

## L 11 KR 5297/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 1653/15  
Datum  
16.11.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 5297/15  
Datum  
15.11.2016  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Leistungen durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer (hier: Durchführung einer ambulanten Liposuktion in einer Privatklinik) liegen offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und werden daher von der Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nicht erfasst.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 16.11.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin macht die Kostenerstattung für drei bereits durchgeführte Liposuktionen im Bereich der Beine (außen/innen) und der Arme geltend.

Die 1979 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klägerin leidet an einem Lipödem. Nach erheblicher Gewichtsabnahme (von BMI 45 kg/m<sup>2</sup> auf 26,5 kg/m<sup>2</sup>) beantragte sie bei der Beklagten mit Schreiben vom 27.10.2014 (Eingang bei der Beklagten am 30.10.2014) die Kostenübernahme für ambulante Liposuktionen der Beine außen und innen sowie der Arme und legte hierzu Kostenvorschläge der CG L. GmbH K. für drei Operationen vor über insgesamt 13.607,55 EUR (dreimal jeweils nach GOÄ 3.177,69 EUR sowie Materialkosten iHv 1.358,16 EUR). Ergänzend fügte sie ein ärztliches Attest der Allgemeinärztin Dr. K. vom 20.10.2014 bei, welche auf die psychischen Folgen des Lipödems hinwies. Es gebe keine therapeutische Alternative als die chirurgische Behandlung des Lipödems durch einen lymphologischen Spezialisten. Zusätzlich legte die Klägerin ein Schreiben der CG L. (Dres. C. und G.) vom 11.09.2014 vor, in dem ein seit Jahren bestehendes, symmetrisch an Beinen und Armen ausgeprägtes Lipödem beschrieben wird. Bei der Klägerin habe durch eine komplexe Entstauungstherapie nie Schmerzlosigkeit erreicht werden können. Als Therapie der Wahl gelte eine lymphologische Liposculptur, die ambulant durchgeführt werden könne und erfolversprechend sei. Inklusiv der Anästhesieleistungen komme ein Betrag von ca 16.500 EUR zustande.

Die Beklagte wies die Klägerin mit Schreiben vom 31.10.2014 darauf hin, dass eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) eingeholt werden solle. Mit weiterem Schreiben vom 06.11.2014 forderte die Beklagte auf Bitten des MDK von der Klägerin ua Fotodokumentationen der Beine von vorne und hinten an. Im Gutachten vom 25.11.2014 führte Dr. N. für den MDK aus, an den Oberschenkelinnenseiten sehe man beidseits überschüssige Haut herunterhängen, an der Vorderseite zeige sich erhebliche Cellulite. Offenbar habe der Umfang der Oberschenkel durch die Gewichtsabnahme doch abgenommen. Aus gutachtlicher Sicht liege eine Entstellung nicht vor, der Befund könne durch geeignete Kleidung überdeckt werden, eine negative Auswirkung auf soziale Kontakte sei nicht zu erwarten. Eine operativ behandlungsbedürftige Krankheit sei nicht nachvollziehbar. In der ambulanten Therapie sei die Liposuktion nicht zugelassen, eine Indikation für stationäre Krankenbehandlung liege nicht vor.

Mit Bescheid vom 15.12.2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Die Klägerin erhob mit Schreiben vom 23.12.2014 Widerspruch und machte geltend, jedenfalls müsse die Beklagte eine stationär durchgeführte Liposuktion bezahlen, wie auch das Hessische Landessozialgericht (LSG) unter dem 24.04.2013 entschieden habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.03.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Weder ambulant noch im Rahmen einer stationären Behandlung bestehe Anspruch auf eine Liposuktion. Eine Krankenhausbehandlung sei schon nicht erforderlich, da die Behandlung auch ambulant erfolgen könne.

Hiergegen richtet sich die am 09.04.2015 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage, mit der die Kostenerstattung der bereits durchgeführten Operationen begehrt wird (Arme am 11.11.2014, Beine außen am 09.12.2014, Beine innen am 22.01.2015). Die Klägerin trägt vor, sie sei jeweils für einen Tag stationär aufgenommen worden. Ursprünglich sei sie von ambulanten Behandlungen ausgegangen, sie habe nicht gewusst, dass die Übernachtung in der Klinik dann eine stationäre Behandlung bedeute. Ergänzend hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem SG vorgetragen, sie habe im Vorfeld wiederholt bei der Krankenkasse angerufen, weil es ihr wegen der jahrelangen Schmerzen in den Beinen mit den beantragten Liposuktionen geeilt habe. Es habe ein Telefonat vermutlich mit Frau H. gegeben, welche erklärt habe, sie könne auch vor Entscheidung der Krankenkasse schon mit der Behandlung beginnen. Seit Durchführung der Operationen seien die Schmerzen verschwunden. Ergänzend hat die Klägerin sechs Rechnungen vorgelegt (jeweils drei für anästhesistische Leistungen Dr. D. und für die Leistungen der Praxis für operative Lymphologie Dres. C./G.) über insgesamt 15.922,20 EUR.

Mit Urteil vom 16.11.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Aus den vorgelegten Rechnungen vom 17.11.2014 und 10.12.2014 lasse sich nicht entnehmen, dass stationäre Operationen durchgeführt worden seien, denn es sei jeweils von einer Entlassung aus der Klinik am Operationstag die Rede. Lediglich aus der Rechnung vom 26.01.2015 lasse sich ein Behandlungszeitraum vom 22./23.01.2015 entnehmen, also offenbar im stationären Rahmen. Letztlich könne dahinstehen, ob die Leistungen ambulant oder stationär erbracht worden seien. Unterstelle man zu Gunsten der Klägerin, dass das geschilderte Telefonat mit der Sachbearbeiterin so stattgefunden habe, könne die Beklagte dem Erstattungsanspruch nicht entgegen halten, dass die Klägerin die Entscheidung der Beklagten vor Beginn der Behandlung nicht abgewartet und damit den Beschaffungsweg nicht eingehalten habe. Die zunächst nur beantragte ambulante Liposuktion sei mangels Zulassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) von den gesetzlichen Krankenkassen nicht als Sachleistung geschuldet. Das laufende Nutzenbewertungsverfahren durch den GBA ändere daran vor einer positiven Entscheidung des GBA nichts. Sollte es sich um stationäre Leistungen gehandelt haben, läge ein Leistungsantrag überhaupt nicht vor. Erst im Widerspruchsverfahren habe die Klägerin erstmals geltend gemacht, die Beklagte müsse stationäre Liposuktionen bezahlen. Zu diesem Zeitpunkt seien die ersten beiden Liposuktionen bereits durchgeführt gewesen. Auch die dritte Operation habe sie vor Entscheidung der Beklagten hierüber durchgeführt, denn diese habe erst mit dem Widerspruchsbescheid erfolgen können. Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs 3a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) finde auf das Widerspruchsverfahren keine Anwendung. Es fehle am gesetzlich zwingend erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung einer Sachleistung durch die Kasse und dem anschließenden Entschluss des Versicherten zur Selbstbeschaffung.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 30.11.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 28.12.2015 Berufung eingelegt. Zwar lasse sich den im Termin vorgelegten Rechnungen vom 17.11. und 10.12.2014 nicht entnehmen, ob es sich um stationäre Behandlungen gehandelt habe. Die Rechnungen seien jedoch nicht komplett, beide enthielten noch Zusatzrechnungen, aus denen die stationäre Aufnahme hervorgehe (Anm: bei den nun vorgelegten "Rechnungen" handelt es sich allerdings um die im Verwaltungsverfahren bereits vorgelegten Kostenvoranschläge). Ein Leistungsantrag habe auch für stationäre Liposuktionen vorgelegen, denn der Klägerin sei gar nicht bewusst gewesen, dass es sich um eine stationäre Behandlung handele, wenn man über Nacht bleibe. Dieser Irrtum dürfe nicht zu Lasten der Klägerin gehen. Auch das Telefonat müsse daher so verstanden werden, dass die Klägerin immer stationäre Behandlungen gemeint habe. Damit liege der Kausalzusammenhang vor. Zudem sei der Antrag am 27.10.2014 gestellt worden, die Kostenübernahme sei am 15.12.2014 abgelehnt worden, mithin mehr als fünf Wochen später.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 16.11.2015 und den Bescheid der Beklagten vom 15.12.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.03.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die durchgeführten Liposuktionen in Höhe von 16.400 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf den Widerspruchsbescheid und das angefochtene Urteil. Die CG L. in K. habe keine Kassenzulassung und sei eine reine Privatklinik, somit sei eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ausgeschlossen. Zur Nichteinhaltung des [§ 13 Abs 3a SGB V](#) sei mitzuteilen, dass der MDK am 06.11.2014 mitgeteilt habe, dass wichtige Unterlagen fehlten. Diese seien bei der Versicherten angefordert worden. Es bestehe dadurch ein hinreichender Grund für eine verzögerte Entscheidung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 15.12.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.03.2015 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die durchgeführten Maßnahmen der ambulanten Liposuktion.

Als Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs kommt allein [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht, da die Klägerin nicht mit Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) versichert war. Nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass sie eine unaufschiebbare Leistung entweder nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war (2. Alt). Mit dieser Regelung wird der Grundsatz des Sach- und Dienstleistungsanspruchs nach [§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) für die Fälle ergänzt, in denen die Krankenkasse eine geschuldete Leistung nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen kann (Bundessozialgericht (BSG) 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180](#) = [SozR 4-2500](#)

[§ 13 Nr 15](#)). Der Naturalleistungsanspruch des Versicherten wandelt sich um in einen Kostenerstattungsanspruch bzw soweit die Kosten tatsächlich noch nicht beglichen sind, in einen Anspruch des Versicherten auf Freistellung von den Kosten.

Die medizinischen Leistungen waren nicht unaufschiebbar, weil es der Klägerin ohne Beeinträchtigung ihrer Gesundheit oder Gefährdung des Behandlungserfolgs möglich gewesen wäre, vor Beginn der Leistungsanspruchnahme bei der Beklagten nicht nur anzufragen, sondern das Ergebnis der Befassung auch abzuwarten. Eine dringende OP-Indikation ist weder aus den Schreiben von Dr. K. oder Dres. C./G. noch dem eigenen Vortrag der Klägerin ersichtlich. Dass die Klägerin wegen der seit längerer Zeit bestehenden Schmerzen die Operationen möglichst bald durchführen lassen wollte, begründet keine medizinische Dringlichkeit in dem Sinne, dass nicht noch einige Wochen hätte zugewartet werden können. In der Fachliteratur wird insoweit beschrieben, dass bei einem über Jahrzehnte bestehenden Lipödem die Entwicklung eines sekundären Lymphödems drohe, weshalb in einem frühen Stadium bei noch intaktem Lymphsystem operiert werden sollte (Sattler/Bergfeld/Sommer, Liposuktion, Hautarzt 2004, 599, 602; Meier-Vollrath/Schneider/Schmeller, Lipödem: Verbesserte Lebensqualität durch Therapiekombination, Deutsches Ärzteblatt 2005, 1061, 1062, 1067). Ein Zuwarten über einige Wochen wäre der Klägerin damit ohne weiteres möglich und zumutbar gewesen. Damit liegt erst recht kein Notfall iSv [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vor. Eine Notfallbehandlung hätte im Übrigen als Sachleistung erbracht werden müssen, so dass sich der Vergütungsanspruch nicht gegen die Klägerin, sondern allein gegen die Krankenkasse gerichtet hätte (BSG 19.10.2001, [B 1 KR 6/01 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#)). Damit scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#) aus.

Aber auch die Voraussetzungen von [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V](#) liegen nicht vor. Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG 14.12.2006, [B 1 KR 12/06 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr 8](#); BSG 27.03.2007, [B 1 KR 17/06 R](#), juris).

Die streitgegenständliche ambulante Liposuktion gehört nicht zu den von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erbringenden Leistungen. Eine stationäre Leistungserbringung liegt nicht vor, so dass der Senat über die insoweit geltenden Maßstäbe nicht zu entscheiden hat. Dass die Leistung tatsächlich ambulant erbracht wurde, ergibt sich zunächst aus den beim SG vorgelegten Rechnungen. Dort werden für jede der drei Operationen anästhesiologische Leistungen nach GOÄ durch Dr. D. abgerechnet und die operativen Leistungen durch Dres. C./G. ebenfalls nach GOÄ. Die ambulante Erbringung der Leistungen ergibt sich für alle drei Operationen daraus, dass jeweils am Operationstag die Entlassung aus der Klinik mitgeteilt wird (11.11.2014 um 12:37 Uhr; 09.12.2014 um 14:27 Uhr und 22.01.2014 um 15:31 Uhr). Dass am 23.01.2014 nochmals ärztliche Leistungen (ua Untersuchung) ambulant abgerechnet werden, führt nicht zu einer stationären Behandlung. Der Senat bezweifelt nicht, dass die Klägerin jeweils übernachtet hat. Entsprechende Rechnungen hierfür hat die Klägerin nicht vorgelegt. Es fällt jedoch auf, dass die insgesamt geltend gemachten Kosten sich auf 16.400 EUR belaufen, während die durch Rechnungen belegten ärztlichen Leistungen nur 15.922,20 EUR ausmachen. Letztlich kann dahinstehen, ob hier – wie in anderen dem Senat bekannten Fällen – die ambulante Operation mit weiteren Leistungen nach Art eines Beherbergungs- und Hotelbetriebs verbunden waren. Auch im Antragschreiben der CG L. GmbH vom 11.09.2014 war ausdrücklich von ambulanten Operationen die Rede, von einer tatsächlich gemeinten stationären Behandlung kann daher keine Rede sein. Im Übrigen werden – soweit im Rahmen einer Internet-Recherche ersichtlich – in der seit Januar 2014 bestehenden Praxis von Dres. C./G. in K., die beim St. H. Krankenhaus angesiedelt ist und als CG L. GmbH firmiert, grundsätzlich nur ambulante Liposuktionen vorgenommen. So fanden sich bei einer Recherche zwei Stellenanzeigen der CG L. GmbH in K., in denen einleitend ausgeführt wird, das Spezialgebiet der Fachpraxis CG L. sei die operative Lymphologie. In der K. Praxis würden Patienten aus ganz Deutschland (+ Europa) diagnostiziert, zu Therapien beraten und ambulant operiert (<http://jobline.k/a> ... betreffend med Fachangestellten (m/w)/Operationstechnischer Assistent und <http://www.medi-jobs.de/> ... betreffend Operateur; abgerufen am 13.07.2016).

Selbst wenn die Liposuktionen tatsächlich stationär durchgeführt worden wären, könnte die Klägerin Kostenerstattung hierfür schon deshalb nicht verlangen, weil eine Krankenhausbehandlung zur Durchführung der Liposuktionen nach allein medizinischen Erfordernissen individuell im Einzelfall nicht erforderlich gewesen wäre (BSG 07.11.2006, [B 1 KR 32/04 R](#), juris; BSG 16.12.2008, [B 1 KN 1/07 KR R](#), [BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#)). Dies ergibt sich nicht nur aus dem Gutachten des MDK vom 25.11.2014, sondern bereits aus den eigenen Ausführungen der Operateure Dres. C./G. in ihrem Schreiben vom 11.09.2014, die ausdrücklich mitteilen, dass die Operation ambulant durchgeführt werden könne. Es bestehen auch ansonsten keinerlei Anhaltspunkte, dass eine stationäre Behandlung bei der zum Zeitpunkt der Operationen erst 35-jährigen Klägerin ohne bekannte Risikofaktoren erforderlich gewesen wäre. Im Übrigen handelt es sich bei der CG L. GmbH auch nicht um ein zugelassenes Krankenhaus iSv [§ 108 SGB V](#).

Hinsichtlich der ambulant durchgeführten Operationen besteht kein Leistungsanspruch. 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. Nach Satz 2 Nr 5 dieser Vorschrift umfasst die Krankenbehandlung ua auch die Krankenhausbehandlung. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs 2 SGB V](#)). Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung unterliegt nach [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V](#) den sich aus [§ 2 Abs 1](#) und [§ 12 Abs 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er erfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (ambulante Versorgung) nur dann der Fall, wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5](#) iVm [§ 135 Abs 1 SGB V](#) wird nämlich nach der ständigen Rechtsprechung nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistung verbindlich festgelegt (BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)). Die ambulante Liposuktion ist eine neue Behandlungsmethode, weil sie nicht als abrechenbare Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten ist. Die Methode der Liposuktion zur Therapie des Lipödems ist derzeit noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion und es sind weitere randomisierte Studien erforderlich, um sie zu einer den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden

Behandlungsmethode qualifizieren zu können (Senatsurteil vom 30.09.2014, [L 11 KR 689/13](#); ebenso LSG Baden-Württemberg 27.04.2012, [L 4 KR 595/11](#), LSG Nordrhein-Westfalen 16.01.2014, [L 16 KR 558/13](#), juris). Eine positive Empfehlung des GBA liegt bislang nicht vor, weshalb ein Anspruch auf diese Leistung nicht besteht (st Rechtsprechung des Senats, vgl Urteile vom 20.01.2015 – [L 11 KR 4405/14](#); 30.09.2014, [L 11 KR 689/13](#)). Dabei ist es unerheblich, worauf die Erkrankung im Einzelfall zurückzuführen ist.

Ein Leistungsanspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines Systemmangels (so für die Liposuktion Senatsurteile vom 20.01.2015, [L 11 KR 2217/14](#) und [L 11 KR 4405/14](#); 30.09.2014, [L 11 KR 689/13](#) und vom 24.03.2009, [L 11 KR 4438/06](#); ebenso LSG Baden-Württemberg 01.03.2013, [L 4 KR 3517/11](#) sowie LSG Nordrhein-Westfalen 16.01.2014, [L 16 KR 558/13](#); LSG Rheinland-Pfalz 07.02.2013, [L 5 KR 9/12](#); Thüringer LSG 29.08.2012, [L 6 KR 49/12 B](#); Hessisches LSG 25.08.2011, [L 1 KR 250/10](#)). Danach kann eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen 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 ("Systemversagen"). Ein derartiger Systemmangel wird angenommen, wenn das Verfahren vor dem GBA von den antragsberechtigten Stellen oder dem GBA selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde (vgl BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#) - in juris). Auf Antrag der Patientenvertretung vom März 2014 hat der GBA mit Beschluss vom Mai 2014 das Bewertungsverfahren begonnen. Es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass dieses Bewertungsverfahren nicht mit der gebotenen Sorgfalt durchgeführt wird.

Die Klägerin kann sich auch nicht auf [§ 2 Abs 1a SGB V](#), eingefügt durch Art 1 Nr 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)), mit Wirkung vom 01.01.2012, berufen. Diese Vorschrift setzt die Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#) aaO) und die diese Rechtsprechung konkretisierenden Entscheidungen des BSG (zB BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#); 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#) - alle in juris) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden, die Untersuchungsmethoden einschließen würden, in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung um. Der vom BVerfG entwickelte Anspruch von Versicherten auf ärztliche Behandlung mit nicht allgemein anerkannten Methoden, die durch den zuständigen GBA bisher nicht anerkannt sind, setzt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung voraus (BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#); 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#), aaO).

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 ua 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. 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 erreicht die Erkrankung der Klägerin offensichtlich nicht, wie sich aus den im Antragsverfahren vorgelegte Attesten ergibt und wie Dr. N. vom MDK im Gutachten vom 25.11.2014 überzeugend dargelegt hat. Auch nach der Rechtsprechung des BSG liegt eine wertungsmäßig eine lebensbedrohlichen Erkrankung vergleichbare Krankheit bei schmerzhaften Lipödemen regelmäßig nicht vor (BSG 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#) aaO; ebenso Thüringer LSG 06.08.2014, [L 6 KR 645/14 B](#), juris). Insoweit kommt es nicht darauf an, ob konservative Therapien für die Klägerin als allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlungen erfolgsversprechend zur Verfügung gestanden haben und stehen.

Offenbleiben kann bei dieser Sachlage, ob die Klägerin die Beklagte rechtzeitig vor dem Beginn der Behandlung mit ihrem Anliegen befasst hat. [§ 13 Abs 3 S 1 SGB V](#) normiert strenge Anforderungen an den Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand und dem Nachteil (Kostenlast) des Versicherten (vgl BSG 15.04.1997, [1 BK 31/96](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 15](#); 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#)). Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung - abgesehen von Notfällen - nur zu erstatten, wenn er die konkrete Leistung rechtzeitig vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und deren Entscheidung abgewartet hat (vgl BSG 15.04.1997, [1 BK 31/96](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 15](#); 20.05.2003, [B 1 KR 9/03 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 1](#)). Da mit dem fehlenden Sachleistungsanspruch der Kostenerstattungsanspruch schon grundsätzlich nicht in Betracht kommt, kommt es auf die Einzelheiten des von der Klägerin behaupteten Telefonats und dessen rechtliche Auswirkungen nicht an.

Die Klägerin kann sich schließlich zur Begründung ihres Anspruchs auch nicht auf die Vorschrift des [§ 13 Abs 3a Abs 7 SGB V](#) stützen. Nach [§ 13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) (eingefügt mWv 26.02.2013 durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013, [BGBl. I S 277](#)) 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.

Ein Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#) kann schon von vornherein nicht für die erste Liposuktion (Arme am 11.11.2014) bestehen, da diese schon vor Ablauf der maßgebenden Frist (dazu im Folgenden) erfolgt ist.

Der Antrag der Klägerin ist bei der Beklagten am 30.10.2014 eingegangen, die hier aufgrund der Einschaltung des MDK maßgebende Frist von fünf Wochen lief am 04.12.2014 ab. Der Bescheid erging erst am 15.12.2014 nach Ablauf der Frist. Der Senat braucht nicht zu entscheiden, wie sich bei ggf vorliegendem und für die Klägerin erkennbarem Grund für eine Verzögerung auswirkt, dass die Beklagte die

gesetzlich geforderte ausdrückliche Mitteilung über die fehlende Einhaltung der Frist an die Versicherte nach [§ 13 Abs 3a Satz 5 SGB V](#) unterlassen hat. Hierauf kommt es nicht an, denn schon der Anwendungsbereich des [§ 13 Abs 3a SGB V](#) ist im konkreten Fall nicht eröffnet. Die Vorschrift greift nur dann, wenn sich der Antrag auf Leistungen bezieht, die der Versicherte für erforderlich halten darf und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen (BSG 08.03.2016, [B 1 KR 25/15 R](#), juris - BSGE vorgesehen). Letzteres ist bei den hier streitigen ambulanten Liposuktionen jedoch schon deshalb der Fall, weil die Klägerin die Erbringung der Sachleistung ausdrücklich durch die CG-L., Klinik für operative Lymphologie und damit einen im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugelassenen Leistungserbringer beantragt hat.

Ob die Genehmigungsfiktion in [§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) insoweit in jedem Fall nur greift, wenn die streitigen Leistungen grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind (so LSG Nordrhein-Westfalen 26.05.2014, [L 16 KR 154/14 B ER](#) ua, juris, RdNr 26 ff.; Hessisches LSG 10.12.2015, [L 1 KR 413/14](#), juris; LSG Baden-Württemberg 29.04.2016, [L 4 KR 4368/15](#), juris; SG Dortmund 23.05.2016, [S 40 KR 672/15](#), juris; Knispel, SGB 2014, 374 ff; Rieker, NZS 2015, 294, 297; von Koppenfels-Spies, NZS 2016, 601), braucht der Senat im vorliegenden Fall nicht zu entscheiden. Einer isolierend auf den Wortlaut des [§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) abstellenden Auslegung, welche die Genehmigungsfiktion ohne jede Einschränkung auf die beantragte Leistung bezieht, hat das BSG jedenfalls eine Absage erteilt und ausgeführt, dass die Begrenzung auf die erforderlichen Leistungen ([§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V](#)) eine Beschränkung bewirkt auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen (BSG 08.03.2016, [B 1 KR 25/15 R](#), aaO). Die Regelung des [§ 13 Abs 3a SGB V](#) soll dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, jedoch nicht dazu dienen, Leistungsgrenzen des GKV-Kataloges zu überwinden, die jedem Versicherten klar sein müssen. Um eine solche klare Grenze handelt es sich hier, denn die Klägerin hat von vornherein die Erbringung einer Sachleistung durch die Fachklinik CG L. und damit einen nicht zugelassenen Leistungserbringer beantragt (vgl [§§ 76, 108 SGB V](#)). Dem steht nicht entgegen, dass im Rahmen des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ggf auch die Kosten für eine Versorgung außerhalb des Systems durch privatärztliche Behandlung übernommen werden müssen (vgl BSG 02.09.2014, [B 1 KR 3/13 R](#), [BSGE 117, 1](#) = SozR 4-2500 § 28 Nr 8). Denn insoweit handelt es sich um eine Art Schadenersatzregelung für Fälle, in denen der Versicherte infolge eines Systemversagens gezwungen war, sich die ihm zustehende Leistung außerhalb des Systems zu verschaffen (BSG 16.12.1993, [4 RK 5/92](#), [BSGE 73, 271](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 4](#)). Auch im Urteil vom 02.09.2014 ([B 1 KR 3/13 R](#), [BSGE 117, 1](#) = SozR 4-2500 § 28 Nr 8) stellt das BSG entscheidend auf einen kausalen Zusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung durch die Krankenkasse und der privatärztlichen Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten ab (BSG aaO Rn 22). Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) bezieht sich dagegen konkret auf den geltend gemachten Primäranspruch, der - mit Ausnahme von Notfällen - nur auf eine Behandlung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung gerichtet sein kann.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-12-28