Hier handele es sich jedoch um eine nicht kurative Option und es erfolge keine Minimierung von kardiovaskulÃ¤ren Risiken. Die Ursache der Schlafapnoe bei dem Patienten (Atemwegsverengung) werde nicht dauerhaft adressiert, wie es durch eine Umstellung der Kiefer bewirkt werden wÃ¼rde. Dem MDK-Gutachten vom 04.07.2016 werde widersprochen. Bei dem KlÃ¤ger zeige sich

im Bereich des Zugengrundes ein kompletter Verschluss der Atemwege sowie eine deutliche EinschrÃ¤nkung der Nasen-Luft-Passage durch eine Septumdeviation. Die cephalometrische Auswertung zeige zudem eine dezente RÃ¼cklage des Oberkiefers in Relation zur SchÃ¤delbasis, die zu einer Verengung der Atemwege fÃ¼hre. Dies berÃ¼cksichtige 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 KlÃ¤ger belegt werden kÃ¶nne, sei von mund-, kiefer- gesichtschirurgischer Seite aus nicht beurteilbar. Es bestehe jedoch ein hoher glaubhafter Leidensdruck. BezÃ¼glich des MDK-Gutachtens vom 05.08.2016 kÃ¶nne gutachterlich nicht â□□besprochen werdenâ□□, ob eine begrÃ¼ndete Intoleranz fÃ¼r die CPAP-Therapie vorliege. Sicherlich habe, wie in der DGSM S3-Leitlinie beschrieben, das KÃ¶rpergewicht einen gewissen Einfluss auf den RDI/AHI. Angegeben wÃ¼rden 50% fÃ¼r eine 10-50% Gewichtsreduktion. Bei dem KlÃ¤ger mit einem RDI/AHI von Ã¼ber 60/h bliebe aber somit noch immer ein therapiebedÃ¼rftiger RDI/AHI erhalten. Ferner sei es fÃ¼r den KlÃ¤ger aufgrund der ausgeprÃ¤gten TagesmÃ¼digkeit (Epworth-Index 15) recht herausfordernd, adÃ¤quat an KÃ¶rpergewicht abzunehmen, zumal der KlÃ¤ger anamnestisch ca. 18 von 24 Stunden schlafend verbringe. BezÃ¼glich der notwendigen Vermeidung von Alkohol sowie Nikotin werde den Gutachtern unbedingt zugestimmt. Dieses sei sogar Voraussetzung fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der Operation. Falsch hingegen sei, dass der Stellenwert der Osteotomien lediglich bei anatomischen Besonderheiten liege, zumal die Cephalometrie eine milde OberkieferrÃ¼cklage bestÃ¤tigt habe. Der einzig relevante anatomische Parameter sei die Weite der oberen Atemwege. Bei dem KlÃ¤ger liege hier ein radiologisch kompletter Verschluss vor (DVT Befund). Eine Schlafapnoe kÃ¶nne grundsÃ¤tzlich bei allen skelettalen Gesichtsmustern auftreten (KVG-Atlas). Das MDK-Gutachten vom 12.10.2016 enthalte wenige neue Argumente. Soweit kontrollierte prospektive Vergleichsstudien gefordert wÃ¼rden, sei den Gutachtern insofern Recht zu geben, dass bis anhin lediglich retrospektive Studien existierten. Allerdings kÃ¶nne aufgrund der vorliegenden groÃ□en Fallserien in Metaanalysen von einer signifikanten Erfolgsquote ausgegangen werden. Zu dem MDK-Gutachten vom 10.10.2017 sei auszufÃ¼hren, dass die Beurteilung der Computertomographie vom 09.07.2015 im Befund keine Aussage zur Atemwegsweite enthalte. Weiterhin sei eine CT nur bedingt zur Aussage Ã¼ber das GesichtsschÃ¤delwachstum geeignet. Der Standard sei hier die cephalometrische Auswertung, die bei dem KlÃ¤ger eine dezente OberkieferrÃ¼cklage ergebe. K. bestÃ¤tige in der Anfrage vom 09.06.2017 die auch von dem SachverstÃ¤ndigen beschriebene klinische Enge der unteren Atemwege. Der MDK stelle fest, dass keine anatomischen Besonderheiten vorlÃ¤gen, obgleich ihm ein Cephalogramm (FRS, FernrÃ¶ntgen seitlich) vorgelegen habe, auf dem sich die OberkieferrÃ¼cklage zeige. Des Weiteren sollte auf diesen Aufnahmen (sowohl OPT als auch FRS) die ausgeprÃ¤gte Enge der Atemwege deutlich sichtbar sein. Die anatomischen Voraussetzungen fÃ¼r ein Rotation-Advancement seien somit fraglos gegeben. Soweit der SachverstÃ¤ndige R. gutachterlich auf die entsprechende S3-Leitlinie (S3-Leitlinie nicht erholsamer Schlaf/SchlafstÃ¶rungen), wonach bei entsprechendem anatomischen Befund (Posterior Airway Space