

L 4 KR 320/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 1251/14
Datum
08.12.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 320/16
Datum
13.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) greift nur ein, wenn sich der Antrag des Versicherten auf Leistungen bezieht, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind. Dies ist bei ambulanten und stationären Liposuktionen nicht der Fall.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 8. Dezember 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Erstattung der Kosten für die Durchführung von ambulanten und stationären Liposuktionen in einer Privatklinik in Höhe von insgesamt EUR 15.271,44 zuzüglich Zinsen.

Die Klägerin ist am 26. November 1967 geboren und bei der Beklagten krankenversichert. Sie beantragte am 11. September 2013 bei der Beklagten die Gewährung von Liposuktionen ihrer Beine. Bei ihr habe erstmals Arzt für Allgemeinmedizin Dr. W. im Jahr 2008 ein Lipödem diagnostiziert. Sie bekomme seitdem regelmäßig zweimal pro Woche Lymphdrainagen sowie ein- bis zweimal pro Woche Krankengymnastik. Außerdem habe sie eine Kompressionsbestrumpfung der Klasse II. Sie mache seit etwa eineinhalb Jahren regelmäßig Aqua-Jogging und Wassergymnastik. Unter Kontrolle von Dr. W. habe sie eine Kohlenhydratdiät gemacht, bei der sie nochmals acht Kilogramm verloren habe. Zuvor habe sie bereits eigenständig 22 Kilogramm abgenommen. Lipödem-Patienten nähmen an den erkrankten Stellen, bei ihr seien es hauptsächlich Knöchel, Schienbeine, Knie, Gesäß und Oberschenkel, nicht ab. Es handele sich hier um krankhaftes Fettgewebe, dem man mit Abnehmen oder Sport nicht zu Leibe rücken könne. Die Behandlung durch Dr. W. habe ihr nicht auf Dauer helfen könne, da diese ein Leben lang durchgeführt werden müsse, um effektiv zu helfen, was man als Berufstätiger zeitlich nicht erfüllen und sich auch finanziell auf Dauer nicht leisten könne. Ihr Lipödem habe sich somit weiter im Knöchel, Schienbein, Knien, Gesäß und Oberschenkeln vermehrt. Ihre Beschwerden hätten sich in den vergangenen Jahren stetig verschlechtert, auffällig stark in den letzten zwei bis drei Jahren. Sie habe ständig Schmerzen in den Beinen. Außerdem schmerze das Gewebe noch mehr beim geringsten Druck. Beispielsweise sei es ihr nicht mehr möglich, in der Hocke zu sitzen, da die Spannung/Schmerzen an den Knien zu groß seien. Außerdem könne sie nicht mehr auf dem Boden knien, weil sie eine durch das Lipödem verdickte Stelle an beiden Schienbeinen sehr schmerze. Sie habe dadurch große Einschränkungen im Alltag, da es ihr auf Grund der Schmerzen schwer falle, ihre täglichen Hausarbeiten zu verrichten. Ebenfalls schmerzten ihre Beine abends nach einer Bürotätigkeit. Das Sitzen mit angewinkelten Beinen falle ihr schwer. Es sei keine Lebensqualität mehr gegeben. Sie komme sich vor wie eine Frau mit 85 Jahren. Mittlerweile hätten auch ihre Arme Lipödem-Stadium I erreicht. Die psychische Belastung werde auf Grund der Einschränkungen immer größer. Sie sei deshalb bereits in psychotherapeutischer Behandlung. Eine dauerhafte Abhilfe bringe nur eine medizinische Liposuktion. Sie fügte ein Gutachten des Facharztes für plastische und ästhetische Chirurgie Dr. R., ein Attest des Facharztes für Chirurgie Dr. N. vom 12. August 2013 (Diagnosen: Kniefehlstellung beidseits, Lateralisation der Kniescheibe beidseits, Hyperkompressionssyndrom der Kniescheibe beidseits, Zustand nach operativ versorgter Epiphysiolysis capitis femoris beidseits sowie ausgeprägte Lipödeme beider Beine), einen Arztbrief des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. Sc. vom 7. Mai 2012 (Diagnosen: Lipödem beider Beine Stadium II bis III, Arme Stadium I), eine fachärztliche Stellungnahme der Fachärztin für psychotherapeutische Medizin Diplom-Psychologin Dr. R. vom 17. April 2013 (Diagnose: Anpassungsstörung im Sinne einer sonstigen depressiven Reaktion auf schwere Belastung), einen Befundbericht des Dermatologen Privatdozent Dr. P. vom 17. Juli 2011 (Diagnose: Lipödem), einen Arztbrief der Phlebologin Dr. S. vom 27. Juni 2011 (Diagnosen: Lipödemen und Phlebödeme beidseits) sowie einschlägige Fachliteratur bei.

Im Auftrag der Beklagten erstellte Arzt für Innere Medizin Dr. Z. (Sozialmedizinischer Dienst K. der Beklagten) auf Grund einer Untersuchung der Klägerin vom 1. Oktober 2013 unter dem 14. Oktober 2013 ein ärztliches Gutachten. Die Klägerin leide an einem Lipödem beider Ober- und Unterschenkel (Typ III) Stadium I (fraglich II). Es bestehe ein noch frühes Krankheitsstadium. Ein Fortschreiten der Erkrankung unter konservativer Therapie sei bisher nicht dokumentiert. Mit der Kompressionstherapie, der komplexen physikalischen Entstauungstherapie und Bewegungstherapie stünden ausreichende und zweckmäßige Maßnahmen zur Behandlung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung, die bisher effektiv seien. Die beantragte Leistung sei medizinisch nicht notwendig. Die Methode der Liposuktion sei noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion. Nutzen und Wirksamkeit seien bisher nicht hinreichend belegt. Dr. Z. verwies auf das Gutachten "Liposuktion bei Lipo- und Lymphödem" der sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 7 vom 6. Oktober 2011 welches im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter Federführung des Medizinischen Fachbereichs Methodenbewertung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein unter Hinzuziehung des Ergebnisses einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erstellt wurde.

Die Beklagte lehnte daraufhin die Kostenübernahme für zwei Sitzungen stationärer Liposuktion mit Bescheid vom 24. Oktober 2013 ab. Der Eingriff sei medizinisch nicht indiziert. Ein subjektiv als regelwidrig empfundener Körperzustand rechtfertige nicht die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs am gesunden Körper. Auch psychische Leiden rechtfertigten keinen operativen Eingriff. Es stünde regelmäßig eine Behandlung mit den Mitteln der Psychotherapie zur Verfügung.

Hiergegen erhob die Klägerin am 11. November 2013 Widerspruch. Die Erhebung des Widerspruches erfolge nur vorsorglich, da im vorliegenden Fall die Kostenübernahme gemäß [§ 13 Abs. 3a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als erteilt gelte. Die Beklagte habe über den ihr am 12. September 2013 zugegangenen Antrag weder binnen fünf Wochen entschieden noch ihr rechtzeitig schriftlich mitgeteilt, warum nicht fristgerecht entschieden werden könne. Darüber hinaus bestehe auch ein Anspruch auf die Kostenübernahme, da die beantragte Liposuktion medizinisch notwendig sei. Sie leide in den Beinen an ausgeprägter Druckschmerzempfindlichkeit bereits bei leichter Berührung, einem Spannungsgefühl, vor allem bei Wärme zunehmenden Schwellungen im Unterschenkelbereich bis zu den Knöcheln, ständig blauen Flecken, Juckreiz/Kribbeln, gestörter Mikroirkulation, subkutanen grobknotigen Veränderungen als deutlichen Zeichen der Fibrosklerose, einem beschwerlichen Gangbild, einer Beeinträchtigung der Beweglichkeit und Knieschmerzen. Ihr sei es nicht mehr möglich, sich auf den Schienbeinen zu knien. Dann sei das Aufstehen fast unmöglich. Auch im Übrigen schmerzten die Beine ständig. In den letzten zwei Jahren habe eine massive Verschlimmerung stattgefunden. Es läge somit ein regelwidriger, vom Leitbild eines gesunden Menschen abweichender Körperzustand vor, der behandlungsbedürftig sei. Gemäß der AWMF-Leitlinie Lipödem der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie existiere keine kausale Behandlung des Lipödems im Sinne einer Reduktion des krankhaft vermehrten Fettgewebes durch konservative Maßnahmen. Stattdessen ziele eine Therapie des Lipödems auf Beschwerdelinderung durch konservative Maßnahme auf das Fettgewebes mittels Liposuktion ab. Im Fall der erfolglos ausgeschöpften konservativen Behandlung bestehe ein Anspruch auf Kostenübernahme für eine Liposuktion. Die konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien bei ihr erfolglos ausgeschöpft worden. Die Kostenübernahme dürfe auch nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass es sich bei der Liposuktion um eine neue Behandlungsmethode handele. Die stationäre Durchführung von neuen Behandlungsmethoden verlange keine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Laut dem Gutachten des Dr. R. müsse die Liposuktion bei ihr stationär durchgeführt werden.

Auf Anfrage der Beklagten äußerte sich Dr. Z. in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 5. Februar 2014. Die zur Verfügung stehenden konservativen Behandlungsmethoden seien ausreichend und sollten durch ergänzende Maßnahmen wie Gewichtsreduktion und Bewegungstherapie begleitet werden. Die bisher genutzten therapeutischen Möglichkeiten seien schon soweit effektiv, dass ein Fortschreiten der Erkrankung habe vermieden werden können, da bei der körperlichen Untersuchung am 1. Oktober 2013 ein noch frühes Krankheitsstadium I (allenfalls II) des Lipödems festgestellt worden sei, wobei diesem abweichenden Körperbefund keine entstellende Wirkung zukomme.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 26. März 2014 zurück. Eine medizinisch begründete Notwendigkeit für den beantragten operativen Eingriff sei nach der sozialmedizinischen Stellungnahme des Dr. Z. vom 5. Februar 2014 nicht zu erkennen. Bei der Regelung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) handele es sich um eine Vorschrift, die in den Bereich der Kostenerstattung falle. Insofern die Krankenkasse über den Antrag nicht fristgerecht entscheide und auch keine Zwischeninformation erteile, bestehe ein Anspruch auf Kostenerstattung. Zwar sei der Ablehnungsbescheid nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Frist erteilt worden, jedoch seien der Klägerin bis zum Ablehnungsbescheid keine Kosten entstanden, so dass keine Erstattung von Kosten begehrt werden könne.

Hiergegen erhob die Klägerin am 10. April 2014 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Die Klage sei bereits deshalb begründet, da die Kostenübernahme gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) als erteilt gelte. Im Übrigen sei die Liposuktion aber auch medizinisch notwendig. Die Klägerin verwies auf das Gutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" vom 6. Oktober 2011. Die Kläger war vom 15. bis 17. Dezember 2014 stationär in der Privatklinik P. GmbH, die nicht zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse zugelassen ist, in M. aufgenommen. Die Klägerin ließ dort die Liposuktionen am 15. Dezember 2014 (Liposuktion der Unterschenkel beidseits), am 16. Dezember 2014 (Laserliposuktion der Oberschenkelvorder- und -innenseiten beidseits) und am 18. Dezember 2014 (Laserliposuktion der Oberschenkel außen beidseits) vornehmen. Die Privatklinik P. GmbH stellte der Klägerin hierfür unter dem 19. Dezember 2014 einen Betrag von insgesamt EUR 13.421,44 und unter dem 17. Dezember 2014 für die Übernachtungskosten einen Betrag von EUR 350,00. Ferner stellte Facharzt für Anästhesie Dr. Sch. für die Allgemeinanästhesie einen Betrag von EUR 1.500,00 (Rechnung vom 26. Dezember 2014; ohne Angabe von Gebührennummern nach der Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ]) in Rechnung. Die Klägerin trug vor, dass im Umkreis von ca. 150 Kilometer um K. in keinem Vertragskrankenhaus Laserliposuktion durchgeführt würden.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte die sozialmedizinischen Stellungnahmen des Dr. Z. vom 22. September und 3. Dezember 2014 vor, der bei seiner Auffassung in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 5. Februar 2014 verblieb. Die Beklagte führte weiter aus, dass die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nur eintrete, wenn der Antrag eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Systems der gesetzlich Krankenversicherung geschuldete Leistung betreffe und sie dem Qualitätsgebot und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspreche. Bei der Liposuktion handele es sich jedoch nicht um eine geschuldete Leistung der Krankenkasse, da es sich hierbei um keine anerkannte Behandlungsmethode handele. Auch aus dem ergänzenden Gutachten vom 15. Januar 2015 (zur Aktualisierung des Gutachtens vom 6. Oktober 2011) ergebe sich, dass weiterhin kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis für eine Liposuktion bei Lipödemen vorliege.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 8. Dezember 2015 ab. Die Genehmigung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) greife nur ein, wenn der Antrag des Versicherten eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Systems zur Krankenversicherung geschuldete Leistungen betreffe. Dies sei weder bei einer stationären noch bei einer ambulanten Liposuktion der Fall.

Gegen das ihr am 28. Dezember 2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21. Januar 2016 Berufung eingelegt. Die Kostenübernahme gelte gemäß 13 Abs. 3a SGB V als erteilt. Die durchgeführten Liposuktionen seien überdies auch ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und überschritten nicht das Maß des Notwendigen. Sie habe massive Beschwerden in Folge des Lipödems gehabt. Konservative Maßnahmen seien ausgeschöpft gewesen. Eine fehlende Empfehlung des GBA stehe ihrem Anspruch nicht entgegen. Eine nachhaltige und gravierende Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit und Gesundheit habe nicht nur gedroht, sondern sei bereits eingetreten gewesen und weiter fortschreitend gewesen. Ein Wirksamkeitsnachweis sei nicht erforderlich. Auch die Durchführung der Liposuktion in einer Privatklinik stehe ihrem Anspruch nicht entgegen. Die Durchführung der Liposuktion Ende 2014 sei auf Grund einer massiven Zunahme der lipödembedingten Beschwerden eilbedürftig gewesen. Bei operierenden Vertragskrankenhäusern bestünden Wartezeiten, so dass dort kein kurzfristiger Operationstermin für eine Liposuktion erhältlich gewesen sei. Sie habe sich an entsprechende Vertragskrankenhäuser in vertretbarer Entfernung gewandt und dort angefragt, wie die Wartezeiten während der Monate August bis Dezember 2014 seien. Die sich aus den (vorgelegten) Antwort-E-Mails ergebenden Wartezeiten rechtfertigten die Inanspruchnahme der Privatklinik.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 8. Dezember 2015 aufzuheben sowie die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2014 zu verurteilen, ihr EUR 15.271,44 zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozent ab dem 1. Januar 2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten auf die Absicht des Senats, die Berufung ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zurückzuweisen, hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Klägerin hat sich mit einer Entscheidung durch Beschluss nicht einverstanden erklärt und ihre Rechtsauffassung auch unter Verweis auf die mit Wirkung zum 23. Juli 2015 erfolgte Änderung des [§ 137c SGB V](#) bekräftigt. Die Beklagte hat sich nicht geäußert.

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

II.

A. Der Senat entscheidet über die Berufung der Klägerin nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten.

B. Die gemäß [§ 144 SGG](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, da die Klägerin Leistungen von mehr als EUR 750,00 begehrt ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)), nämlich einen Betrag von EUR 15.271,44.

C. Die Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 24. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. März 2014 ist rechtmäßig. Die Beklagte hat rechtmäßig die Gewährung der Liposuktion als Sachleistung abgelehnt; der Klägerin steht nach Durchführung der operativen Maßnahmen im Dezember 2014 kein Anspruch auf Erstattung der von ihr geltend gemachten Kosten zu. Dies gilt mit Blick sowohl auf [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Var. SGB V (dazu unter 1.) als auch auf [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) (dazu unter 2.).

1. Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin folgt nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Var. SGB V. Nach dieser Norm sind dem Versicherten die für eine von ihm selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Krankenkasse diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, die Leistung notwendig und die Ablehnung für die Entstehung der Kosten ursächlich war.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, der Klägerin eine Liposuktion der Ober- und Unterschenkel zu gewähren. Deshalb kann die Klägerin auch nicht beanspruchen, dass ihr die Kosten, die durch die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind, von der Beklagten erstattet werden.

Da der Anspruch auf Kostenerstattung nicht weiter reicht als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch, setzt der Kostenerstattungsanspruch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, Urteile vom 28. Februar 2008 – [B 1 KR 16/07 R](#) – juris, und 7. Mai 2013 – [B 1 KR 44/12 R](#) – juris). Daran fehlt es hier sowohl hinsichtlich der am 18. Dezember 2014 durchgeführten ambulanten Liposuktion der Oberschenkelaußenseiten beidseits (dazu unter a) als auch der am 15. und 16. Dezember 2014 durchgeführten stationären Liposuktionen der Unterschenkel beidseits und der Oberschenkelvorder- und -innenseiten beidseits (dazu unter b). Ein Anspruch folgt auch nicht aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) (dazu unter c). Schließlich liegen überdies teilweise keine Rechnungen vor, aus der die erstattungsfähigen Kosten hervorgehen (dazu unter d).

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. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)) und die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)). Nach [§ 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) umfasst ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Nach [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte 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. Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Krankheit im Sinne des SGB V ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteile vom 19. Oktober 2004 – [B 1 KR 3/03 R](#) –, 28. September 2010 – [B 1 KR 5/10 R](#) – und 11. September 2012 – [B 1 KR 9/12 R](#) – alle juris). Krankheitswert im Rechtssinne kommt nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Eine Krankheit liegt nur vor, wenn der Versicherte in den Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteile vom 28. Februar 2008 – [B 1 KR 19/07 R](#) – und 6. März 2012 – [B 1 KR 17/11 R](#) – beide juris; Urteil des Senats vom 26. Juni 2009 – [L 4 KR 3386/08](#) – nicht veröffentlicht; Hessisches Landessozialgericht [LSG], Urteil vom 15. April 2013 – [L 1 KR 119/11](#) – juris).

Bei der Klägerin bestand eine Krankheit im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#). Sie litt an einem Lipödemsyndrom beider Ober- und Unterschenkel. Dies ergibt sich unter anderem aus dem Gutachten des Dr. Z. vom 14. Oktober 2013. Das Beschwerdebild stellt eine Krankheit im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) dar, denn der insoweit bei der Klägerin vorliegende körperliche Zustand war mit Blick auf die geklagten Schmerzen, die eine Beeinträchtigung von Körperfunktionen darstellen, ein regelwidriger Zustand, der einer körperlichen Behandlung bedarf.

Die Klägerin hat jedoch keinen Anspruch auf Erstattung der ihr durch die durchgeführten Liposuktion entstandenen Kosten (vgl. zuletzt z.B. Urteil des Senats vom 12. Februar 2014 – [L 4 KR 4163/11](#) – nicht veröffentlicht und Beschluss des Senats vom 25. Januar 2016 – [L 4 KR 3825/15](#) – nicht veröffentlicht; vgl. auch Urteil des Senats vom 1. März 2013 – [L 4 KR 3517/11](#) – juris). Der Behandlungsanspruch eines Versicherten bei Vorliegen einer Krankheit unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Beschränkungen. 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](#)). 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 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) –, 3. Juli 2012 – [B 1 KR 6/11 R](#) – und 7. Mai 2013 – [B 1 KR 44/12 R](#) – alle juris). 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.

a) Für den ambulanten Bereich ist insoweit das in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt zu beachten. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch nur dann zu den 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](#) –, 7. November 2006 – [B 1 KR 24/06 R](#) –, 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) –, 3. Juli 2012 – [B 1 KR 6/11 R](#) – und 7. Mai 2013 – [B 1 KR 44/12 R](#) –, alle juris). 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). Ohne befürwortende Entscheidung des GBA kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V](#) wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (BSG, Urteile vom 7. November 2006 – [B 1 KR 24/06 R](#) –, 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) –, 3. Juli 2012 – [B 1 KR 6/11 R](#) – und 7. Mai 2013 – [B 1 KR 44/12 R](#) – alle juris).

aa) Der Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) ist vorliegend einschlägig. Eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode in diesem Sinne ist die auf einem theoretisch-wissenschaftlichen Konzept beruhende systematische Vorgehensweise der Untersuchung und Behandlung einer Krankheit (BSG, Urteile vom 23. Juli 1998 – [B 1 KR 19/96 R](#) – und 28. März 2000 – [B 1 KR 11/98 R](#) – beide juris). Neu in diesem Sinne ist eine ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethode dann, wenn sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) aufgeführt wird und somit nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist (vgl. [§ 9 Abs. 1 Buchst. a](#) der Verfahrensordnung des GBA; auch BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 – [B 1 KR 12/06 R](#) – juris).

Diese Voraussetzungen sind für die Liposuktion gegeben. Bei der Liposuktion handelt es sich um eine eigenständige Behandlungsmethode. Diese Behandlungsmethode ist auch neu. Denn sie ist im EBM nicht als abrechnungsfähige Leistung erfasst. Eine Empfehlung des GBA für die Liposuktion liegt nicht vor. In der hier maßgeblichen Methoden-Richtlinie in der Fassung vom 17. Januar 2006 ist eine Prüfung und positive Bewertung der Liposuktion nicht enthalten.

bb) Ihren Anspruch auf Kostenerstattung der erfolgten ambulanten Behandlung mit Liposuktion kann die Klägerin auch nicht auf ein Systemversagen stützen. Ein solches liegt nicht vor.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse kann ausnahmsweise 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, Urteile vom 4. April 2006 – [B 1 KR 12/05 R](#) –, 7. November 2006 – [B 1 KR 24/06 R](#) – und 7. Mai 2013 – [B 1 KR 44/12 R](#) –, a.a.O.). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor (ebenso etwa LSG Bayern, Beschluss vom 8. April 2015 – [L 5 KR 81/14](#) – juris). Das BSG hatte in seinem Urteil vom 16. Dezember 2008 ([B 1 KR 11/08 R](#) – juris) und in seinem Beschluss vom 10. Mai 2012 ([B 1 KR 78/11 B](#) – juris) keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines solchen Ausnahmefalles gesehen. Inzwischen hat der GBA mit Beschluss vom 22. Mai 2014 die Einleitung eines entsprechenden Verfahrens beschlossen; auch dies steht der Annahme eines Systemversagens entgegen (ebenso LSG Thüringen, Beschluss vom 20. April 2015 – [L 6 KR 1935/12 B](#) – juris). Im Übrigen könnte sich die Klägerin auf eine Positivempfehlung des GBA nicht stützen, denn maßgeblich ist, ob ein Anspruch zum Zeitpunkt der Behandlung bestanden hat (LSG Bayern, Beschluss vom 8. April 2015 – [L 5 KR 81/14](#) – juris, m.w.N.).

cc) Auch um einen sogenannten Seltenheitsfall, in dem sich eine Krankheit und ihre Behandlung einer systematischen Erforschung entzieht und bei dem eine erweiterte Leistungspflicht der Krankenkassen in Betracht zu ziehen wäre (BSG, Urteil vom 27. März 2007 – [B 1 KR 17/06 R](#) – juris), handelt es sich vorliegend nicht. Die bei der Klägerin vorliegende Krankheit (Lipödem der Beine) ist keine seltene Erkrankung.

b) Für die stationäre Krankenbehandlung regelt die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [§ 137c SGB V](#). Nach Abs. 1 dieser Vorschrift in der seit 1. Januar 2012 geltenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)) überprüft der GBA auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind (Satz 1). Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam ist, erlässt der GBA eine entsprechende Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf (Satz 2). Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, beschließt der GBA eine Richtlinie zur Erprobung nach [§ 137e SGB V](#) (Satz 3). Nach Abschluss der Erprobung erlässt der GBA eine Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf, wenn die Überprüfung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse ergibt, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht (Satz 4). Ist eine Richtlinie zur Erprobung nicht zustande gekommen, weil es an einer nach [§ 137e Abs. 6 SGB V](#) erforderlichen Vereinbarung fehlt, gilt Satz 4 entsprechend (Satz 5). Für den stationären Bereich gibt es mithin keine dem [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) entsprechende Vorschrift, die einen solchen Anerkennungsvorbehalt formuliert. Dies bedeutet allerdings nicht, dass in der stationären Krankenbehandlung sämtliche in Betracht kommenden Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Vielmehr sind die Krankenhäuser nicht davon entbunden, die Standards des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) im Einzelfall zu überprüfen und einzuhalten. [§ 137c SGB V](#) setzt die Geltung des Qualitätsvorbehaltes des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) nicht außer Kraft (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 – [B 1 KR 5/08 R](#) – und Urteil vom 21. März 2013 – [B 3 KR 2/12 R](#) – beide juris). Die einzige Ausnahme bildet nach [§ 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) die Durchführung klinischer Studien. Behandlungen im Rahmen solcher Studien waren und sind daher zur Förderung des medizinischen Fortschritts stets zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar (zum Ganzen: Urteil des Senats vom 27. Januar 2012 – [L 4 KR 2172/10](#) – juris, nachgehend BSG, Urteil vom 21. März 2013 – [B 3 KR 2/12 R](#) – juris). Die durch Art. 64 Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 ([BGBl. I S. 1211](#)) mit Wirkung zum 23. Juli 2015 (Art. 20 GKV-VSG) erfolgte Änderung des [§ 137c SGB V](#) ist im vorliegenden Fall nicht zu berücksichtigen, da sie zum Zeitpunkt der Durchführung der Liposuktion im Dezember 2014 noch nicht galt.

Die Liposuktion entspricht – schon ganz grundlegend – nicht den erforderlichen Qualitätsanforderungen, die an eine zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführende Behandlungsmethode zu stellen sind (ebenso LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 5. Februar 2015 – [L 5 KR 228/13](#) – und LSG Bayern, Beschluss vom 8. April 2015 – [L 5 KR 81/14](#) – beide juris). Der Senat hat in seinem Urteil vom 27. April 2012 ([L 4 KR 595/11](#), a.a.O.; bestätigt etwa im Urteil des Senats vom 14. Juni 2013 – [L 4 KR 84/13](#) – nicht veröffentlicht; siehe auch Urteil des Senats vom 1. März 2013 – [L 4 KR 3517/11](#) –, juris) ausgeführt:

"[§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) gibt vor, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) umfasst daher nur solche Leistungen, deren Qualität und Wirksamkeit diesen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht. Hierzu genügt es nicht, dass eine Behandlungsmethode bei einem Versicherten nach Ansicht seiner Ärzte positiv gewirkt haben soll (vgl. entsprechend das BSG auch zur Frage der Erfüllung von Qualitätskriterien einer bestimmten Arzneimitteltherapie, Urteil vom 1. März 2011 – [B 1 KR 7/10 R](#) – SozR 4-2500 § 35 Nr. 5; Urteil vom 27. September 2005 – [B 1 KR 6/04 R](#) – SozR 4-2500 § 31 Nr. 3 m.w.N. – Wobe-Mugos). Neue Verfahren, die nicht ausreichend erprobt sind, oder Außenseitermethoden, die zwar bekannt sind, aber sich nicht bewährt haben, lösen keine Leistungspflicht der Krankenkasse aus. Es ist nicht Aufgabe der Krankenkassen, die medizinische Forschung zu finanzieren (so ausdrücklich [BT-Drucks. 11/2237, S. 157](#)). Die einzige Ausnahme bilden nach [§ 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) die Durchführung klinischer Studien. Behandlungen im Rahmen solcher Studien waren und sind daher zur Förderung des medizinischen Fortschritts stets zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar.

Außerhalb klinischer Studien muss es jedoch zu Qualität und Wirksamkeit einer Behandlungsmethode grundsätzlich zuverlässige wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen geben. Entsprechend der auch durch den GBA für seine Entscheidungen zugrunde gelegten Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin ist dabei eine Sichtung und qualitative Bewertung der über eine Behandlungsmethode vorhandenen wissenschaftlichen Publikationen und Expertisen vorzunehmen (vgl. dezidiert BSG, Urteile vom 1. März 2011 u.a. – [B 1 KR 7/10 R](#) – a.a.O.; ebenso BSG, Urteil vom 12. August 2009 – [B 3 KR 10/07 R](#) – SozR 4-2500 § 139 Nr. 4). Erforderlich ist mithin, dass der Erfolg der Behandlungsmethode objektivierbar, also in einer ausreichenden Anzahl von Behandlungsfällen belegt ist (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 18. Mai 2004 – [B 1 KR 21/02 R](#) – SozR 4-2500 § 31 Nr. 1 RdNr. 7 m.w.N.; vgl. dazu auch Wagner, in: [Krauskopf, Stand 2008, § 13 SGB V](#) Rn. 19). Die

höchste Beweiskraft haben danach direkte Vergleichsstudien mit anderen Behandlungsmethoden, also Studien der Evidenzklasse I (vgl. entsprechend zur Arzneimitteltherapie BSG, Urteile vom 1. März 2011, u.a. – [B 1 KR 7/10 R](#) – a.a.O.). Nur soweit derartige Studien nicht existieren, kann im Einzelfall auf andere, hinreichend aussage- und beweiskräftige Studien ausgewichen werden (vgl. auch Flint in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand Februar 2011, K § 35 RdNr. 64). Um der in [§ 137c SGB V](#) grundsätzlich angelegten Innovationsmöglichkeit gerecht zu werden, schließt der Senat dabei nicht aus, dass auch Expertenmeinungen zur Beurteilung des wissenschaftlichen Standards herangezogen werden können. Diese sind jedoch nicht geeignet, eine Leistungspflicht der Krankenkasse auch dann zu begründen, wenn objektivierbare Erkenntnisse bereits in eine andere Richtung weisen. Expertenmeinungen sind daher stets im Zusammenhang mit den vorhandenen objektivierbaren wissenschaftlichen Aussagen im Sinne einer maßgeblichen Gesamtschau heranzuziehen (so der erkennende Senat in seinem Urteil vom 27. Januar 2012 – [L 4 KR 2272/10](#) – juris).

Von Qualität und Wirksamkeit der begehrten Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems im Sinne der Kriterien des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) vermochte der Senat sich indes nicht zu überzeugen. Er legt insoweit ganz maßgeblich das von der Beklagten vorgelegte "Gutachten Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 vom 6. Oktober 2011 zugrunde. Dieses Gutachten nimmt eine umfassende Auswertung der über den Einsatz von Liposuktion als Methode zur Behandlung von Lipödemem veröffentlichten Studien vor, wobei die Gutachter neben randomisiert kontrollierten auch nicht randomisiert kontrollierte Studien berücksichtigt haben. Die im Mai 2011 insoweit durchgeführte Recherche der hierzu vorhandenen Publikationen ergab überhaupt nur zwei relevante, diesen Qualitätsanforderungen entsprechende Studien. Für den konkreten Fall ist sogar nur eine der beiden Studien (nämlich diejenige zum Krankheitsbild der Lipomatosis dolorosa von Hansson – veröffentlicht 2011) relevant, da sich die andere der beiden Studien mit Liposuktion zur Behandlung eines Lymphödems nach Mammakarzinom befasst. In der Studie Hansson wurde (nicht randomisiert kontrolliert) der Langzeiterfolg der Liposuktion bei 111 Frauen mit Lipomatosis dolorosa beobachtet. Dabei wurde ein signifikanter Unterschied in der Schmerzreduktion beobachtet, ohne dass dies von den Autoren selbst als zureichendes Ergebnis gewertet wurde, um einen langfristigen Nutzen ausreichend zu belegen. Vielmehr fordern auch die Autoren weitere randomisiert kontrollierte Studien mit ausreichend validierten Ergebniskriterien. Alle übrigen seinerzeit zugänglichen Veröffentlichungen erfüllen diese Qualitätsanforderungen nicht bzw. stellen Registernachbeobachtungen oder Ergebnisberichte kleiner Fallserien dar. Für den Senat war daher das Fazit der Gutachter überzeugend, dass die Methode der Liposuktion zur Therapie des Lipödems derzeit noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion ist und weitere randomisierte Studien erforderlich sind, um sie zu einer der Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden Behandlungsmethode qualifizieren zu können. Diesem Fazit schließt sich der Senat an."

Es besteht kein Anlass, hiervon abzuweichen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die unter dem 15. Januar 2015 erfolgte Aktualisierung ([mds-sindbad.de/infomed/sindbad.nsf/002568A2003D5BAE/20B52](#)) des Primärgutachtens der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 6. Oktober 2011. Danach haben die zwei identifizierten kontrollierten Studien, welche die Liposuktion bei sekundärem Lymphödem der Arme nach Brustkrebstherapie bzw. zur Schmerztherapie bei Lipomatosis dolorosa untersuchten, auch unter Berücksichtigung der aktuell vorliegenden Publikation erhebliche methodische sowie zum Teil inhaltliche Limitationen und berichten unzureichend über Langzeitergebnisse und Nebenwirkungen der Therapie. Zur Liposuktion beim Lipödem sind nur Publikationen kleiner Fallserien bekannt, die grundsätzlich nicht geeignet sind, einen patientenrelevanten Vorteil zu begründen (vgl. auch LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 5. Februar 2015 – [L 5 KR 228/13](#) – a.a.O. Rn. 21). Die Klägerin hat keine neuen Gesichtspunkte vorgetragen; dies gilt auch unter Berücksichtigung der von ihr angeführten medizinischen Veröffentlichungen. Der Senat hält auch in Kenntnis abweichender Entscheidungen anderer Gerichte (Sozialgericht Dresden, Urteil vom 13. März 2015 – [S 47 KR 541/11](#) – nicht veröffentlicht) an seiner Auffassung fest.

Dieses Ergebnis steht auch nicht im Widerspruch zum Urteil des BSG vom 16. Dezember 2008 ([B 1 KR 11/08 R](#), a.a.O.), wie der Senat bereits im Urteil vom 27. April 2011 (a.a.O.) ausgeführt hat: "Das BSG hatte sich dort mit der Frage zu befassen, ob die Behandlungsmethode der Liposuktion, die ambulant zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse von vornherein mangels positiver Empfehlung des GBA nicht erbracht werden darf ([§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#); dazu auch Urteil des Senats vom 10. September 2010 – [L 4 KR 3961/09](#) –, nicht veröffentlicht), gleichsam automatisch stationär zu erbringen ist, da im klinischen Bereich das Erfordernis einer positiven Entscheidung durch den GBA nicht besteht. Dies hat das BSG im konkreten Fall unter Verweis auf das Fehlen schon der Voraussetzungen des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) verneint, da die dort statuierten spezifischen Voraussetzungen für eine Krankenhausbehandlung nicht vorlagen. Mit der Frage, ob die Methode der Liposuktion denn überhaupt den Maßstäben evidenzbasierter Medizin entspricht, hatte sich das BSG demgemäß gar nicht zu befassen. Aus der zitierten Entscheidung kann daher nicht abgeleitet werden, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen des Erfordernisses der Durchführung einer stationären Operation ohne weiteres ein Leistungsanspruch auf Durchführung einer Liposuktion zulasten der Krankenkasse besteht. Anhand der jüngeren Rechtsprechung des BSG ergibt sich vielmehr gerade das Gegenteil. Das BSG hat darin (vgl. insoweit insbesondere das Urteil vom 17. Februar 2010 – [B 1 KR 10/09 R](#) – SozR 4-2500 § 27 Nr. 18 zum Anspruch einer Versicherten auf stationär durchgeführt Reimplantation nach Kryokonservierung von Eierstockgewebe) ausdrücklich zum Maßstab gemacht, dass auch die stationäre Behandlung stets einer Überprüfung anhand der Maßstäbe des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) zu unterziehen ist. Eine andere Auffassung führte im Übrigen zu dem auch unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten ([Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz](#)) nicht tragbaren Ergebnis, dass Patienten allein deshalb, weil sie bestimmte Risikofaktoren erfüllen, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen, eine Behandlung in stationärem Rahmen erhielten, obwohl sich für die Wirksamkeit einer bestimmten Methode keine bislang hinreichend wissenschaftlich gefestigten Anhaltspunkte ergeben".

c) Die Klägerin kann sich auch nicht auf [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), eingefügt durch Art. 1 Nr. 1 GKV-VStG vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)) mit Wirkung vom 1. Januar 2012, berufen. Diese Vorschrift setzt die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts – BVerfG – (Beschluss vom 6. Dezember 2005 – [1 BvR 347/98](#) – juris) und die diese Rechtsprechung konkretisierenden Entscheidungen des BSG (z.B. BSG, Urteile vom 4. April 2006 – [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#) – und Urteil vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) – alle 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, Urteile vom 4. April 2006 – [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#) –, vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) – und vom 7. Mai 2013 – [B 1 KR 26/12 R](#) – alle juris). 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 (BSG a.a.O.). 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). 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 erreichte das Lipödem-Syndrom der Klägerin nicht (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) – 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.

d) Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin scheidet hinsichtlich der Rechnung der Privatklinik P. GmbH für Übernachtungskosten vom 17. Dezember 2014 und hinsichtlich der Rechnung des Dr. Sch. für "Allgemeinanästhesie" vom 26. Dezember 2014 auch deshalb aus, weil es nicht um Rechnungen handelt, aus der erstattungsfähige Kosten hervorgehen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. hierzu und zum Folgenden: BSG, Urteil vom 27. März 2007 – [B 1 KR 25/06 R](#) – juris, m.w.N.; siehe auch BSG, Urteil vom 11. September 2012 – [B 1 KR 3/12 R](#) – juris) setzt der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) voraus, dass dem behandelnden Arzt gegen den Versicherten, der sich die Leistung selbst verschafft hat, ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch aus der Behandlung erwachsen ist. Geht es – wie hier – um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten eine Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ erteilt worden ist. Bei der GOÄ handelt es sich um ein für alle Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht. Das ist verfassungsrechtlich unbedenklich, verletzt insbesondere weder die Kompetenzordnung des Grundgesetzes (GG) noch die Berufsfreiheit der Ärzte ([Art. 12 Abs. 1 GG](#); z.B. BVerfG, Kammerbeschluss vom 19. April 1991 – [1 BvR 1301/89](#) –, juris). Vorbehaltlich eines anders lautenden Bundesgesetzes verpflichtet § 1 Abs. 1 GOÄ alle Ärzte, die Vergütungen für ihre beruflichen Leistungen nach der GOÄ zu berechnen. Die ärztlichen Leistungen sind in einem Gebührenverzeichnis erfasst (vgl. § 4 Abs. 1 GOÄ) und innerhalb des durch § 5 GOÄ festgelegten Gebührenrahmens zu bewerten. Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können nach § 6 Abs. 2 GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der Verordnung entsprechenden Rechnung wird die Vergütung fällig (§ 12 Abs. 1 GOÄ). Vorher trifft den Patienten keine Zahlungsverpflichtung. Nach § 10 Abs. 1 GOÄ können neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen nur die dort unter Nr. 1 bis 4 aufgeführten Positionen berechnet werden. Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

Die von der Klägerin vorgelegten Rechnungen der Privatklinik P. GmbH für Übernachtungskosten vom 17. Dezember 2014 sowie des Dr. Sch. vom 26. Dezember 2014 enthalten keine im Gebührenverzeichnis aufgeführte Leistung. Sie enthalten auch keine Position zum Ersatz von Auslagen, sondern benennen jeweils lediglich einen Pauschalpreis. Es ist aber gerade unzulässig, anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung zu stellen und den Auslagenersatz zu pauschalisieren (vgl. BSG a.a.O.). Trotzdem – ohne positive Kenntnis dieser Rechtslage – geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt selbst dann zurückfordern, wenn er sich mit dem Operationsergebnis zufrieden gezeigt hat (vgl. Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 23. März 2006 – [III ZR 223/05](#) – juris).

2. Ein Anspruch der Klägerin 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 das 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 der Klägerin vom 8. September 2013, das ausweislich des Eingangstempels am 11. September 2013 bei der Beklagten einging, vor. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) begann damit am 12. September 2013 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 (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. Beschluss des Senats vom 29. April 2016 – [L 4 KR 4368/15](#) – juris, Rn. 46 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) Liposuktionen sind nach dem oben Dargelegten nicht vom Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkassen umfasst, so dass sie auch nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) werden können.

2. Da bereits kein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin besteht, kann diese auch mit ihrem Zinsantrag keinen Erfolg haben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-27