

L 4 KR 414/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 1092/15
Datum
04.01.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 414/16
Datum
11.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 4. Januar 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Übernahme der Kosten für vergangene und zukünftige Thermalbadbesuche im Rahmen einer Balneotherapie.

Der 1965 geborene Kläger leidet seit seiner Geburt an einer lamellären, kongenitalen Ichthyose (sog. Fischschuppenkrankheit), einer erblichen generalisierten Verhornungsstörung der Haut, die mit Schuppenbildung und Hautentzündungen einhergeht. Folge dieser Erkrankung ist eine stark verhornte, schuppige, juckende, rissige und schmerzhaft Haut am ganzen Körper, besonders ausgeprägt im Bereich der Kopfhaut, der Augen, des Trommelfells, der Ohrmuscheln, der Knie- und Ellbogen, der Hände, der Analfalte, des Leisten- und Intimbereichs sowie der Füße und Zehen.

Unter dem 16. Dezember 2013 beantragte er bei der Beklagten - eingegangen am 31. Dezember 2013 - die Kostenübernahme für eine Balneotherapie in Form eines monatlich 2-maligen Besuchs im Thermalbad zur Behandlung seiner Erkrankung. Zur Begründung führte er aus, aufgrund fachärztlicher Verordnung eine seinem Krankheitsbild angemessene Hautpflege in häuslicher Umgebung durchzuführen. Die Balneotherapie könne seine Pflege regelmäßig derart unterstützen, dass die gesamte Hautoberfläche in den Wasserbecken und im Dampfbad etwa 90 Minuten lang gleichmäßig so aufweichen könne, dass er sie in einer 90 Minuten dauernden Prozedur mittels seidene Waschlappen und sonstige Hilfsmittel mithilfe seiner Ehefrau auf ein erträgliches Maß abschrubben könne. Die in den Räumen eines Thermalbades herrschenden Luft- und Wasserverhältnisse seien hierzu sehr gut geeignet und mit dem Baden in der Badewanne im heimischen Bad keinesfalls vergleichbar bzw. nicht hierdurch zu ersetzen. Der Besuch im Thermalbad führe zu elastischer Haut und dadurch zur vorübergehenden Linderung der Beschwerden.

Die Beklagte beauftragte daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Erstattung eines Gutachtens. Nach Beiziehung eines ärztlichen Attests des den Kläger behandelnden Dermatologen Dr. W. vom 19. Februar 2014 führte Dr. W. in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 21. März 2014 aus, der Kläger leide an einer Ichthyosis congenita II. Im Vordergrund der Therapie stehe die Reduktion der Schuppung, insbesondere durch Anwendung schuppenlösender, keratolytischer Substanzen (z.B. Harnstoff oder Salicylsäure), zur Reinigung kämen unter anderem Wannenbäder in Betracht mit Zusätzen verschiedenster Externa (z.B. Natriumhydrogencarbonat, Öl, Kochsalz, Antiseptika), auch Dampfbäder würden zeitweilig angewendet. Eine mechanische Keratolyse werde häufig durchgeführt zur Reduktion der Hyperkeratosen, mit Wachshandschuh oder Bimsstein oder Auftragen von Salben nach dem Abtrocknen. Innerlich angewandt würden Retinoide (Vitamin-A-Derivate). Außerdem werde ein interdisziplinäres Management empfohlen zwischen Dermatologe, Pädiate, Allgemeinarzt, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Physiotherapeut und Humangenetiker. Ichthyosen seien zu den seltenen Erkrankungen zu rechnen. Bei der beantragten Balneotherapie handele es sich nicht um eine Kassenleistung, da die Anwendung von Bädern in erster Linie zur Hautpflege und somit zu einer Verrichtung bzw. zu einer Maßnahme des täglichen Bedarfs zähle. Auch Badezusätze seien nicht zu verordnen. Aus fachdermatologischer Sicht sei die therapeutische Anwendung von Bädern nur dann sinnvoll, wenn die Haut hinterher ausreichend mit rückfettenden Externa, die phasengerecht ausgewählt werden müssten, behandelt werde. Dies sei beim Kläger auch im häuslichen Bereich zumutbar. Sei der Kläger hierzu nicht im Stande, so könne eine Balneotherapie der Haut nur im Rahmen einer Rehamasnahme oder eventuell auch eines akutstationären Aufenthaltes durchgeführt werden, bei dem der Kläger von hierzu ausgebildetem Pflegepersonal unterstützt werde.

Mit Bescheid vom 1. April 2014 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers ab. Gestützt auf das Gutachten des Dr. We. führte sie aus, damit eine Leistung von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden könne, müsse zuvor der diagnostische bzw. therapeutische Nutzen nachgewiesen sein. Diese Beurteilung erfolge durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Die Balneotherapie sei eine neue Behandlungsmethode, die diese Voraussetzungen bei der vorliegenden Ichthyosis nicht erfülle. Aus fachdermatologischer Sicht sei die therapeutische Anwendung von Bädern mit anschließender Behandlung der Haut mit rückfettenden Externa im häuslichen Bereich zumutbar.

Zur Begründung seines hiergegen eingelegten Widerspruchs trug der Kläger unter Vorlage eines ärztlichen Attests des Dr. W. vom 10. Juni 2014 vor, er leide unter einer seltenen Erkrankung. Bei dieser handele es sich um einen klassischen Sonderfall, für den der GBA keine spezifischen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen habe, weshalb außerhalb dessen Regelungen die Kosten für den beantragten Thermalbadbesuch übernommen werden müssten. Die Einschränkungen seiner Erkrankung seien mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung im Sinne von [§ 2 Abs. 1a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vergleichbar. Die Anwendung von Bädern sei nur für den Hautgesunden eine Verrichtung des täglichen Lebens. Bei ihm sei es demgegenüber eine therapeutische Handlung. Der Hautzustand nach einer 3- bis 4-wöchigen Reha-Maßnahme werde bei ihm mit einem Telefonat mit Dr. W. die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Kosten vor. Zur Balneotherapie führte er aus, es handle sich um eine Maßnahme, welche aus medizinisch-dermatologischer Sicht sinnvoll sei und die auch so in Rehabilitationskliniken durchgeführt werde, sich allerdings außerhalb einer Rehabilitationsmaßnahme sozialmedizinisch nur schwierig abbilden lasse.

In seinem anschließend erstatteten Gutachten nach Aktenlage führte Dr. H. vom MDK unter dem 19. August 2014 aus, bei der beim Kläger vorhandenen Erkrankung handele es sich nicht um eine zum Tod oder zur Pflegebedürftigkeit führende Erkrankung. Unter dem 16. September 2014 teilte Dr. H. zudem mit, es müsse davon ausgegangen werden, dass die Hautpflege mit entsprechenden Externa, gegebenenfalls unterstützt durch die Einnahme von Medikamenten wie z.B. Retinoiden ausreiche, die Erkrankung zu behandeln, so dass nur bei entsprechenden Exazerbationen stationäre Aufenthalte notwendig werden könnten. In einem weiteren sozialmedizinischen Gutachten vom 4. November 2014 stellte Dr. H. nach einem Telefonat mit Dr. W. die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Kosten vor. Zur Balneotherapie führte er aus, es handle sich um eine Maßnahme, welche aus medizinisch-dermatologischer Sicht sinnvoll sei und die auch so in Rehabilitationskliniken durchgeführt werde, sich allerdings außerhalb einer Rehabilitationsmaßnahme sozialmedizinisch nur schwierig abbilden lasse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5. Februar 2015 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Bei der Balneotherapie handele es sich um ein unkonventionelles Heilmittel, für das der GBA noch keine Empfehlung ausgesprochen habe. Eine Kostenübernahme könne daher nicht erfolgen. Gestützt auf die Gutachten des MDK führte er aus, der Kläger leide nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder an einer singulären Erkrankung im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Die Anwendung von Bädern zähle in erster Linie zur Hautpflege und somit zu einer Maßnahme des täglichen Bedarfs. Die therapeutische Anwendung von Bädern sei nur dann sinnvoll, wenn die Haut hinterher ausreichend mit rückfettenden Externa behandelt werde. Dies sei beim Kläger auch im häuslichen Bereich möglich. Der Hinweis des Klägers, dass durch die Balneotherapie möglicherweise viel kostenintensivere Folgetherapien vermieden werden könnten, erlaube keine andere Entscheidung. Hypothetisch entstehende Kosten dürften auf die Leistungsentscheidung der gesetzlichen Krankenversicherung keine Auswirkungen haben.

Der Kläger erhob am 7. März 2015 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG). Ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen legte er dar, die Richtlinie des GBA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) sei eine untergesetzliche Norm, deren Vereinbarkeit mit dem Grundgesetz (GG) nicht in jedem Fall abschließend geklärt worden sei. Es liege ein Systemmangel im Sinne der Rechtsprechung des BSG vor, da die Balneotherapie bei seiner Erkrankung als Heilmittel nicht verordnungsfähig sei und eine sehr seltene Erkrankung vorliege. Auch seien in seinem Fall die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in dessen Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#), juris) aufgestellten Kriterien erfüllt, da die bei ihm vorliegende Erkrankung einer lebensbedrohlichen Erkrankung gleich zu werten sei. Der Thermalbadbesuch sei im Rahmen seiner Behandlung notwendig, da erst nach der Entschuppungsprozedur die verordneten Salben ihre Wirkung entfalten könnten. Im heimischen Badezimmer könne er die klimatischen Verhältnisse eines Thermalbades nicht erzeugen. Hinzu komme, dass in der heimischen Umgebung die Abflussrohre durch die anzuwendenden Zusätze, wie das Salz in seiner hohen Menge oder das Natriumhydrogencarbonat, beschädigt würden. Insbesondere seine Hände würden von den Thermalbadaufenthalten profitieren. Schrunden schlossen sich schneller und die Schmerzempfindlichkeit verbessere sich.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Es liege weder ein Systemversagen noch ein Seltenheitsfall vor. Auch seien die Voraussetzungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) nicht erfüllt, da es an einer tödlichen oder wertungsmäßig gleichgestellten Erkrankung fehle. Bereits die theoretische Einstufung als Heilmittel sei problematisch.

Der GBA teilte auf Anfrage des SG unter dem 30. Juni 2015 mit, die Balneotherapie in Form eines monatlich zweimaligen Besuchs im Thermalbad zur Behandlung einer Ichthyosis congenita Typ II sei bisher von ihm nicht überprüft worden. Er habe daher zu dieser Therapieform bisher keine Empfehlung nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) abgegeben. Es liege auch kein Antrag zur Prüfung dieser Methode als einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode vor. Es seien ferner keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass hinsichtlich der gegenständlichen Behandlungsmethode die in ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung angenommenen Voraussetzungen einer Antragspflicht vorliegen würden.

Mit Gerichtsbescheid vom 4. Januar 2016 wies das SG die Klage ab. Es bestehe kein Anspruch des Klägers auf Versorgung durch Baden und Schwimmen in einem Thermalbad (Balneotherapie). Die Richtlinien des GBA hätten normativen Charakter und seien für die Beteiligten verbindlich, da an der verfassungsrechtlichen Legitimation des GBA als untergesetzlicher Normgeber in der Form, wie sie inzwischen gesetzlich festgelegt sei, keine Zweifel bestünden. Nach der Heilmittel-Richtlinie sei die Balneotherapie nicht verordnungsfähig. Der Kläger könne die Therapie auch nicht ausnahmsweise als neue Behandlungsmethode beanspruchen, weil weder ein Seltenheitsfall noch ein Systemversagen vorliege. Ein Seltenheitsfall sei dann gegeben, wenn eine Erkrankung weltweit nur extrem selten auftrete und deshalb im nationalen wie im internationalen Rahmen wieder systematisch erforscht noch systematisch behandelt werden könne. Allein in Deutschland litten nach Angaben des Klägers ca. 1.000 Personen unter einer vergleichbaren Erkrankung. Die "Selbsthilfe Ichtyose" schätze die Häufigkeit bei der autosomal rezessiv erblichen lamellären Ichtyose auf 1:100.000 Menschen. Bei dieser Häufigkeit könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Erkrankung so selten auftrete, dass sich ihre Therapie einer systematischen evidenzbasierten Erforschung entziehe. Da sich der GBA mit der Balneotherapie zur Behandlung der Ichtyose congenita Typ II bislang nicht befasst habe, liege ein Systemversagen nicht vor. Auch sei kein entsprechender Antrag gestellt worden. Die Einleitung eines Überprüfungsverfahrens sei auch nicht zwingend

geboten, denn der Stand der medizinischen Erkenntnisse lege nicht nahe, dass für die Balneotherapie zur Behandlung einer Ichthyose eine positive Entscheidung des GBA zu erwarten sei. Es lägen bisher keine Forschungsergebnisse vor, wonach die Balneotherapie in Form des Badens in einem Thermalbad zur Behandlung der Ichthyose dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Ein Anspruch des Klägers ergebe sich auch nicht aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), da der Kläger weder an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung noch an einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung leide. Das BVerfG habe in seinem Beschluss vom 10. November 2015 ([1 BvR 2056/12](#), juris) ausdrücklich klargestellt, dass ein unmittelbar verfassungsrechtlicher Leistungsanspruch auf extreme Situationen einer krankheitsbedingten Lebensgefahr beschränkt bleibe.

Gegen den ihm am 7. Januar 2016 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 25. Januar 2016 Berufung beim SG eingelegt. Er wiederholt und vertieft sein bisheriges Vorbringen. Er könne die Argumentation des SG nicht nachvollziehen und gehe weiterhin davon aus, dass bei ihm eine seltene Erkrankung vorliege. Ein Anspruch ergebe sich auch aus [§ 13 Abs. 3a SGB V](#), so dass ihm die Leistung schon rein formal zustehe.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 4. Januar 2016 aufzuheben sowie die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 1. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Februar 2015 zu verurteilen, ihm die Kosten für die bisherigen Besuche im Thermalbad zur Balneotherapie zweimal monatlich zu erstatten und in Zukunft die Kosten des Eintritts zweimal monatlich im Thermalbad zur Balneotherapie zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Eine Erstattung von Eintrittskosten in ein Thermalbad sei unter keinen Umständen möglich. Der Besuch eines Thermalbades stelle keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar, so dass auch unter dem Aspekt einer vermeintlichen Wirtschaftlichkeit durch Einsparungen anderer Leistungsausgaben keine Grundlage für eine Leistungsgewährung bestehe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)) entschieden hat, ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, da der Kläger auch die zweimal monatlichen Thermalbadbesuche im Rahmen der Balneotherapie für die Zukunft begehrt und damit für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

2. Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage mit Gerichtsbescheid vom 4. Januar 2016 zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 1. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Februar 2015 ist rechtmäßig. Der Kläger hat weder Anspruch auf Erstattung der Kosten für die bisherigen Besuche im Thermalbad zur Balneotherapie zweimal monatlich (dazu unter a) noch auf Übernahme der zukünftigen Kosten des Eintritts zweimal monatlich im Thermalbad zur Balneotherapie (dazu unter b). Dies gilt auch mit Blick auf [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) (dazu unter c).

a) Ein Anspruch des Klägers auf Erstattung seiner in der Vergangenheit entstandenen Kosten für den Eintritt ins Thermalbad im Rahmen der Balneotherapie besteht nicht.

aa) Insoweit ist der Antrag auf Kostenerstattung an sich bereits unzulässig, weil er nicht beziffert ist, obwohl er aufgrund der Aufwendungen, die für den bisherigen Eintritt in das Thermalbad entstanden sind, bezifferbar wäre. Bei einem unbezifferten Antrag besteht nämlich die Gefahr, dass bei einem zusprechenden Urteil der Streit der Beteiligten nicht endgültig ausgeräumt würde. Dem ist durch sachgerechte Antragstellung vorzubeugen (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 24. September 2002 - [B 3 P 15/01 R](#) - juris, Rn. 11). Der Kläger hat seine diesbezüglichen Aufwendungen nicht beziffert und belegt. Der Senat sieht davon ab, auf eine entsprechende Bezifferung hinzuwirken, weil die Klage unter keinem Gesichtspunkt begründet sein kann (dazu unter bb), die Berufung mithin zurückzuweisen ist (vgl. BSG, Urteil vom 24. September 2002 - [B 3 P 15/01 R](#) - juris, Rn. 12).

bb) Als Rechtsgrundlage für die begehrte Kostenerstattung für die Vergangenheit kommt einzig [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Danach sind dem Versicherten die für eine von ihm selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Var.) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, die Leistung notwendig und die Ablehnung für die Entstehung der Kosten ursächlich war (2. Var.). Nach ständiger Rechtsprechung des BSG reicht dieser Anspruch jedoch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen haben (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - juris, Rn. 21 ff.; Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - juris, Rn. 9; Urteil vom 26. September 2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - juris, Rn. 13; Urteil vom 7. Mai 2013 - [B 1 KR 8/12 R](#) - juris, Rn. 8).

(1) Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Var. SGB V sind bereits deshalb nicht erfüllt, da die Leistung nicht unaufschiebbar war. Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischen oder anderen Gründen keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - juris, Rn. 16; BSG, Urteil vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - juris Rn. 15 ff.).

Die Fähigkeit der Krankenkasse, auch unaufschiebbare Leistungen rechtzeitig zu erbringen, bestimmt sich nach objektiven Kriterien. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung des Leistungsträgers vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden (BSG, Urteile vom 25. September 2000 - [B 1 KR 5/99 R](#) - juris, Rn. 16 und vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - juris, Rn. 28). Der Kläger hat während des gesamten Verfahrens niemals vorgetragen, dass die Entscheidung der Beklagten nicht habe abgewartet werden können. Auch hat er bzw. seine Ehefrau in häufigen Telefonaten die Durchführung medizinischer Ermittlungen durch die Beklagte gefordert. Daraus ergibt sich auch, dass kein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vorlag.

(2) Auch ergibt sich ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Var. SGB V, denn hier fehlt es hinsichtlich der Thermalbadbesuche bis zum Zugang des Bescheides vom 1. April 2014 an der erforderlichen Kausalität (dazu unter (a)) als auch hinsichtlich aller Behandlungen am Bestehen eines Primäranspruchs (dazu unter (b)). Ein Anspruch folgt auch nicht aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) (dazu unter (c)).

(a) Für die bis zum Zugang des Bescheides vom 1. April 2014 durchgeführten Thermalbadbesuche liegt die vom Gesetz geforderte Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten und den aufgewandten Kosten nicht vor.

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung des BSG aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 5/09 R](#) - juris Rn. 15; BSG, Urteil vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - juris, Rn. 9, jeweils m.w.N.). Dieses Verfahren ist auch erforderlich, wenn von vornherein feststeht, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden wird und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - juris Rn. 19). Bei den bis zur Zustellung des Bescheides der Beklagten vom 1. April 2014 erfolgten Thermalbadbesuchen hat der Kläger zwar einen allgemeinen Antrag auf Kostenübernahme bei der Beklagten gestellt, aber deren Entscheidung nicht abgewartet. Damit fehlt es zumindest für die bis dahin erfolgten Besuche im Thermalbad im Rahmen der Balneotherapie an der erforderlichen Kausalität.

(b) Der Kostenerstattungsanspruch scheitert im Übrigen für sämtliche bislang durchgeführten Besuche im Thermalbad im Rahmen der Balneotherapie daran, dass dem Kläger kein Primäranspruch auf diese Behandlung zusteht, weil die begehrte Therapie bei dem beim Kläger vorliegenden Krankheitsbild nicht zu den im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren Leistungen gehört.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Der Kläger leidet seit seiner Geburt an der Ichthyose congenita Typ II, einer Krankheit im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#). Dies entnimmt der Senat den Gutachten des Dr. We ... Das Beschwerdebild stellt eine Krankheit im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) dar, denn der insoweit beim Kläger vorliegende körperliche Zustand ist mit Blick auf die geklagten Schmerzen, die eine Beeinträchtigung von Körperfunktionen darstellten, ein regelwidriger Zustand, der - was auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt wird - einer körperlichen Behandlung bedarf. Hinsichtlich dieser Krankheit ist der Besuch eines Thermalbades im Rahmen einer Balneotherapie allerdings nicht Gegenstand der Versorgung.

Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)) und die Versorgung mit Heilmitteln ([§ 11 Abs. 1 Nr. 4](#), [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#), [§ 32 SGB V](#)). Der Heilmittelsanspruch eines Versicherten unterliegt jedoch den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Nach [§ 92 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGB V beschließt der GBA die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, insbesondere nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) unter anderem Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln unter Berücksichtigung der in [§ 92 Abs. 6 SGB V](#) gemachten Vorgaben. Von dieser Befugnis hat der GBA durch Beschluss der Heilmittel-Richtlinie Gebrauch gemacht. [§ 5 Satz 1 Heilmittel-Richtlinie](#) bestimmt, dass im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung die in der Anlage zu dieser Richtlinie gelisteten Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind, nicht verordnungsfähig sind. In dieser Anlage wird als nicht verordnungsfähiges Heilmittel unter Buchstabe c) das Schwimmen und Baden, auch in Thermal- und Warmwasserbädern als Maßnahme, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen ist, benannt. Genau dies begehrt der Kläger.

Ferner dürfen nach [§ 138 SGB V](#) die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte neue Heilmittel nur verordnen, wenn der GBA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. [§ 138 SGB V](#) dehnt den gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geltenden Erlaubnisvorbehalt auf neue Heilmittel aus (BSG, Urteil vom 3. September 2003 - [B 1 KR 34/01 R](#) - juris, Rn. 19). Solche Empfehlungen fehlen hinsichtlich der vom Kläger begehrten Thermalbadbesuche. Dies entnimmt der Senat dem Schreiben des GBA vom 30. Juni 2015.

Unabhängig von dem fehlenden Primäranspruch steht dem Begehren des Klägers auch entgegen, dass es an einer nach [§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#) und [§ 3 Abs. 1 Satz 1 Heilmittel-Richtlinie](#) erforderlichen vertragsärztlichen Verordnung fehlt.

Auch steht dem Kläger ein Anspruch auf die begehrten Thermalbadbesuche im Rahmen einer Balneotherapie nicht zu, wenn davon ausgegangen wird, dass es sich bei dieser Balneotherapie um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode der Ichthyose handelt. Sie wäre insoweit als "neue" Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) anzusehen und deshalb dem Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) unterworfen. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch nur dann zu den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen, wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - juris, Rn. 15, 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - juris, Rn. 12, 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) - juris Rn. 14, 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) - juris, Rn. 16, 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) - juris, Rn. 13 und 2. September 2014 - [B 1 KR 11/13 R](#) - juris, Rn. 13). Die entsprechende Richtlinie ist seit 1. April 2006 die Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Methoden-Richtlinie), zuvor die Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien). An die Entscheidungen des GBA sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - juris, Rn.15). Ohne befürwortende Entscheidung des GBA kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht. Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener Einschätzung der Versicherten oder des behandelnden Arztes positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Therapie rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein (zum Ganzen: z.B. BSG, Urteile vom 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) - juris, Rn. 16, und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) - juris, Rn. 13). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, [§§ 69 bis 140h SGB V](#)), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung. Für den ambulanten Bereich ist insoweit das in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt zu beachten. Auch eine Empfehlung des GBA in der Methoden-Richtlinie fehlt.

Ausnahmefälle, in denen es keiner Empfehlung des GBA bedarf, liegen im Falle des Klägers nicht vor. Weder ergeben sich angesichts der erheblichen Verbreitung des Krankheitsbildes Anhaltspunkte für einen Seltenheitsfall noch für ein Systemversagen. Ein Seltenheitsfall ist gegeben, wenn wissenschaftlich fundierte Aussagen zur Vorgehensweise bei einzigartigen Erkrankungen fehlen, die weltweit nur extrem selten auftreten und die deshalb im nationalen wie im internationalen Rahmen weder systematisch erforscht noch systematisch behandelt werden können (BSG, Urteil vom 19. Oktober 2004 - [B 1 KR 27/02 R](#) - juris, Rn. 29 m.w.N.). Hierfür gibt es keine Anhaltspunkte. Zwar führt der Kläger aus, in Deutschland seien lediglich 1.000 Personen an Ichthyose erkrankt. Ein Seltenheitsfall im Sinne der Rechtsprechung des BSG liegt damit jedoch nicht vor. Dies hat Dr. H. vom MDK im Telefonat mit einer Mitarbeiterin der Beklagten am 8. Juni 2014 bestätigt.

Wegen Systemversagens kann ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen Fällen die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - juris, Rn. 28; BSG, Urteil vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - juris, Rn. 18; Urteil vom 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) - juris, Rn. 17). Ein solcher Fall des Systemversagens liegt bezüglich der Erkrankung des Klägers nicht vor. Der GBA hat sich mit der Ichthyose congenita Typ II bislang nicht befasst. Es liegt ihm auch ein entsprechender Antrag hierzu befugter Institutionen nicht vor. Dies entnimmt der Senat dem Schreiben des GBA vom 30. Juni 2015.

(c) Der Kläger kann sich auch nicht auf [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), eingefügt mit Wirkung vom 1. Januar 2012 durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)) berufen. Diese Vorschrift setzt die Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 6. Dezember 2005 - [1 BvR 347/98](#) - juris, Rn. 52 ff.) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung und die diese Rechtsprechung konkretisierenden Entscheidungen des BSG (z.B. Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) - juris, Rn. 28 ff., 4. April 2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) - juris, Rn. 18 ff., und 20. April 2010 - [B 1/3 KR 22/08 R](#) - juris, Rn. 31 ff.) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden, die Untersuchungsmethoden einschließen würden, in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung um. Mit dem Kriterium einer Krankheit, die zumindest mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist, ist eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa mit dem Erfordernis einer "schwerwiegenden" Erkrankung für die Eröffnung des so genannten Off-Label-Use formuliert ist. Gerechtfertigt ist hiernach eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen u.a. nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. November 2015 - [1 BvR 2056/12](#) - juris, Rn. 18). Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich ein voraussichtlich tödlicher Krankheitsverlauf innerhalb überschaubaren Zeitraums mit Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird; Ähnliches kann für den nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten. Einen solchen Schweregrad, insbesondere "das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage" (BVerfG, a.a.O.) erreicht die beim Kläger festgestellte Erkrankungen nicht.

b) Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Übernahme der zukünftigen Kosten des zweimaligen monatlichen Eintritts in das Thermalbad im Rahmen der Balneotherapie, weil ein Sachleistungsanspruch nicht besteht (hierzu oben unter a (bb) (2) (b) und (c)).

c) Ein Anspruch des Klägers folgt auch nicht aus [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#).

Gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#), der mit Wirkung zum 26. Februar 2013 durch Art. 2 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 ([BGBl. I, S. 277](#)) eingefügt worden ist, hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe

rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

aa) Ein Antrag im Sinne des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) lag mit dem Schreiben des Klägers vom 16. Dezember 2013 vor, das ausweislich des Eingangstempels am 31. Dezember 2013 bei der Beklagten einging. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) begann damit am 1. Januar 2014 zu laufen ([§ 26 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB X] i.V.m. [§ 187 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]; vgl. BSG, Urteil vom 8. März 2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - juris, Rn. 28; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23. Mai 2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#) - juris, Rn. 6; Noftz, in: Hauck/Noftz [Hrsg.], [§ 13 SGB V](#) Rn. 58i [März 2014]). Mit einem Antrag wird das Verwaltungsverfahren eröffnet (vgl. [§ 18 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)), in dessen Rahmen dann die Behörde zur Sachaufklärung verpflichtet ist ([§ 20 SGB X](#)), wobei dem Versicherten eine Mitwirkungsobliegenheit zukommt ([§§ 60 ff.](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I], [§ 21 Abs. 2 SGB X](#)).

Zwar muss der Antrag als solcher hinreichend bestimmt sein, um eine hinreichende Grundlage für die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) zu bilden (Beschluss des Senats vom 13. September 2016 - [L 4 KR 320/16](#) - juris, Rn. 50; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23. Mai 2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#) - juris, Rn. 27; siehe auch BSG, Urteil vom 8. März 2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - juris, Rn. 23). Dies bedeutet aber nicht, dass damit bereits bei Antragstellung alle Einzelheiten der begehrten Leistung feststehen müssen, insbesondere nicht die Kosten der begehrten Leistung. [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) fingiert nämlich nur die Genehmigung der Leistung dem Grunde nach (im Ergebnis ähnlich Rieker, NZS 2015, 294 [297]). Eine Genehmigungsfiktion auch der Höhe nach würde erhöhte Anforderungen an die (wirksame) Antragstellung errichten und damit die Anforderungen an den Versicherten in einer Weise erhöhen, denen dieser in der Regel nicht nachkommen kann. Die Ermittlung der Höhe der Kosten der Leistung ist vielmehr der Antragstellung nachgelagert und Gegenstand der erwähnten Amtsermittlungspflicht der jeweiligen Krankenkasse. Diese Trennung zwischen Genehmigungsfiktion dem Grunde nach und Kostenerstattungsanspruch der Höhe nach entspricht der Konzeption des Gesetzes: Während [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eine ansonsten nicht näher konditionierte Genehmigungsfiktion errichtet, bestimmt [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) als gesonderte Rechtsfolge, dass die Krankenkasse nach Ablauf der Frist (des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#)) dann, wenn sich der Versicherte eine erforderliche (!) Leistung selbst beschafft, zur Erstattung der hierdurch (!) entstandenen Kosten verpflichtet ist.

bb) Der Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist indes nicht eröffnet (vgl. Beschlüsse des Senats vom 29. April 2016 - [L 4 KR 4368/15](#) - juris, Rn. 46 ff und vom 13. September 2016 - [L 4 KR 320/16](#) - juris, Rn. 51 ff).

(1) [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) greift nicht bei jeglichen Leistungsanträgen ein, sondern nur dann, wenn sich der Antrag auf Leistungen bezieht, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen ist (so auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 26. Mai 2014 - [L 16 KR 154/14 B ER](#) u.a. - juris, Rn. 26 ff.; Sozialgericht Dortmund, Beschluss vom 31. Januar 2014 - [S 28 KR 1/14 ER](#) - juris, Rn. 22 ff.; Sozialgericht Dortmund, Beschluss vom 16. Juli 2014 - [S 40 KR 742/14 ER](#) - juris, Rn. 19 ff.; Knispel, SGB 2014, 374 [375 f.]; Rieker, NZS 2015, 294 [297] m.w.N. auch zur Gegenansicht; in diesem Sinne auch BSG, Urteil vom 8. März 2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - juris, Rn. 26, wo darauf abgestellt wird, dass die dort begehrte Therapie nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung liegt; offen gelassen von LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23. Mai 2014 - [L 5 KR 222/14 B ER](#) - juris, Rn. 10; a.A. etwa Sozialgericht Mannheim, Urteil vom 3. Juni 2014 - [S 9 KR 3174/13](#) - juris, Rn. 27 ff.). Dies folgt zum einen aus der Ratio der Regelung. Die Vorschrift soll nämlich (nur) die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen bezwecken (so ausdrücklich die Begründung des Gesetzentwurfes auf [Bundestags-Drucksache 17/10488, S. 32](#)), nicht aber den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erweitern. Hierfür streitet auch der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#), der den Kostenerstattungsanspruch auf die "erforderliche" Leistung begrenzt. Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Genehmigungsfiktion in [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#), es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm "zustehende Leistung" zeitnah zu beschaffen ([Bundestags-Drucksache 17/11710, S. 30](#)). Der Versicherte soll so gestellt werden, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt ([Bundestags-Drucksache 17/10488, S. 32](#)). Rechtzeitig zur Verfügung stellen kann eine Krankenkasse nur die Sachleistung, die sie zu erbringen hat. Die Beschränkung des Kostenerstattungsanspruchs nach Satz 7 auf die "erforderlichen" Leistungen wäre zudem wenig sinnvoll, wenn die Genehmigungsfiktion nach Satz 6 keinerlei materiellen Anforderungen unterläge.

Der eingeschränkte Anwendungsbereich des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) wird auch durch ein systematisches Argument untermauert (hierzu auch Sozialgericht Dortmund, Beschluss vom 16. Juli 2014 - [S 40 KR 742/14 ER](#) - juris, Rn. 20). Denn grundsätzlich regeln die Vorschriften des [§ 13 SGB V](#) nur Kostenerstattungsansprüche für selbst beschaffte Leistungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören (BSG, Urteil vom 25. September 2000 - [B 1 KR 5/99 R](#) - juris, Rn. 11; BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - juris, Rn. 14 m.w.N.; BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 19/08 R](#) - juris, Rn. 10); eine Ausnahme bildet lediglich ein Teil des Anwendungsbereiches des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#); nur in engen Grenzen kommt ein Kostenerstattungsanspruch für Leistungen außerhalb des Leistungskataloges in Betracht (dazu etwa Helbig, in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 Rn. 40 m.w.N.). Es handelt sich um eine enge und abschließende Ausnahmenvorschrift. Es lässt sich weder dem Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) noch den Gesetzesmaterialien entnehmen, dass der Gesetzgeber dies durch die Einfügung des Abs. 3a erweitern wollte (so auch Sozialgericht Dortmund, Beschluss vom 16. Juli 2014 - [S 40 KR 742/14 ER](#) - juris, Rn. 20; Knispel, SGB 2014, 374 [376]).

Dies gilt zumal, wenn man berücksichtigt, dass der Gesetzgeber sich bei der Schaffung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) an der Regelung des [§ 15](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) als Vorbild orientierte ([Bundestags-Drucksache 17/10488, S. 32](#)). Bei [§ 15 SGB IX](#) ist indes anerkannt, dass die Norm das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs voraussetzt (BSG, Urteil vom 7. Mai 2013 - [B 1 KR 12/12 R](#) - juris, Rn. 9; BSG, Urteil vom 7. Mai 2013 - [B 1 KR 53/12 R](#) - juris, Rn. 9; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Oktober 2013 - [L 13 R 2947/12](#) - juris, Rn. 28).

(2) Der zweimalige monatliche Besuch im Thermalbad zur Balneotherapie wird nach dem oben Dargelegten nicht vom Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkassen umfasst, so dass er auch nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) werden kann.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-17