
Datum: 29.01.2014
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 40. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 40 KR 1359/11
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2014:0129.S40KR1359.11.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

1

Die Beteiligten streiten über die Notwendigkeit einer stationär durchzuführenden Liposuktion (Fettabsaugung). Die 30-jährige Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Mit Schreiben vom 18.12.2010 stellte sie einen Antrag auf Bewilligung einer Liposuktion der Beine während eines Krankenhausaufenthaltes. Die konservative Behandlung habe bisher keinen Erfolg gezeitigt, zumal sie wegen ihrer Tätigkeit als Postzustellerin Schwierigkeiten habe, diese durchzuführen. Die Beklagte schaltete daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein, der in seinem nach Aktenlage erstatteten Gutachten vom 11.01.2011 angab, dass Methode der Wahl zur Behandlung des Lipödems die physikalische Entstauungstherapie sowie Krankengymnastik sei. Insoweit sehe die Leitlinie vor, zunächst die konservativen Therapien zu erschöpfen. Dort werde außerdem angegeben, dass es bisher keine Vergleichsstudien zwischen konservativen Therapien und der Liposuktion gebe. Die Beklagte lehnte daher den Antrag mit Bescheid vom 19.01.2011 ab. Dagegen erhob die Klägerin am 28.01.2011 Widerspruch. Diesem fügte sie ein Schreiben von XXX vom 16.02.2011 bei. Dieser teilte mit, dass ein Erfolg der konservativen Therapien bisher nicht festzustellen sei, zumal sie wegen ihrer Tätigkeit Schwierigkeiten habe, diese zu nutzen. Trotz der beruflichen Aktivitäten sei eine Zunahme des Lipödems festzuhalten. In Übereinstimmung mit den Leitlinien empfehle er eine Liposuktion. Die Beklagte schaltete nochmals den MDK ein. Dieser untersuchte die Klägerin und erstattete am 29.04.2011 ein Gutachten, worin er festhielt, dass die Klägerin nach eigenen Angaben die

2

Kompressionsstrumpfhose praktisch nicht getragen habe. Eine Lymphdrainage sei zuletzt im November 2010 durchgeführt worden, d.h. innerhalb eines halben Jahres maximal 18 Einheiten. Es liege ein Lipödem vor. Insoweit bestehe ein Schweregefühl und Druckschmerzhaftigkeit. Es sollte ein- bis zweimal wöchentlich eine Entstauungstherapie durchgeführt werden. Zudem sollten Kompressionsstrümpfe getragen werden. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Bescheid vom 01.11.2011 zurück. Nach Angaben des MDK sei weder die Liposuktion erforderlich, noch seien die zugelassenen Methoden ausgeschöpft. So habe die Klägerin die verordneten Kompressionsstrümpfe kaum getragen. Ebenso wenig habe sie die Lymphdrainage in der letzten Zeit regelmäßig durchgeführt. Auf die psychischen Leiden komme es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht an. Mit der am 08.11.2011 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Der behandelnde Arzt Dr. XXX habe darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine ästhetische Operation handle, sondern diese medizinisch erforderlich sei. Ebenso sei die Wirksamkeit der Liposuktion wissenschaftlich belegt. XXX habe auch darauf hingewiesen, dass der Umfang an den Beinen trotz der berufsbedingten starken körperlichen Aktivitäten zugenommen habe. Daraus lasse sich folgern, dass die konservativen Methoden keinen Erfolg zeitigen würden. Die Kompressionstherapie sei nach XXX begleitend erforderlich, was ebenfalls bedeute, dass sie allein unzureichend sei. Wegen ihrer Tätigkeit als Postzustellerin komme das Tragen der Kompressionsstrümpfe nur bedingt in Betracht. Ausweislich des überreichten Urteils komme jedenfalls im Einzelfall eine Gewährung der Liposuktion im Rahmen einer Krankenhausbehandlung in Betracht. Bei der Klägerin lägen entsprechende besondere Umstände vor. Das Hessische Landessozialgericht (LSG) habe das Bestehen des Anspruchs ebenso bestätigt wie das Sozialgericht (SG) Chemnitz. Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 19.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.11.2011 zu verurteilen, die Kosten für eine noch durchzuführende stationäre Liposuktion zu übernehmen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung nimmt sie zunächst Bezug auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, dass die Klägerin schon die konservativen Mittel nicht ausgeschöpft habe. Auch die Leitlinien würden insoweit eine Behandlung mit konservativen Mitteln über 6 Monate voraussetzen, woran es fehle. Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung von Befund- und Behandlungsbericht von XXX vom 24.04.2012 und von XXX Fachärztin für Allgemeinmedizin, vom 30.04.2012. Auf die ärztlichen Feststellungen wird im Einzelnen verwiesen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die das Gericht beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

3

1. Die zulässige Klage ist unbegründet. Die Klägerin ist durch den Bescheid vom 19.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.11.2011 nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beschwert, da dieser nicht rechtswidrig ist. Zu Recht hat die Beklagte den Antrag auf Bewilligung einer stationären Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Liposuktion abgelehnt, da die Klägerin keinen Anspruch aus § 27 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 i.V.m. § 39 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) auf die begehrte Leistung gegen die Krankenkasse hat. a. Allerdings ist problematisch, ob dem Anspruch nicht bereits das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V entgegensteht. Nach der neueren Rechtsprechung des BSG sind auch im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung durch die Gerichte die Anforderungen aus den §§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V zu beachten (so die h.M. BSG, Urteil vom 28.07.2008, Az.: B 1 KR 5/08 R; BSG, Urteil vom 17.02.2010, Az.: B 1 KR 10/09 R; BSG, Urteil vom 21.03.2013, Az.:

4

B 3 KR 2/12 R; ebenso Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen [LSG NRW], Urteil vom 16.01.2014, Az.: L 16 KR 558/13; Sächs. LSG, Urteil vom 16.01.2014, Az.: L 1 KR 229/10; Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, § 137 c Rn. 1; Ricken, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 39 Rn. 28; Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 137c Rn. 11). Daraus folge, dass nur solche Methoden zu übernehmen seien, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dazu sei erforderlich, dass ihre Erprobung abgeschlossen sei und über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen möglich seien. In der Regel sei dies durch entsprechende Studien nachzuweisen. Dem stünde § 137 c SGB V nicht entgegen, weil dieser die Voraussetzungen für einen Anspruch nach § 39 SGB V nicht selbst definiere. Folgte man dem, so käme die Gewährung einer stationären Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Liposuktion ohne Weiteres nicht in Betracht, denn mangels hinreichender Daten ist die Wirksamkeit der Methode nicht ausreichend nachgewiesen (so konsequent LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 01.03.2013, Az.: L 4 KR 3517/11; LSG NRW, Urteil vom 16.01.2014, Az.: L 16 KR 558/13; Sächs. LSG, Urteil vom 16.01.2014, Az.: L 1 KR 229/10). Insoweit ergibt sich aus dem Gutachten der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 "Methoden- und Produktbewertung" zum Thema "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" vom 6. Oktober 2011, dass hinreichende Studien über die Wirksamkeit der Liposuktion nicht existieren. Neue Studien, die die Wirksamkeit mit hinreichender Sicherheit belegen, sind weder benannt worden, noch sonst ersichtlich. Es ist allerdings fraglich, ob diesem Ansatz zu folgen ist. Es spricht Einiges dafür, dass die Behandlung als Sachleistung zu erbringen ist, wenn Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht und ein Ausschluss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht vorliegt (so denn auch die frühere Rechtsprechung: BSG, Urteil vom 19.03.2003, Az.: B 1 KR 1/02 R; ebenso Felix/Deister, NZS 2013, 81 ff.; Bender, NZS 2012, 761 ff.). Weitere Voraussetzungen im oben dargestellten Sinne bestehen nicht. (1) Maßgeblich ist insoweit der nach Ansicht der Kammer klar in der Gesetzesbegründung sowie der Systematik zu Tage tretende Wille des Gesetzgebers. Der Regelungswille des Gesetzgebers ist primäre Richtlinie der Gesetzesanwendung (zum Folgenden: Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 25.01.2011, Az.: 1 BvR 918/10; BVerfG, Beschluss vom 26.09.2011, Az.: 2 BvR 2216/06 u.a.; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 08.08.2012, Az.: L 23 SF 80/12 B AB; Rütters, NJW 2011, 1856 ff.; Wedel, NJW 2012, 719 f.). Lässt sich der Wille des Gesetzgebers eindeutig feststellen, gebietet es der Respekt vor dem demokratisch legitimierten Gesetzgeber, diesem bei der Anwendung der Norm Ausdruck zu verleihen. Jedenfalls darf das Gericht nicht durch seine Auslegung das gesetzgeberische Ziel der Norm in einem wesentlichen Punkt verfehlen oder verfälschen oder an die Stelle der Regelungskonzeption des Gesetzgebers gar eine eigene treten lassen. Insoweit hat der Gesetzgeber ausgeführt (BT-Drucks. 14/1245, S. 90): "Mit dem Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern und zu vermeiden, daß medizinisch fragwürdige Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbracht werden, wird in Anlehnung an die in der ambulanten Versorgung etablierten Verfahren ein Gremium geschaffen, das Art und Qualität der im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen nach den Maßstäben und Kriterien evidenz-basierter Medizin daraufhin überprüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind ...Der Ausschuss kann sowohl mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als auch mit bereits etablierten Verfahren befaßt werden ...Der Ausschuss hat bei seinen Entscheidungen dafür Sorge zu tragen, daß der medizinische Fortschritt in den Krankenhäusern nicht behindert wird." Das BSG ist aus der Begründung sowie der Gesetzessystematik den Schluss gezogen, dass die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nicht mit der Begründung verneinen könne, dass eine Behandlung den in § 137c SGB V genannten Kriterien nicht genüge, soweit der Ausschuss Krankenhaus eine

entsprechende Feststellung nicht getroffen habe (vgl. Leitsatz 2 zur Entscheidung BSG, Urteil vom 19.03.2003, Az.: B 1 KR 1/02 R). Dazu hat es ausgeführt: "Erklärte Absicht des Gesetzgebers war es, mit dieser Regelung auch für den Krankenhausbereich ein Verfahren zur verbindlichen Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die an der Leistungserbringung beteiligten Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen zu etablieren. Vergleichbar dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sollte ein Gremium geschaffen werden, das Art und Qualität der in der Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen nach den Maßstäben und Kriterien evidenz-basierter Medizin daraufhin prüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind (BT-Drucks 14/1245 S 90). Die Prüfung und Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Ausschuss Krankenhaus soll die Qualität der medizinischen Versorgung sichern und verhindern, dass fragwürdige Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Stellt der Ausschuss fest, dass Wirksamkeit und Nutzen einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nicht hinreichend belegt sind und die Methode deshalb nicht, noch nicht oder nicht mehr dem aktuellen medizinischen Standard entspricht, hat das nach § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Folge, dass ihre Anwendung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen ist. Dem Votum des Ausschusses Krankenhaus kommt danach in gleicher Weise wie dem Ergebnis der Überprüfung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 Abs 1 Satz 2 SGB V normative Wirkung zu, ohne dass an dieser Stelle zu untersuchen ist, welche Rechtsqualität die Entschlüsse des Ausschusses haben und wie die vom Gesetzgeber gewählte Konstruktion verfassungsrechtlich zu bewerten ist. Im Unterschied zur Rechtslage in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verzichtet das Gesetz bei Krankenhausleistungen allerdings auf einen Erlaubnisvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit der Konsequenz, dass im klinischen Bereich neuartige Verfahren vor einem Einsatz in der Krankenversicherung nicht automatisch einer Überprüfung und Bewertung im Hinblick auf die Erfüllung der geforderten Versorgungsstandards unterzogen werden. Das ändert aber nichts daran, dass nach dem gesetzgeberischen Konzept die Frage des medizinischen Nutzens und der wissenschaftlichen Akzeptanz von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch im Krankenhausbereich durch einen sachverständigen Ausschuss abschließend und verbindlich geklärt und nicht von Fall zu Fall einer Entscheidung durch die Krankenkasse oder das Gericht überlassen werden soll. Die Regelung in § 137c SGB V orientiert sich am Vorbild des § 135 Abs 1 SGB V. Nach der Begründung zum Fraktionsentwurf des GKVRefG 2000 sollte das aus der ambulanten Versorgung bekannte Verfahren der Überprüfung und Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in abgewandelter Form auf den stationären Bereich übertragen werden, um so auch die Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus zu sichern (BT-Drucks 14/1245 S. 90). Mit der Angleichung der Entscheidungsstrukturen korrespondiert die Verpflichtung der Beteiligten zur Koordination der Entscheidungsinhalte durch die in § 135 Abs. 1 Satz 4 und § 137c Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgeschriebene Abstimmung der Arbeitspläne und Bewertungsergebnisse zwischen dem Ausschuss Krankenhaus und dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie die Möglichkeit sektorenübergreifender Empfehlungen durch den Koordinierungsausschuss nach § 137e Abs. 4 SGB V. Das Fehlen eines Erlaubnisvorbehalts in § 137c SGB V hat zur Folge, dass im Krankenhaus grundsätzlich auch neuartige Verfahren keiner vorherigen Zulassung bedürfen, sondern zu Lasten der Krankenversicherung angewendet werden können, solange der Ausschuss Krankenhaus sie nicht ausgeschlossen hat. Die Gefahr, dass deshalb zweifelhafte oder unwirksame Maßnahmen zum Einsatz kommen, ist im Krankenhaus schon wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen Vergütungsstrukturen geringer als bei der Behandlung durch einzelne niedergelassene Ärzte. Neue, noch nicht ausreichend gesicherte

Diagnose- und Behandlungsmethoden können im Krankenhaus im Rahmen klinischer Studien erprobt werden, die in § 137c Abs 1 Satz 2 SGB V vom Anwendungsbereich der Vorschrift ausdrücklich ausgenommen sind. Bei Zweifeln am medizinischen Nutzen einer neuen Behandlung hat die Krankenkasse - wie im Übrigen bei allen etablierten Methoden, die weder im ambulanten noch im stationären Bereich einer automatischen Überprüfung unterliegen - die Möglichkeit, über ihren Spitzenverband eine Beurteilung durch den Ausschuss Krankenhaus zu veranlassen und gegebenenfalls auf diesem Wege eine Ausgrenzung zu erreichen." Warum dieser auch für das BSG im Jahre 2003 klar zu Tage tretende gesetzgeberische Wille nunmehr nicht mehr gelten soll, bleibt in den späteren Entscheidungen offen. Vielmehr spricht auch die Begründung bei Folgeänderungen des § 137c SGB V für ein solches Verständnis. So ist zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeführt worden (BT-Drucks. 17/6906, S. 86 – insoweit unverändert zur Gesetzesfassung geworden): "Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Vergangenheit nach erfolgter sektorenübergreifender Nutzenbewertung zunehmend gleichgeartete Beschlüsse für den ambulanten und stationären Bereich gefasst. Während negative Entscheidungen wegen des geltenden Verbots mit Erlaubnisvorbehalt in § 135 SGB V auf den status quo in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich keine Auswirkungen haben, bedeutet eine entsprechende Ausschlussentscheidung für den stationären Bereich, dass eine Methode, die zuvor wegen der nach § 137c SGB V geltenden Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt im Krankenhaus zur Verfügung gestanden hat, nun grundsätzlich nicht mehr allgemein zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. Die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zutreffend eine sektorenübergreifende Nutzenbewertung als Ausgangspunkt haben, berücksichtigen auf Grundlage des geltenden Rechts nicht hinreichend den besonderen Bedarf nach – bisher noch nicht auf hohem Niveau belegten – Behandlungsalternativen in der Versorgung von stationär behandlungsbedürftigen und daher typischerweise schwerer erkrankten Versicherten." Die Begründung zeigt klar, dass der Gesetzgeber weiterhin von einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt ausgeht, so dass Leistungen im Krankenhausbereich bis zum einem Ausschluss durch den GBA erbracht werden können. Diese Feststellung ist umso bedeutsamer, weil sie im Jahre 2011, d.h. nach der Änderung der Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 28.07.2008, Az.: B 1 KR 5/08 R mit Aufgabe der Rechtsprechung aus dem Jahre 2003), getroffen worden ist. Dies deutet darauf hin, dass der Gesetzgeber in Kenntnis der Änderung der Rechtsprechung des BSG gleichwohl an seinem Regelungskonzept festhalten wollte. (2) Für dieses Verständnis spricht auch der Wortlaut des § 137c SGB V und die Systematik des SGB V. § 137 c Abs. 1 S. 1 SGB V setzt schon nach seinem Wortlaut ("die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden") und seinem Inhalt voraus, dass die Methoden bis zur negativen Entscheidung des GBA genutzt werden können (vgl. zum Folgenden Felix/Deister, NZS 2013, 81 (87f.); Bender, NZS 2012 761 (765 ff.)). Er legt fest, dass Methoden nur ausgeschlossen werden können, wenn der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet (§ 137c Abs. 1 S. 2 SGB V). Damit wird schon ein gänzlich anderer Maßstab definiert, als er von der Rechtsprechung zur Anwendung gelangt. Nach der gesetzlichen Konzeption ist zudem allein der GBA für die Feststellung des fehlenden Nutzens/Potenzials zuständig. Eine Überprüfungscompetenz der Gerichte ist ausdrücklich nicht geregelt. Dies wird nunmehr durch die Einführung der Erprobung nach § 137e SGB V noch deutlicher (dazu auch Felix/Deister, NZS 2013, 81 (88); Bender, NZS 2012, 761 (767 f.)). Denn nach § 137c Abs. 1 S. 4 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e, wenn die Überprüfung ergibt, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Damit wäre die Feststellung, dass der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, gerade

nicht mit dem Ausschluss aus dem Leistungskatalog verbunden. Vielmehr wäre bei ausreichendem Potenzial eine Erprobungsrichtlinie zu erlassen, wofür aber ausschließlich der GBA zuständig wäre. Folgte man der oben zitierten Rechtsprechung, wäre diese gesetzliche Konstruktion ausgehebelt. Schließlich hätte es nahegelegen, dass der Gesetzgeber für den stationären Sektor eine dem § 135 SGB V vergleichbare Regelung schafft, wenn er eine gleichlaufende Rechtslage hätte schaffen wollen. Insofern macht aber gerade die von § 135 SGB V abweichende Regelungssystematik des § 137c SGB V klar, dass man einen unterschiedlichen Leistungsumfang schaffen wollte. (3) Dem stehen die Regelungen des §§ 2 Abs. 1 S. 3, 12 Abs. 1 SGB V nicht entgegen. Schon das BSG hat in Kenntnis der sich daraus grundsätzlich ergebenden Anforderungen der Vorschrift des § 137c SGB V eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt entnehmen können (BSG, Urteil vom 19.03.2003, Az.: B 1 KR 1/02 R): "Entgegen der Auffassung des LSG kann der Klägerin auch nicht entgegengehalten werden, die chirurgische Therapie der Adipositas sei generell keine Leistung der Krankenversicherung, weil sie (noch) nicht ausreichend erprobt sei und es weder definierte Behandlungsstandards noch ausreichende Erkenntnisse über den langfristigen Erfolg einer derartigen Behandlung gebe. Freilich müssen auch Behandlungen im Krankenhaus den in § 2 Abs 1 Satz 3, § 12 Abs 1 und § 28 Abs 1 SGB V für die gesamte Krankenversicherung festgelegten Qualitätskriterien genügen (BSGE 81, 182, 187 = SozR 3-2500 § 109 Nr 5 S 187; BSG SozR 3-2500 § 92 Nr 12 S 71). Die Prüfung und Entscheidung darüber, ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als wirksam und zweckmäßig einzuschätzen ist und damit dem geforderten Versorgungsstandard entspricht, obliegt aber nicht der Krankenkasse oder den Gerichten, sondern dem dafür nach § 137c SGB V eingerichteten Ausschuss Krankenhaus. Dieses mit Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Krankenkassen sachkundig besetzte Gremium soll - ähnlich wie im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen - bei Bedarf die Frage der Zugehörigkeit einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zum Leistungskatalog der Krankenversicherung für Leistungsanbieter, Kostenträger und Versicherte verbindlich klären." Damit hat es die Entscheidung, ob die entsprechenden Qualitätskriterien eingehalten worden sind, dem GBA zugeschrieben. Die Gerichte aber sollten gerade nicht mehr im Einzelfall eine Prüfung vornehmen. Es kommt hinzu, dass die §§ 2 Abs. 1 S. 3, 12 SGB V zwar im Allgemeinen Teil stehen und damit grundsätzlich – quasi vor die Klammer gezogen – allgemeine Geltung beanspruchen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie absolut gelten und der Gesetzgeber nicht berechtigt wäre, insoweit Bereichsausnahmen zu schaffen bzw. die Prüfungskompetenz bestimmten Organen zu übertragen (vgl. im Verhältnis von Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V zum Wahlrecht im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Bold, NZS 2014, 129 ff.). Davon ist im Bereich des § 137 c SGB V für die stationäre Krankenhausbehandlung auszugehen (so wohl auch Bender, NZS 2012, 761), wenn in der Gesetzesbegründung ausgeführt wird (BT-Drucks. 17/6906, S. 86): " Die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zutreffend eine sektorenübergreifende Nutzenbewertung als Ausgangspunkt haben, berücksichtigen auf Grundlage des geltenden Rechts nicht hinreichend den besonderen Bedarf nach – bisher noch nicht auf hohem Niveau belegten – Behandlungsalternativen in der Versorgung von stationär behandlungsbedürftigen und daher typischerweise schwerer erkrankten Versicherten." Daraus lässt sich nach Ansicht der Kammer einerseits klar genug der Wille des Gesetzgebers entnehmen, dass es hier nicht auf die in der Rechtsprechung aus §§ 2, 12 SGB V hergeleiteten Anforderungen hinsichtlich der Wirksamkeit der Methode ankommen soll. Vielmehr soll eine Leistungserbringung auch bei fehlenden hinreichender Daten, d.h. in der Regel qualitativ ausreichender Studien, eine Anwendung der Methoden im stationären Krankenhausbereich möglich sein. Zum anderen hat der Gesetzgeber die Prüfungskompetenz zur Sicherung einer einheitlichen Auslegung dem GBA übertragen. (4)

Soweit man daher in der gesetzlichen Konstruktion eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt sieht, stünden der Leistung im vorliegenden Verfahren jedenfalls die unzureichende Datenlage nicht entgegen (Hess. LSG, Urteil vom 05.02.2013, Az.: L 1 KR 391/12; SG Augsburg, Urteil vom 23.10.2012, Az.: S 6 KR 258/10 – jeweils aber unter Verkennung der Rechtsprechung des BSG und daher ohne entsprechende Auseinandersetzung). b. Die Frage kann vorliegend jedoch offen bleiben. Denn jedenfalls ist geklärt, dass allein der Umstand, dass die Liposuktion im ambulanten Bereich nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, nicht genügt, um diese nunmehr stationär zu erbringen. Es ist in jedem Falle zu prüfen, ob Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht (BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KR 11/08 R; LSG NRW, Beschluss vom 18.11.2013, Az.: L 16 KR 639/13 B). Daran fehlt es hier. Nach Ansicht der Kammer genügt in Bezug auf das Lipödem an den Beinen der Klägerin eine ambulante Behandlung. Ausweislich der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie zum Lipödem (erstellt 12/1998, zuletzt aktualisiert 06/2009 - abrufbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-012_S1_Lipoedem_06-2009_06-2014.pdf) besteht die konservative Behandlung aus einer komplexen Entstauungstherapie. Diese wiederum setzt sich zusammen aus manueller Lymphdrainage, Kompressionstherapie, Bewegungstherapie und Hautpflege. Dazu gehört initial eine Entstauungstherapie, deren Ergebnisse sodann im Rahmen einer Erhaltungstherapie für längere Zeit gefestigt werden sollen. In diesem Zusammenhang hat die Klägerin aber eine intensive Entstauungstherapie weder im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, noch ambulant durchgeführt. Aber auch eine Erhaltungstherapie wurde von ihr nicht konsequent umgesetzt. Weder hat sie Kompressionsstrümpfe getragen, noch ein- bis zweimal wöchentlich eine Lymphdrainage durchgeführt (vgl. Angaben im Gutachten des MDK vom 29.04.2011 – Bl. 56 der Verwaltungsakte). Dem steht ihre berufliche Belastung nicht entgegen. Es ist schon wenig nachvollziehbar, dass die Klägerin nach eigenen Angaben (vgl. Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 29.01.2014) täglich von 05:00 Uhr bis 17:00 Uhr arbeiten muss, so dass sie wöchentlich 60 Arbeitsstunden ableisten würde. Ebenso wenig ist erkennbar, dass sie nach der Beendigung der Arbeit – selbst wenn dies regelmäßig erst 17:00 Uhr der Fall sein sollte – aus zeitlichen Gründen nicht mehr in Lage wäre, eine Lymphdrainage durchzuführen. Denn es gibt durchaus physiotherapeutische Praxen, die aufgrund ihrer Öffnungszeiten in der Lage wären, auch nach 17:00 Uhr noch Lymphdrainagen durchzuführen (z.B. XXX). Überhaupt kommt es nach Ansicht der Kammer auf derlei persönliche Umstände nicht an. Die berufliche Belastung kann nicht dazu führen, auf die Durchführung der ausreichenden, ambulanten Behandlung zu verzichten und nunmehr eine operative Maßnahme zu beziehen (s.a. in anderem Zusammenhang: SG Dortmund, Urteil vom 24.04.2008, Az.: S 40 KR 237/06; SG Dortmund, Urteil vom 28.05.2010, Az.: S 40 KR 279/09). Medizinische Gründe, die gegen eine Lymphdrainage sprechen, sind jedenfalls nicht vorgetragen. Die Kammer folgt daher den insoweit überzeugenden, nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen des MDK im Gutachten vom 29.04.2011 (Bl. 56 der Verwaltungsakte). Dieser hat nach Untersuchung der Klägerin unter Berücksichtigung der Ausführungen in den Leitlinien festgehalten, dass gegenwärtig die konservativen Behandlungsmöglichkeiten genügen (Bl. 51 der Verwaltungsakte), was auch anhand der Angaben der Klägerin nachvollziehbar ist. Demgegenüber überzeugen die Angaben von XXX schon grundsätzlich nicht. Denn weder hat er dargelegt, welche konservativen Maßnahmen die Klägerin in welchem Zeitraum durchgeführt hat (siehe die vagen Angaben im Befundbericht vom 24.04.2012 – Bl. 53 der Gerichtsakte), noch kann der Schluss, dass diese gegenwärtig nicht genügen, überzeugen. Soweit er nämlich Bezug nimmt auf die berufliche Belastung (siehe Befundbericht vom 24.04.2012 – Bl. 53 der Gerichtsakte), kommt es darauf nach Ansicht der Kammer schon nicht an. Im Übrigen hat er aber nichts vorgetragen, was gegen die Wirksamkeit der konservativen Maßnahmen sprechen würde. Vielmehr war ihm beim Absetzen des Befundberichts noch nicht einmal bekannt, ob und wie lange die Klägerin die

Kompressionsstrümpfe getragen und über welchen Zeitraum hinweg sie mit welcher Intensität eine Lymphdrainage durchgeführt hat. Demgegenüber sind die mitgeteilten Befunde nicht dermaßen schwerwiegend, dass eine umgehende chirurgische Intervention geboten wäre. Vielmehr liegt ein Lipödem Stadium II mit mittelgradiger Ausprägung vor (siehe auch das Gutachten des MDK vom 29.04.2011 – Bl. 51 f. der Verwaltungsakte). Der Schluss, dass die konservativen Therapien nicht genügten und eine chirurgische Intervention geboten wäre, ist daher nicht nachvollziehbar. 2. Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 183 S. 1, 193 Abs. 1 S. 1 SGG.
