S 40 KR 672/15

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
40
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KR 672/15
Datum
23.05.2016
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Kostenerstattung für eine Liposuktion der Beine und Arme in Höhe von 13.087,21 Euro. Die XX-jährige Klägerin stellte mit Schreiben vom 30.11.2014, bei der Beklagten eingegangen am 03.12.2014, einen Antrag auf Gewährung einer Liposuktion der Beine und Arme. Die Beklagte schaltete daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein, der in seiner Stellungnahme vom 07.12.2014 mitteilte, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht vorlägen. In einem am 18.12.2014 mit der Klägerin geführten Telefonat teilte die Beklagte mit, dass der entsprechende Antrag abgelehnt wird. Daraufhin begehrte die Klägerin eine schriftliche Ablehnungsentscheidung. Dies nahm die Beklagte wiederum zum Anlass, nochmals den MDK einzuschalten. Im Gutachten vom 28.01.2015 gab er an, dass es sich bei der Liposuktion um eine neue Behandlungsmethode handele, die mangels Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nicht zum Leistungsumfang der Krankenversicherung gehöre. Vorrangig sei die konservative Therapie, zumal sich keine Studien fänden, die die Wirksamkeit der Liposuktion belegen würden. Mit schriftlichem Bescheid vom 02.02.2015 lehnte die Beklagte den Antrag wiederholt ab. Dagegen erhob die Klägerin am 03.02.2015 Widerspruch mit der Begründung, dass die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) vorlägen. Mit Bescheid vom 12.05.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Eine Krankenhausbehandlung sei nicht erforderlich, da die konservativen Therapien ausreichend seien. Im ambulanten Bereich fehle es an einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V greife nicht ein, weil der Antrag rechtzeitig mündlich abgelehnt worden sei. Mit der am 01.06.2015 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie ist der Ansicht, dass bezüglich des Anspruches bereits die Genehmigungsfiktion eingreife. Es sei abwegig, sich auf eine Telefonat am 18.12.2014 zu berufen. Die mündliche Ablehnung sei ohne Bedeutung, da sie noch vor Eingang des Gutachtens des MDK ergangen sei. Anderenfalls umgehe man die Funktion der Einschaltung des MDK. Da sie sich die Liposuktion nunmehr selbst beschafft habe, sei die Beklagte zur Kostenerstattung verpflichtet. Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 02.02.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.05.2015 zu verurteilen, an die Klägerin 13.087,21 Euro zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung nimmt sie zunächst Bezug auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, dass die Genehmigungsfiktion nicht eingreife, da der Antrag bereits am 18.12.2014 mündlich abgelehnt worden sei. Dies sei von der Klägerin unstreitig gestellt worden. Die mündliche Ablehnung sei auch ordnungsgemäß erfolgt, weil der Anspruch bereits aus Rechtsgründen nicht in Betracht komme, so dass es keines Gutachtens des MDK bedurft habe. Im Übrigen führe die Genehmigungsfiktion gerade nicht zu einer Leistungsausweitung. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die das Gericht beigezogen hat und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige Klage ist unbegründet. Die Klägerin ist durch den Bescheid vom 18.12.2014, schriftlich bestätigt durch das Schreiben vom 02.02.2015, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.05.2015 nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 S. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beschwert, da dieser nicht rechtswidrig ist. Ein Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V bzw. § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V besteht nicht. a. Grundsätzlich kann ein Versicherter die Erstattung von privatärztlich abgerechneten Leistungen nur dann verlangen, wenn er gemäß § 13 Abs. 2 SGB V mit einem Anspruch auf Kostenerstattung versichert ist. Dies traf auf die Klägerin allerdings nicht zu. b. Nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V kommt eine Kostenerstattung ausnahmsweise in Betracht, wenn die Krankenversicherung eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war. Die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 S. 1 SGB

V sind nicht gegeben. Insoweit reicht der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V nicht weiter als der zugrunde liegende Sachleistungsanspruch (BSG, Urteil vom 04.04.2006, Az.: B 1 KR 12/05 R; BSG, Urteil vom 08.09.2015, Az.: B 1 KR 14/14 R). Entscheidend ist im Rahmen der Kostenerstattung insoweit der Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme (BSG, Urteil vom 08.03.1995, Az.: 1 RK 8/94; BSG, Urteil vom 14.02.2001, Az.: B 1 KR 29/00 R; LSG Nordrhein-Westfalen [NRW], Urteil vom 31.08.2006, Az.: L 16 (5,2) KR 74/02; Bayerisches LSG, Beschluss vom 08.04.2015, Az.: L 5 KR 81/14; Helbig, in: JurisPK-SGB V, § 13 Rn. 60). Ein Sachleistungsanspruch auf die Liposuktion bestand indes nicht. (1). Die Klägerin hatte im Zeitpunkt der Durchführung keinen Anspruch auf eine ambulante Liposuktion. (a). Dem Anspruch stand im Jahre 2015 entgegen, dass es hinsichtlich der Liposuktion keine Empfehlung des GBA gemäß § 135 SGB V gab. Die Fettabsaugung bei Lipödem war damit grundsätzlich keine Sachleistung der Krankenkasse (vgl. allgemein BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KR 11/08 R; BSG, Beschluss vom 10.05.2012, Az.: B 1 KR 78/11 B; Bayerisches LSG, Urteil vom 13.11.2008, Az.: L 4 KR 437/07; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24.11.2009, Az.: L 9 KR 29/08; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.04.2012, Az.: L 4 KR 595/11; Thüringer LSG, Beschluss vom 29.08.2012, Az.: L 6 KR 49/12 B; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.12.2014, Az.: L 1 KR 328/13; LSG NRW, Beschluss vom 16.11.2015, Az.: L 11 KR 342/15). (b). Ein Ausnahmefall lag nicht vor (vgl. allgemein BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KR 11/08 R; Bayerisches LSG, Urteil vom 13.11.2008, Az.: L 4 KR 437/07; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24.11.2009, Az.: L 9 KR 29/08; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 18.12.2014, Az.: L 1 KR 328/13; Bayerisches LSG, Beschluss vom 08.04.2015, Az.: L 5 KR 81/14). Weder war die Krankheit der Klägerin selten, noch lag eine regelmäßig tödlich verlaufende bzw. eine vergleichbare Erkrankung vor. Es fehlte aber auch an einem Systemversagen des GBA (s.a. Bayerisches LSG, Beschluss vom 08.04.2015, Az.: L 5 KR 81/14). Ein Systemversagen kann dann vorliegen, wenn das Verfahren vor dem Bundesausschuss von den antragsberechtigten Stellen bzw. dem Bundesausschuss selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß betrieben wurde und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit bzw. Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27.09.2005, Az.: B 1 KR 28/03 R; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.12.2006, Az.: L 1 KR 67/04; LSG NRW, Urteil vom 12.07.2007, Az.: L 5 KR 14/07; Sächs. LSG, Urteil vom 21.03.2007, Az.: L 1 KR 27/03). Voraussetzung ist aber, dass die neue Behandlungsmethode dem anerkannten Stand der Wissenschaft entspricht und diese Erkenntnis sich in zuverlässigen wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen niedergeschlagen hat (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 15.12.2006, Az.: L 1 KR 67/04; Ihle, in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 135 Rn. 30). Letztere Voraussetzung ist nicht gegeben. Nach Ansicht der Kammer fehlte es 2015 an hinreichenden Wirksamkeitsbelegen. 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. Vielmehr ergab eine Untersuchung des MDS vom 15.01.2015, dass weiterhin keine hinreichenden Daten bezüglich der Wirksamkeit und der Kosten-Nutzen-Relation existieren (abrufbar unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen GKV/37 Liposuktion 2015.pdf). Damit aber bestand dem Grunde nach schon keine Veranlassung, einen Antrag auf Überprüfung der Liposuktion zu stellen. Eine Zulassung der Methode zur vertragsärztlichen Versorgung kam nämlich mangels hinreichender Wirksamkeitsnachweise nicht in Betracht (vgl. § 4 i.V.m. § 10 sowie § 13 des 2.Kapitels der Verfahrensordnung des GBA – abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1002/VerfO 2014-12-18 iK-2015-04-16.pdf). Die bloße Untätigkeit genügt insoweit nicht. Unabhängig davon wurde die Methode im Zeitpunkt der Durchführung der Liposuktion vom GBA überprüft. Eine beachtliche Verzögerung kann dabei nicht darin gesehen werden, dass der Antrag vom 22.05.2014 durch den GBA im Zeitpunkt der Durchführung der Maßnahme noch nicht entschieden war. Eine Prüfung innerhalb eines gewissen Zeitraums ist dem GBA abhängig von der Komplexität des zu prüfenden Verfahrens und dem Umfang der eingereichten Unterlagen zu zugestehen (Ihle, in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 135 Rn. 30). Es ist nicht ersichtlich, dass eine zeitgerechte Entscheidung bereits im Jahre 2015 hätte ergehen müssen. Anhaltspunkte dafür, dass die Ausgestaltung des Verfahrens des GBA zur Prüfung neuer Behandlungsmethoden gemäß § 135 SGB V allgemein oder die Prüfung im Hinblick auf die Liposuktion im Einzelfall nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügen würde (vgl. allgemein Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 10.11.2015, Az.: 1 BvR 2056/12), sind weder vorgetragen, noch ersichtlich. (2). Der Anspruch bestand aber auch dann nicht, wenn man annimmt, dass die Liposuktion im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt worden ist. Die Voraussetzungen des § 39 SGB V lagen nicht vor. (a). Dem Anspruch steht nicht – wie die Beklagte meint - bereits das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V entgegensteht. Nach der 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.: B 3 KR 2/12 R; BSG, Beschluss vom 15.07.2015, Az.: B 1 KR 23/15 B; BSG, Urteil vom 17.11.2015, Az.: B 1 KR 15/15 R; ebenso 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 entsprächen. Dazu sei erforderlich, dass ihre Erprobung abgeschlossen sei und über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare 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 und die Ausrichtung am Qualitätsgebot nicht beseitige. Entgegen dieser Ansicht ist die Behandlung als Sachleistung zu erbringen, wenn Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, ein Ausschluss durch den GBA nicht vorliegt und die Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet (so die frühere Rechtsprechung: BSG, Urteil vom 19.03.2003, Az.: B 1 KR 1/02 R; ebenso SG Dortmund, Urteil vom 29.01.2014, Az.: S 40 KR 1359/11; Felix/Deister, NZS 2013, 81 ff.; Bender, NZS 2012, 761 ff.; nach Einfügung von § 137c Abs. 3 SGB V SG Hamburg, Urteil vom 04.09.2015, Az.: S 33 KR 822/13; SG Dortmund, Urteil vom 09.12.2015, Az.: S 40 KR 804/12; Braun, PharmR 2015, 492 (493); Deister, NZS 2016, 328 ff.; vgl. auch Ihle, in: jurisPK-SGB V, § 137c Rn. 42 ff.). Weitere Voraussetzungen im oben dargestellten Sinne bestehen nicht. Die Auslegung der Vorschrift hat sich an ihrem Wortlaut, Sinn und Zweck der Regelung, ihrer systematischen Stellung und der Entstehungsgeschichte auszurichten (vgl. zum Auslegungskanon allgemein Reimer, Juristische Methodenlehre, Rn. 136 ff.). Bei der Auslegung hat die Kammer stets das gesamte Regelungssystem in den Blick zu nehmen (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2014, Az.: B 1 KR 37/14 R). Maßgebliche Bedeutung kommt dabei der subjektiv-historischen Perspektive, d.h. dem Willen des Gestzgebers, zu (zutreffend Reimers, Juristische Methodenlehre, Rn. 251 ff.; vgl. im Sinne einer subjektiv-objektiven Theorie Würdinger, JuS 2016, S. 1 (6)). Soweit im Rahmen der Auslegung der gesetzgeberische Wille eindeutig feststellbar ist, ist dieser maßgeblich. 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; Reimers, Juristische Methodenlehre, Rn. 251 ff.; Rüthers, NJW 2011, 1856 ff.; Wedel, NJW 2012, 719 f.; Würdinger, JuS 2016, S. 1 (6)). 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. Davon geht auch das BSG aus (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az.:

B 1 KR 26/14 R; anders dann in der praktischen Handhabung BSG, Urteil vom 17.02.2010, Az.: B 1 KR 10/09 R, zu § 137c SGB V oder BSG, Urteil vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 29/13 R, zur sachlich-rechnerischen Richtigkeit). Dies ist vorliegend der Fall. Das BSG hat ursprünglich zutreffend aus der Begründung sowie der Gesetzessystematik den Schluss gezogen, dass die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nicht mit der Begründung verneinen kann, dass eine Behandlung den in § 137c SGB V genannten Kriterien nicht genügt, soweit der Ausschuss Krankenhaus eine entsprechende Feststellung nicht getroffen hat (vgl. Leitsatz 2 zur Entscheidung BSG, Urteil vom 19.03.2003, Az.: B 1 KR 1/02 R; vgl. dazu SG Dortmund, Urteil vom 29.01.2014, Az.: S 40 KR 1359/11). Der Gesetzgeber hat diese Rechtsprechung aufgegriffen und bestätigt, dass für den stationären Bereich abweichend von § 135 SGB V eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt gelten soll (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeführt worden - BT-Drucks. 17/6906, S. 86). 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 oder angewandt werden sollen") 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 Überprüfungskompetenz der Gerichte ist ausdrücklich nicht geregelt. Dies wird 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. 3 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. Unabhängig davon hat der Gesetzgeber auch auf die geänderte Rechtsprechung des BSG reagiert (vgl. dazu SG Hamburg, Urteil vom 04.09.2015, Az.: S 33 KR 822/13; Deister, NZS 2016, 328 ff.). Er hat nunmehr eine ausdrückliche Regelung in § 137c Abs. 3 SGB V geschaffen. Danach dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. In der Gesetzesbegründung hat der Gesetzgeber ausgeführt, dass weiterhin eine Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt gelten soll. Insoweit ist wegen der gegenteiligen Rechtsprechung des BSG eine Konkretisierung und Klarstellung erfolgt. Wörtlich wird insoweit ausgeführt (BT-Drucks. 18/4095, S. 121 f.): " ...Eine Methode, deren Nutzen nach Feststellung des GemeinsamenBundesausschusses zwar noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, kann nach den gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Krankenhausbehandlung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist in einem solchen Fall grundsätzlich verpflichtet, eine Erprobung zu initiieren, um die für eine fundierte Entscheidung erforderlichen Erkenntnisse zu generieren. Bis zum Vorliegen dieser Erkenntnisse und einer abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt es dabei, dass die Methode im Krankenhaus angewandt werden kann, insbesondere damit sie zur Versorgung der typischerweise schwerer erkrankten Versicherten mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen weiterhin zur Verfügung steht. Insoweit handelt es sich um eine Konkretisierung des allgemeinen Qualitätsgebots des § 2 Absatz 1 Satz 2 ... Diese Wertentscheidung gilt es auch in dem Fall zu beachten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Überprüfung nach § 137c Absatz 1 durchgeführt hat. Es stünde mit dem dargestellten Konzept der grundsätzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt nicht in Einklang, wenn jede einzelne Krankenkasse im Einzelfall die Kostenübernahme für eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgende Behandlung mit einer Methode, die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, mit der Begründung ablehnen könnte, der Nutzen der angewandten Methode sei noch nicht hinreichend belegt. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss eine Methode mit Potential unmittelbar aus der Krankenhausversorgung ausschließen kann, kann eine solche negative Leistungsentscheidung stattdessen auf der Ebene der Einzelkasse erfolgen." Nach Ansicht der Kammer ist damit der gesetzgeberische Wille mehr als klar formuliert worden. Dieser hat hinreichenden Niederschlag im Gesetz gefunden. Insbesondere der § 137c Abs. 3 SGB V ist Ausdruck dieses gesetzgeberischen Willens. Dem steht nicht entgegen, dass es sich bei § 137c SGB V um eine Vorschrift aus dem Leistungserbringerrecht handelt. Es gibt bereits keine Regel, wonach der Gesetzgeber gezwungen wäre, Konkretisierungen des Leistungsrechts der Versicherten ausschließlich in diesem Bereich vornehmen zu müssen (z.B. im Rahmen von § 12 bzw. § 39 SGB V), mag dies auch der Struktur des Gesetzes entsprechen und der Klarheit des Normengefüges förderlich sein. Auch die Rechtsprechung geht daher zutreffend davon aus, dass der Leistungsanspruch des Versicherten durch die Vorschriften des § 135 SGB V (BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KR 11/08 R) oder des § 138 SGB V (BSG, Urteil vom 26.09.2006, Az.: B 1 KR 3/06 R) konkretisiert bzw. beschränkt wird. (b). Die Kammer geht aber davon aus, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich war. Denn nach dem Bericht von Dr. Offermann, Chirurg, vom 25.11.2014 genügte eine ambulante Liposuktion (Bl. 18 der Verwaltungsakte). Dafür spricht auch, dass auf dem Kostenvoranschlag angegeben wurde, dass ein Zuschlag für eine ambulante Operation und eine Nachbetreuung von weniger als 4 Stunden vorgesehen war (vgl. Bl. 10 der Verwaltungsakte). Ebenso sprechen die Leitlinien der Fachgesellschaften für diese Einschätzung. Die DGÄC empfiehlt im ambulanten Bereich eine maximale Aspirationsmenge von 2.000 ml reinen Fettgewebes und bei gewährleisteter postoperativer Nachbetreuung bis 24 Stunden von 4.000 ml reinem Fettanteil (abrufbar unter http://www.gacd.de/fileadmin/user upload/pdf/ leitlinien liposuktion.pdf). Ausweislich des Berichts von Dr. Oppermann waren 3-4 Operationen geplant (Bl. 17 der Verwaltungsakte). Es ist nicht ersichtlich, dass die dabei zu entfernenden Fettmengen eine stationäre Behandlung notwendig gemacht hätten. Insgesamt gibt es keine Anhaltspunkte, dass eine stationäre Durchführung der Liposuktion bei der erst XX-jährigen Klägerin, bei der Risikofaktoren weder benannt noch ersichtlich sind, notwendig war. (c). Eine generelle Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit unterstellt, kommt eine Kostenerstattung gleichwohl nicht in Betracht. Denn eine Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus hat nicht stattgefunden. Es bestand kein Sachleistungsanspruch zur Behandlung in der MClinic Dr. I in N. Denn gemäß § 108 SGB V besteht der Anspruch gemäß § 39 SGB V nur, wenn eine Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus begehrt wird (vgl. Wortlaut § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V "Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108)"). Daran fehlt es im Hinblick auf die MClinic in N, die eine chirurgische Privatpraxis und nicht zugelassen im Sinne des § 108 SGB V ist. Dies hat im Übrigen auch für die FES-Klinik in F zu gelten, wo die erste Liposuktion stattgefunden hat. Es ist nicht ersichtlich, dass es sich dabei um ein zugelassenes Krankenhaus handelt. Folgerichtig bezeichnet sich die FES-Klinik selbst auch als Tagesklinik. c. Der Anspruch folgt schließlich nicht aus § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V. Nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), 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. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies gemäß § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten gemäß § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V die §§ 14, 15 des Neunten Buches (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. (1) Dem Anspruch aus § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V steht bereits entgegen, dass hier innerhalb der Frist von § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V eine Entscheidung der Beklagten ergangen ist. Den nach Angaben der Klägerin am 30.11.2014 gestellten Antrag hat die Beklagte nämlich am 18.12.2014, mithin innerhalb der 3-Wochen-Frist, entschieden. Unerheblich ist dabei, dass die Entscheidung mündlich ergangen ist. Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist innerhalb der Frist die Entscheidung zu treffen, was auch mit der mündlichen Ablehnung der Fall ist. Weder ist dem Wortlaut des 13 Abs. 3a S. 1 SGB V zu entnehmen, dass die Entscheidung schriftlich zu ergehen hat, noch lässt sich ein solches Erfordernis der Gesetzesbegründung entnehmen. Es gilt damit der Grundsatz der Formfreiheit, wie er für das Verwaltungsverfahren allgemein in § 9 S. 1 des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch (SGB X) und für Verwaltungsakte gemäß § 33 Abs. 2 S. 1 SGB X (zur Qualifizierung der Entscheidung nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V als Verwaltungsakt siehe Schifferdecker, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 125) niedergelegt ist. Es kommt hinzu, dass § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V ausdrücklich die Schriftform für die Mitteilung hinreichender Gründe vorsieht. Der Gesetzgeber hat dieses Erfordernis in S. 1 SGB V dagegen nicht normiert. Daraus folgt, dass in § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V mithin keine Schriftform vorausgesetzt wird. (2) Daneben greift die Regelung auch inhaltlich nicht. Die Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V begründet noch keinen Anspruch aus § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V. Eine Kostenerstattung kommt nur für solche beantragten Leistungen in Betracht, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als der nach den Vorschriften des SGB V zugrunde liegende Sachleistungsanspruch (so ausführlich SG Dortmund, Urteil vom 11.11.2015, Az.: S 40 KR 759/14). Daran ist festzuhalten (ebenso § 13 Abs. 3a SGB V einschränkend auslegend LSG NRW, Beschluss vom 26.05.2014, Az.: L 16 KR 154/14 B ER; HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15; SG Dortmund, Beschluss vom 31.01.2014, Az.: S 28 KR 1/14 ER; SG Würzburg, Urteil vom 15.01.2015, Az.: S 11 KR 100/14; Helbig, in: jurisPK-SGB V, 3.Aufl., § 13 Rn. 68 ff.; Ulmer, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, 2. Aufl., § 13 Rn. 68 ff.; Heining, in: Gesundheitsrecht, SGB V - SGB XI, § 13 SGB V Rn. 33; Preis/Schneider, NZS 2013, 281 (287); Knispel, SGb 2014, 374 ff.) (a) Schon der Wortlaut der Vorschrift spricht für eine Beschränkung auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch (s.a. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15). Dieser sieht nämlich eine Kostenerstattung nur für "erforderliche" Leistungen vor. Der Begriff der Erforderlichkeit wird an anderen Stellen des SGB V ebenfalls zur Beschränkung des Anspruches verwendet (vgl. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V bzw. § 40 Abs. 1 S. 1 SGB V). Insbesondere § 15 Abs. 1 S. 3 SGB IX, der Grundlage für die Regelung des § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V gewesen ist (BT-Drucks. 17/10488, S. 32), regelt ebenfalls nur eine Kostenerstattung für erforderliche Leistungen. Im Rahmen von § 15 Abs. 1 S. 3 SGB IX ist anerkannt, dass durch diese Formulierungen der Anspruch des Versicherten, u.a. durch die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, inhaltlich begrenzt wird (vgl. BR-Drucks. 49/01, S. 305; Majerski-Pahlen, in: Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, SGB IX, 12. Aufl., § 15 Rn. 3). Es finden sich keinerlei Anhaltspunkte in § 13 Abs. 3a SGBV oder in der Gesetzesbegründung, dass der Gesetzgeber in S. 7 eine andere Bedeutung zugrunde legen wollte. Da § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V diese Einschränkung nicht enthält, kann dem Wortlaut des S. 7 auch nicht jede Bedeutung abgesprochen werden. Bestätigt wird dieses Verständnis durch die systematische Stellung des § 13 Abs. 3a SGB V innerhalb des § 13, der bisher ausschließlich sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche geregelt hatte (ebenso HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15; Helbig, in: jurisPK-SGB V, § 13 Rn. 70). Die dort erfassten Kostenerstattungsansprüche setzen jeweils voraus, dass die selbstbeschaffte Krankenbehandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 04. April 2006, Az.: B 1 KR 12/05 R, sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 53, zu § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V; BSG, Urteil vom 25.09.2000, Az.: B 1 KR 5/99 R, sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 29, in Bezug auf § 13 Abs. 2 SGB V; zu § 13 Abs. 4 u. 5. vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 19/08 R). Hätte der Gesetzgeber von dieser Systematik im Rahmen von § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V abweichen wollen, hätte es zumindest entsprechender Hinweise in der Gesetzesbegründung bedurft (so auch HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15). Auch die Gesetzgebungsgeschichte und die Gesetzesbegründung sprechen klar für das enge Verständnis. Der Gesetzesentwurf hatte zunächst nur die Einführung eines neuen Kostenerstattungsanspruches vorgesehen. In der Gesetzesbegründung wurde dabei ausdrücklich Bezug genommen auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch ("Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt." - BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Darüber hinaus war Vorbild für die Neuregelung die Vorschrift des § 15 SGB IX. Dort wird aber vorausgesetzt, dass ein Sachleistungsanspruch besteht (vgl. BSG, Urteil vom 07.05.2013, Az.: B 1 KR 12/12 R; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.10.2013, Az.: L 13 R 2947/12; Majerski-Pahlen, in: Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, SGB IX, § 15 Rn. 3). Nur so wird schließlich die Regelung des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V verständlich. Da nach dem Gesetzentwurf sowohl der jetzige § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V als auch § 15 Abs. 1 SGB XI sachleistungsersetzende Kostenerstattungsregelungen vorsahen, war zur Vermeidung von doppelten Anspruchsgrundlagen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Ausschluss des § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V angezeigt. Jedenfalls bedurfte es wegen der Vorschrift des § 15 Abs. 1 SGB IX keiner Schaffung einer weiteren Anspruchsgrundlage. (b) Aus der Einfügung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V folgt nichts anderes. Es lässt sich der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit nichts entnehmen, dass für eine Leistungsausweitung im Rahmen von S. 7 sprechen würde. Damit sollte einerseits gerade nicht von der grundsätzlichen gesetzgeberischen Konstruktion abgewichen werden (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 29 f.). Andererseits wird in diesem Zusammenhang nochmals klar auf einen Sachleistungsanspruch Bezug genommen, wenn dort ausgeführt wird, dass sich der Versicherte die ihm "zustehende" Leistung zeitnah selbst beschaffen kann (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 30). Sinn der Regelung des S. 6 war es, den Versicherten ohne eine zusätzliche Fristsetzung die Beschaffung der ihnen zustehenden Leistungen zu ermöglichen (zutreffend HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.04.2016, Az.: L 4 KR 4368/15). An keinerlei Stelle lässt sich entnehmen, dass gleichzeitig eine Leistungsausweitung intendiert war (vgl. HessLSG, Urteil vom 10.12.2015, Az.: L 1 KR 413/14). Dies wäre aber zu erwarten gewesen, insbesondere weil die übrigen, auf den Sachleistungsanspruch bezogenen Regelung (S. 7 und S. 9) unverändert beibehalten worden sind. (c) Soweit das BSG (BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R) und die überwiegende Rechtsprechung der Sozialgerichte (u.a. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: L 5 KR 222/14 B ER; SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013, Az.: S 21 KR 282/13; SG Nürnberg, Urteil vom 27.03.2014, Az.: S 7 KR 520/13; SG Augsburg, Urteil vom 03.06.2014, Az.: S 6 KR 339/13; SG Lüneburg, Urteil vom 17.02.2015, Az.: S 16 KR 96/14; SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015, Az.: S 24 KR 254/14) die gegenteilige Rechtsansicht vertreten, überzeugt dies weiterhin nicht. Auch die Entscheidung des BSG gibt insoweit keinen Anlass, von der oben dargestellten Rechtsansicht abzuweichen. Weder das BSG noch die sonstige Rechtsprechung setzen sich in hinreichender Weise mit dem Wortlaut, dem gesetzgeberischen Willen und der systematischen Stellung auseinander. Darüber hinaus

überzeugen aber auch die Argumente, die für die weite Sichtweise vorgetragen werden, nicht. Dem engen Verständnis steht das Ziel des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), das Genehmigungsverfahren im Interesse der Patienten zu beschleunigen, nicht entgegen (so aber z.B. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: L 5 KR 222/14 B ER; SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14). Dieses Ziel ist der Gesetzesbegründung zum Entwurf des Patientenrechtegesetzes (siehe BT-Drucks. 17/10488, S. 32) entnommen. Der gleiche Gesetzesentwurf sieht aber eine Genehmigungsfiktion nicht vor. Vielmehr suchte der Gesetzgeber das Ziel der Verfahrensbeschleunigung durch die Schaffung eines Kostenerstattungsanspruches, der als sachleistungsersetzender Anspruch konstruiert war, zu erreichen. Die Beschleunigung des Verfahrens sollte allein durch die konkret geregelte Frist und die Möglichkeit der Beschaffung der Leistungen – auch auf privatärztlicher Basis – nach Fristablauf erreicht werden. Es überzeugt daher nicht, wenn der Gesetzeszweck der Verfahrensbeschleunigung nunmehr zur Auslegung der Genehmigungsfiktion und des Kostenerstattungsanspruches herangezogen wird, wenn nicht einmal der ursprüngliche Gesetzesentwurf zur Zweckerreichung eine solch weitgehende Regelung für erforderlich gehalten hat. Das hat gleichfalls für das Argument zu gelten, dass die Sanktionswirkung der Vorschrift ein weites Verständnis erfordere (so wohl BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R). Die dahinterstehende Deutung ist nach Ansicht der Kammer zumindest irreführend (kritisch auch Helbig, in: jurisPK-SGB V, § 13 Rn. 70.2). Der entsprechende Gesetzesentwurf, der dieser Aussage zugrunde lag, sah lediglich eine sachleistungsersetzende Kostenerstattungsregelung vor. Eine Genehmigungsfiktion war aufgenommen worden. Die angestrebte Sanktionswirkung taugt mithin nicht zur Auslegung der Genehmigungsfiktion. Dagegen lässt sich der Begründung des Ausschusses, der später die Genehmigungsfiktion ins Gesetz eingeführt hatte, keinerlei Sanktionsgedanke entnehmen (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 29 f.). Darüber hinaus sollte offenbar die Sanktionswirkung darin bestehen, dass die Krankenkasse entsprechend der Regelung des § 13 Abs. 3 SGB V (BT-Drucks. 17/10488, S. 32) Abrechnungen anhand der GoÄ oder GoZ auszugleichen hat, die i.d.R. deutlich über den Positionen nach dem EBM liegen. Anhaltspunkte für eine weitergehende Sanktionswirkung finden sich auch in der ursprünglichen Begründung nicht. Die weite Auslegung überzeugt auch deshalb nicht, weil das Verhältnis zu § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V nicht geklärt wird. Dabei vermag die Beschränkung des S. 9 auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 11 Abs. 2 S 1, 40 f. SGB V schon nicht zu überzeugen (so aber BSG, Urteil vom 08.03.2016, Az.: B 1 KR 25/15 R). Die Abgrenzung hat vielmehr im Verhältnis von §§ 14 f. SGB IX zu § 13 Abs. 3a SGB V zu erfolgen. Leistungen, die unter § 14 SGB IX fallen, sind dem Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a gänzlich entzogen (vgl. SG Stralsund, Beschluss vom 07.04.2014, Az.: S 3 KR 112/13; SG Dortmund, Beschluss vom 16.07.2014, Az.: S 40 KR 742/14 ER; SG Dortmund, Urteil vom 11.11.2015, Az.: S 40 KR 518/14). Da § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V ebenso wie § 15 SGB IX nur einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch vorgesehen hatte, wurde mit S. 9 eine Abgrenzung zugunsten von § 115 Abs. 1 SGB IX vorgenommen. Durch die Einfügung von S. 6 ist insoweit keine Änderung des Regelungszwecks intendiert worden. Gegenteiliges lässt sich weder dem Wortlaut noch der Begründung des Ausschusses entnehmen. Selbst wenn man aber der Begrenzung des BSG folgen würde, lässt sich der Entscheidung des BSG an keiner Stelle ein sachlicher Grund für die dadurch bewirkte unterschiedliche Behandlung entnehmen. Danach können sich nämlich Antragsteller, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 f. SGB V begehren, nicht auf § 13 Abs. 3a SGB V stützen und sind mithin auf den ursprünglichen Sachleistungsanspruch beschränkt, ohne dass ersichtlich wäre, inwiefern diese unterschiedliche Behandlung gerechtfertigt wäre. Schließlich geht das Argument, dass die einschränkende Auslegung – u.a. der hiesigen Kammer – zu einem Verstoß gegen Art. 3 des Grundgesetzes führe (vgl. LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: L 5 KR 222/14 B ER; SG Dortmund, Urteil vom 22.01.2016, Az.: S 8 KR 435/14), ins Leere. Schon grundsätzlich ist nicht erkennbar, inweifern eine Ungleichbehandlung vorliegen soll. Denn nach der Rechtsprechung der Kammer haben sowohl § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V als auch § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V jeweils die gleiche beschränkte Reichweite (siehe SG Dortmund, Urteile vom 11.11.2015, Az.: S 40 KR 5118/14 sowie S 40 KR 759/14). Es kommt hinzu, dass der Umstand, dass Mittellose von der Möglichkeit der Selbstbeschaffung ausgeschlossen sind, auch bei anderen Kostenerstattungsansprüchen grundsätzlich gegeben ist. Beispielhaft kann insoweit auf § 13 Abs. 3 SGB verwiesen, der schon generell nur eine Kostenerstattung regelt und keinen Sachleistungsanspruch vorsieht, obwohl dies gerade bei unaufschiebbaren Leistungen nicht unproblematisch erscheint. Gleichwohl ist keine Entscheidung der hiesigen 8. Kammer oder des 5. Senats des LSG NRW bekannt, wo vergleichbare verfassungsrechtliche Bedenken geltend gemacht worden wären. Dem liegt letztlich zugrunde, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, dass Mittellose von den Möglichkeiten der Kostenerstattung gegebenenfalls ausgeschlossen sind (vgl. Helbig, in: jurisPK-SGB V, § 13 Rn. 70.2). Grundsätzlich erbringt die Krankenkasse nämlich eine Sachleistung (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V). Kostenerstattungsansprüche sind demgegenüber die Ausnahme (vgl. § 13 Abs. 1 SGB V). Der Sachleistungsanspruch besteht aber in jedem Fall – unabhängig von der Möglichkeit der Kostenerstattung – und kann gegebenenfalls im Rahmen eines gerichtlichen Eilverfahrens durchgesetzt werden. Es ist nicht ersichtlich, dass diese gesetzliche Konstruktion den verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht gerecht wird. 2. Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 183 S. 1, 193 Abs. 1 S. 1 SGG.

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2016-08-09