L 4 KR 2696/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 221/16
Datum
17.06.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 2696/16
Datum
09.11.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Zum fehlenden Anspruch auf Versorgung mit einer unter stationären Bedingungen durchgeführenten Liposuktion bei Lipödem.
2. Holt die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ein, hat sie den Versicherten hierüber innerhalb der Drei-Wochen-Frist zu unterrichten. Für die Annahme, eine nicht „unverzügliche“ Information könne die Fünf-Wochen-Frist nicht auslösen, fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Die Information muss nicht schriftlich erfolgen
3. Stützt der Kläger sein Leistungsbegehren im anhängigen Berufungsverfahren auch auf einen früheren Leistungsantrag, weil dieser fingiert genehmigt sei, liegt eine Klageänderung vor.
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Juni 2016 wird zurückgewiesen.
Die Klage aus dem Antrag vom 4. August 2013 wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung der Kosten für die Durchführung zweier stationärer Liposuktionen in Höhe von jeweils EUR 4.061,77.

Die 1967 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Mit – rechtskräftigem – Gerichtsbescheid vom 13. Oktober 2014 (S 4 KR 2079/14) wies das Sozialgericht Mannheim (SG) eine auf Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer stationären Liposuktion der Hüfte und Beine beidseits als Sachleistung gerichtete Klage der Klägerin ab. Die Beklagte habe den Antrag der Klägerin vom 4. August 2013 zu Recht mit Bescheid vom 6. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juni 2014 abgelehnt, da ein Anspruch auf die begehrte Leistung nicht bestehe.

Mit Schreiben vom 2. Januar 2015 (Freitag), Eingang bei der Beklagten am 5. Januar 2015, beantragte die Klägerin unter Vorlage eines Kostenvoranschlags und eines ärztlichen Gutachtens des Facharztes für plastische und ästhetische Chirurgie Dr. R. erneut die Kostenübernahme für zwei stationär durchzuführende Liposuktionen. Dieser gab als Diagnose ein Lipödem beider Beine, Oberschenkel Typ III° an. Die Mitarbeiterin der Beklagten N.-R. (im Folgenden N) wies die Klägerin in einem Telefonat am 8. Januar 2015 auf eine für notwendig erachtete Fotodokumentation hin und informierte sie über eine zeitnahe Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Mit Schreiben vom selben Tag 2015 forderte die Beklagte dokumentierende Fotos an und informierte die Klägerin mit Schreiben vom 15. Januar 2015 über die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK. Ebenfalls unter dem 15. Januar 2016 beauftragte sie den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme.

Im sozialmedizinischen Gutachten vom 23. Januar 2015 führte Dr. S., MDK, bei diagnostiziertem Lipödem beider Beine aus, eine stationäre Aufnahme sei nicht zwingend erforderlich; grundsätzlich könne eine Liposuktion ambulant erfolgen. Es handle sich um eine neue, noch nicht anerkannte Behandlung, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen sei. Denn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit noch nicht bewertet. Beim Krankheitsbild der Klägerin – Lipödem - handele es sich auch weder um eine lebensbedrohliche Erkrankung noch um eine notstandsähnliche Situation. Das Gutachten der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 (SEG 7) von Oktober 2011 zeige zur Behandlung des Lipödems konservative Behandlungsmethoden auf, insbesondere Gewichtsreduktion, Kompressionstrumpfversorgung, komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE), Kompressionsstrumpfversorgung nach Maß (mindestens Klasse II – III) und apparativ intermittierende Kompressionsbehandlung (AIK). Durchgeführt habe die Klägerin bereits Lymphdrainagen, das Tragen von Kompressionsstrümpfen und eine

Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2012. Überlegenheit, medizinischer Nutzen und Wirtschaftlichkeit gegenüber anderen Verfahren seien bislang nicht belegt. Eine Kostenübernahme könne daher nicht empfohlen werden.

Mit Bescheid vom 28. Januar 2015 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme für die "geplante Liposuktion" ab. Die Stellungnahme des MDK liege nunmehr vor. Da eine medizinische Notwendigkeit nicht erkennbar sei, könne sich die Beklagte nicht an den Kosten der beantragten Behandlung beteiligen. Die Verwaltungsakte enthält keinen Absendevermerk.

Zur Begründung des mit Schriftsatz vom 25. Februar 2015 eingelegten Widerspruches gab die Klägerin als Beschwerden Schmerzen in den Beinen (vor allem bei längerem Stehen oder Sitzen ohne Möglichkeit der Hochlagerung), Druck- und Berührungsschmerz, Spannungs- und Schwellungsgefühle sowie Hämatome an. Gemäß der Leitlinie Lipödem der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie sei als Therapie zur Reduktion des krankhaft vermehrten Fettgewebes ausschließlich die Liposuktion genannt. Nach Ausschöpfung der konservativen Therapie habe sie daher Anspruch auf Gewährung stationärer Liposuktion. So habe sie Lymphdrainage, Kompressionsstrümpfe, Lymphomatanwendung, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Kompressionsverbände, Ausdauertraining an Geräten und mehrfache Diäten erfolglos durchgeführt. Bei einer – wie bei ihr notwendigen – stationären Durchführung bedürfe es keines positiven Votums des GBA. Zur Untermauerung legte sie Therapieberichte und übersichten, Hilfsmittelbewilligungen sowie ärztliche Stellungnahmen vor.

In weiteren sozialmedizinischen Gutachten vom 14. April 2015 und 26. Juni 2015 bestätigte Dr. F., MDK, die bisherige Einschätzung. Des Weiteren seien die medizinischen Voraussetzungen für die beantragte Leistung nicht erfüllt. Eine behandlungsbedürftige Krankheit sei nicht eindeutig nachvollziehbar. Funktionelle Beeinträchtigungen oder eine Entstellung lägen nicht vor. Auch unter Berücksichtigung der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus könne eine Kostenübernahme nicht empfohlen werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. Januar 2016 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch als unbegründet zurück. Es liege zwar eine behandlungsbedürftige Erkrankung vor, die jedoch mit KPE und ergänzender Bewegungstherapie ambulant behandelt werden könne. Eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sei für die Liposuktion nicht gegeben. Im Übrigen stelle die Methode der Liposuktion eine noch nicht evidenzbasierte Therapieoption zur Behandlung eines Lipödems dar und entspreche somit nicht dem Qualitäts- und Wissenschaftsgebot.

Hiergegen erhob die Klägerin am 29. Januar 2016 Klage beim SG und führte ergänzend zu ihrem bisherigen Vorbringen aus, mit der Neuregelung des § 137c Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit Wirkung vom 23. Juli 2015 sei ein generelles "Verbot" neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus bei Fehlen von Wirksamkeitsnachweisen durch Studien nicht haltbar. Die erste Liposuktion sei am 3. Juni 2016 stationär durchgeführt worden. Unter Vorlage zweier Rechnungen begehrte sie hierfür EUR 4.061,77, während sie die zweite Liposuktion weiterhin als Sachleistung geltend machte.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und verwies auf eine fehlende Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Eine solche bestehe nicht schon dann, wenn eine Behandlungsmethode mangels Zulassung durch den GBA nicht ambulant erbracht werden dürfe. Auch im Rahmen des neugefassten § 137c SGB V müsse das allgemein im Krankenversicherungsrecht geltende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot gelten. Diesem entspreche die Liposuktion beim Lipödem nicht.

Mit Urteil vom 17. Juni 2016 wies das SG die Klage ab. Bei der Klägerin bestehe mit dem Lipödem-Syndrom beider Beine zwar eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne. Die begehrte Liposuktion stelle insoweit jedoch eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar. Auch wenn für eine stationäre Behandlung ein Anerkennungsvorbehalt wie bei ambulanten Leistungen nicht bestehe, seien auch im stationären Bereich – abgesehen von Behandlungen im Rahmen einer zeitlich begrenzten Erprobung (§ 137e SGB V) – nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Methoden grundsätzlich ausgeschlossen. Etwas Anderes ergebe sich nicht aus der Änderung des § 137c SGB V. Ein nach dieser Regelung notwendiges Potential setze wie in § 137e Abs. 7 SGB V aussagefähige wissenschaftliche Unterlagen voraus. Mit Einführung des § 137c Abs. 3 SGB V könnten auch bei stationären Behandlungsmethoden, die noch nicht einer Prüfung durch den GBA unterlegen hätten, keine anderen Anforderungen an das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot im System der gesetzlichen Krankenkassen gelten (Verweis auf Beschluss des Senats vom 25. Januar 2016 – L 4 KR 3825/15 –). Nicht jedwede stationäre Behandlung, die Aussicht auf Erfolg bieten könne, sei unter den Potentialbegriff zu subsumieren. Gerade bei Behandlungsmethoden, die auch ambulant erbracht werden könnten, aber (noch) nicht vom GBA positiv bewertet seien, könne ein Anspruch auf Behandlung auch nicht über § 137c Abs. 3 SGB V entstehen. Dies verbiete schon das System der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Institut des demokratisch legitimierten GBA, dessen Entscheidungskompetenz nicht derart umgangen werden könne. Das Qualitäts- und Wirksamkeitsgebot sei daher weiterhin zu beachten. Die Liposuktion beim Lipödem entspreche dem nicht. Nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin fehlten bislang wissenschaftlich einwandfrei durchgeführte Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der streitigen Behandlungsmethode. Aus dem Grundsatzgutachten "Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen" der SEG 7 vom 6. Oktober 2011 ergebe sich, dass die Methode der Liposuktion zur Therapie des Lipödems derzeit noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion sei und weitere randomisierte Studien erforderlich seien, um sie zu einer den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden Behandlungsmethode qualifizieren zu können. Dies werde in der Aktualisierung des Primärgutachtens der SEG 7 vom 15. Januar 2015 bestätigt. Die AWMF-Leitlinie 037/012 "Lipödem", Stand: 10/2015 sei als sogenannte S1-Leitlinie kein Beleg für Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Behandlungsmethode im Sinne der Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Auch liege kein Systemversagen vor, da die Behandlungsmethode derzeit einem Bewertungsverfahren durch den GBA unterliege.

Gegen dieses ihr am 5. Juli 2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21. Juli 2016 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung über ihr bisheriges Vorbringen ausgeführt, das SG habe ihre tatsächlichen Beschwerden aufgrund des Lipödems nicht beachtet. Die Notwendigkeit einer stationären Liposuktion ergebe sich aus der Menge des im Rahmen einer Operation abgesaugten Fetts und werde vom durchführenden Operateur bestätigt. Im Bereich der stationären Behandlung gälten aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Ausgestaltung weniger strenge Anforderungen als in der ambulanten Versorgung. Weder das Primärgutachten der SEG 7 vom 6. Oktober 2011 noch dessen Aktualisierung vom 15. Januar 2015 stünden einer Erfolgsaussicht der Behandlungsmethode entgegen. Die dort genannten zwei neuen Studien beträfen andere Krankheiten, nicht das bei ihr vorliegende Lipödem. Wenn aber Studien fehlten, könne auf Expertenmeinungen zurückgegriffen werden, hier die AMWF-Leitlinie, die als Therapie des krankhaft vermehrten Fettgewebes ausschließlich die Liposuktion nenne. Jedenfalls verfüge die Behandlungsmethode beim vorliegenden Krankheitsbild über ausreichendes Potential im Sinne des neugefassten § 137c Abs. 3 SGB V. Bei dessen Auslegung sei die amtliche

Begründung des Gesetzentwurfs maßgeblich heranzuziehen. Insbesondere werde dort ausgeführt, dass wegen des besonderen Bedarfs nach innovativen Behandlungsalternativen vielversprechende Heilungs- und Behandlungschancen zeitnah auch außerhalb von Studien gewährt werden könnten, auch wenn deren Nutzen noch nicht auf hohem Evidenzlevel belegt sei. Für die Frage des Potentials müsse daher ein niedriger Grad an Evidenz verlangt werden. Damit stehe der Beschluss des Senats vom 25. Januar 2016 (a.a.O.) nicht in Einklang. Aus dem Beschluss des GBA vom 20. Juli 2017 über die Aussetzung des Bewertungsverfahrens zur Durchführung einer Erprobungsstudie ergebe sich nunmehr das Potential der Behandlungsmethode. Jedenfalls stehe ihr der geltend gemachte Anspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V zu. Sie habe den Antrag mit Schreiben vom 2. Januar 2015 gestellt. Mit Schreiben vom 15. Januar 2015 habe die Beklagte sie über die Einschaltung des MDK informiert, also nicht unverzüglich. Die Verzögerung zwischen dem 5. und 15. Januar 2015 sei durch die Anforderung von Fotos begründet. Dies und die tagegenaue Verzögerung hätte die Beklagte ihr, der Klägerin, mitteilen müssen. Eine telefonische Mitteilung genüge nicht. Ohnehin sei im Telefonat vom 8. Januar 2015 nur eine erforderliche Einbindung des MDK angesprochen worden, nicht aber dass die Unterlagen an diesen abgegeben würden. Es gelte daher eine dreiwöchige Frist für die Entscheidung. Maßgeblich für den Fristbeginn sei der Eingang des Antrags bei der Beklagten, unabhängig davon, ob diese weitere Ermittlungen für nötig erachte (Verweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris). Der Zugang des Schreibens vom 15. Januar 2015 innerhalb von drei Wochen seit Antragseingang werde vorsorglich bestritten. Der Ablehnungsbescheid datiere vom 28. Januar 2015. Auch die Fünf-Wochen-Frist sei nicht gewahrt. Maßgeblich sei die Bekanntgabe des Verwaltungsakts. Der Tag des Zugangs des Ablehnungsbescheides sei ihr nicht mehr erinnerlich. Ein Nachweis des Zugangs liege nicht vor. Der rechtzeitige Zugang werde bestritten. Beweisbelastet sei insoweit die Beklagte. Da in der Verwaltungsakte hinsichtlich des Ablehnungsbescheides der Tag der Aufgabe zur Post nicht vermerkt sei, gelte auch nicht die Zugangsfiktion des § 37 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X; Verweis auf BSG, Urteile vom 3. September 2009 – B 4 AS 37/08 R – und 28. November 2006 – B 2 U 33/05 R – beide juris). Die dienstliche Stellungnahme der N (dazu unten) sei, da sie sich nicht mehr erinnern könne, nicht geeignet, die Einhaltung der Fristen zu belegen. Da sich die Ablehnung im Bescheid vom 28. Januar 2015 ausdrücklich auf die Begründung des MDK-Gutachtens beziehe, dieses sich aber nur zu einer ambulanten Liposuktion Stellungnahme nehme, habe die Beklagte auch nur über eine ambulante Liposuktion entschieden. Eine fristgerechte Ablehnung der beantragten stationären liege somit nicht vor. Mit Schriftsatz vom 12. Juni 2018 (Eingang am 13. Juni 2018) und am selben Tag bei Gericht eingegangenem Schriftsatz vom 30. Oktober 2018 hat die Klägerin des Weiteren geltend gemacht, die Kostenübernahme gelte auch deswegen als erteilt, weil eine Genehmigungsfiktion bereits aufgrund ihres Antrags vom 4. August 2013 eingetreten sei. Mit Schreiben vom 13. August 2013 und damit nicht unverzüglich habe die Beklagte sie über die Einschaltung des MDK informiert. Der Ablehnungsbescheid vom 6. September 2013 sei ihr erst am 10. September 2013 und damit nicht innerhalb der Drei-Wochen-Frist bekanntgegeben worden. Schon aus diesem Grund sei der Ablehnungsbescheid vom 28. Januar 2015 rechtswidrig. Hinsichtlich des Ablehnungsbescheides vom 6. September 2013 habe sie mittlerweile einen – vorgelegten – Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X gestellt. Am 9. September 2016 sei die zweite stationäre Liposuktion durchgeführt worden. Die Kosten hierfür beliefen sich wiederum auf EUR 4.061,77 (vorgelegte Rechnungen vom 23. Juni 2016), die sie bereits beglichen habe. Ergänzend hat die Klägerin die Behandlungsverträge für die stationären Behandlungen vom 3. Juni und 9. September 2016 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17. Juni 2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28. Januar 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Januar 2016 zu verurteilen, ihr EUR 8.123,54 zzgl. Zinsen in Höhe von 4 vom Hundert aus EUR 4.061,77 ab 20. Juni 2016 sowie aus weiteren EUR 4.061,77 ab 17. September 2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Ergänzend hat sie ausgeführt, der Antrag der Klägerin sei bei ihr am 5. Januar 2015 eingegangen. Eingangspost werde taggleich gescannt und einer digitalen Fallakte zugeordnet. Das Erfassungsdatum (hier der 5. Januar 2015) stelle dabei das Scandatum dar und könne nachträglich nicht mehr geändert werden. Am 8. Januar 2015 sei die Klägerin telefonisch über die Einschaltung des MDK und unter dem 15. Januar 2015 schriftlich informiert worden. Die Weiterleitung an den MDK sei erst nach Eingang der bei der Klägerin angeforderten Fotos möglich gewesen. Die danach maßgebliche Fünf-Wochen-Frist habe am 9. Februar 2015 geendet, so dass bei normalem Postlauf von einem fristgerechten Zugang des Ablehnungsbescheides auszugehen sei. Ergänzend hat sie eine dienstliche Stellungnahme der N vom 5. September 2018 vorgelegt, wonach sie, die N, anhand der Dokumentation der Akte nachvollziehen könne, dass der "Brief" vom 28. Januar 2015 an die interne Poststelle der Beklagten weitergeleitet und von dort in die normale Post gegeben worden sei; von einer taggleichen Versendung könne daher ausgegangen werden. Hinsichtlich des Überprüfungsantrags vom 30. Oktober 2018 "über die im laufenden Verfahren zu klärende Rechtsfrage der Genehmigungsfiktion" gehe die Beklagte davon aus, dass das Gericht über eine etwaige Rechtswidrigkeit des Bescheides entscheiden werde, so dass ein Überprüfungsantrag wenig Sinn mache.

Der Berichterstatter hat am 30. Mai 2018 einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verfahrensakten des Senats und des SG sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß § 144 Sozialgerichtsgesetz (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 8.123,54.

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren der Klägerin auf Erstattung der Kosten für zwei im Juni und September 2016 mittlerweile selbstbeschaffte, stationär durchgeführte Liposuktionen. Streitbefangen ist insoweit die ursprüngliche Leistungsablehnung durch den Bescheid vom 28. Januar 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Januar 2016. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid vom 6. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juni 2014. Über diesen

entschied das SG bereits durch Gerichtsbescheid vom 13. Oktober 2014 (S 4 KR 2079/14). Dieser wurde mangels Anfechtung rechtskräftig.

3. Die Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 28. Januar 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Januar 2016 ist rechtmäßig. Die Beklagte hat rechtmäßig die Gewährung der Liposuktion als Sachleistung abgelehnt; der Klägerin steht nach Durchführung der operativen Maßnahmen im Juni und September 2016 trotz zulässiger Klage (dazu a) 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 b) als auch auf § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V (dazu unter c). Die auf den Antrag vom 4. August 2013 gestützte Klage ist unzulässig (dazu unter c, cc) (2).)

a) Die zuletzt vollständig auf Kostenerstattung gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 4 SGG) zulässig. Auch die erhobene allgemeine Leistungsklage wegen Eintritts einer Genehmigungsfiktion (§ 54 Abs. 5 SGG; zur allgemeinen Leistungsklage als einschlägige Klageart bei der Genehmigungsfiktion vgl. BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 8) ist zulässig mit einer Anfechtungsklage gegen die Leistungsablehnung kombiniert. Die Klägerin hat zulässig ihren Klageantrag im Berufungsverfahren vollständig auf Kostenerstattung umgestellt. Dies ist keine unzulässige Klageänderung. Nach § 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG ist es nicht als eine Änderung der Klage anzusehen, wenn ohne Änderung des Klagegrundes statt der ursprünglich geforderten Leistung wegen einer später eingetretenen Veränderung eine andere Leistung verlangt wird. So liegt es bei der Umstellung eines Sachleistungsbegehrens auf einen Kostenerstattungsanspruch.

b) 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 Beine 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 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, Rn. 13, und 7. Mai 2013 – B 1 KR 44/12 R – juris, Rn. 11). Daran fehlt es hier hinsichtlich der am 3. Juni und 9. September 2016 durchgeführten stationären Liposuktion der Beine (dazu unter aa). Ein Anspruch folgt auch nicht aus einem Systemversagen (dazu bb), aus § 2 Abs. 1a SGB V (dazu unter cc) oder aufgrund der Richtlinie des GBA zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems (Erprobungs-Richtlinie Liposuktion - Erp-RL Liposuktion; dazu dd).

aa) 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 Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V). 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.

(1) 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 (§ 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 – juris, Rn. 14 ff. und 7. Mai 2013 – B 1 KR 44/12 R – juris, Rn. 13 ff.). 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 die stationäre Krankenbehandlung regelt die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden § 137c SGB V. Nach Abs. 1 dieser Vorschrift überprüft der GBA auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten 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 Absatz 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 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 – juris, Rn. 52 f. und vom 21. März 2013 – B 3 KR 2/12 R – juris, Rn. 18 ff.). Nach § 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V sind als Ausnahme hierzu Behandlungen im Rahmen klinischer Studien zur Förderung des medizinischen Fortschritts stets zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar.

(b) Etwas Anderes ergibt sich nicht aus der Änderung des § 137c SGB V 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). Diese ist vorliegend zu berücksichtigen, weil die Klägerin mit ihrer Leistungsklage zunächst einen Anspruch auf Sachleistung geltend machte und die selbstbeschafften Liposuktionen erst nach Inkrafttreten der Neuregelungen vorgenommen wurden. Die § 137c Abs. 1 SGB V angefügten Sätze 6 und 7 bestimmen gesetzliche Fristen für das Verfahren beim GBA. Nach dem eingefügten § 137c Abs. 3 SGB V dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der GBA bisher keine Entscheidung nach Abs. 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 (Satz 1). Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Abs. 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach Abs. 1 noch nicht abgeschlossen ist (Satz 2). Da der GBA ein Beratungsverfahren zur Bewertung der Liposuktion bei Lipödem gemäß §§ 135 Abs. 1 und 137c SGB V eingeleitet hatte (Beschluss vom 22. Mai 2014), das zum Zeitpunkt der Vornahme der Liposuktionen noch nicht abgeschlossen war, fielen diese als Behandlungsmethode im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung in den Anwendungsbereich des § 137c Abs. 3 SGB V. Eine Absenkung der Qualitätsanforderungen für die stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative ergibt sich aus dieser Neuregelung jedoch nicht. Denn § 137c Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V begründen keine Leistungsansprüche des Versicherten, sondern setzen diese vielmehr voraus (ausführlich hierzu BSG, Urteil vom 24. April 2018 – B 1 KR 13/16 R – juris, Rn. 16 ff.). Der Leistungsanspruch muss mithin zunächst außerhalb von § 137c Abs. 3 SGB V begründet sein, bevor dieser die Grundlage für dessen Ausfüllung schafft. Ein solcher Anspruch kann sich etwa aus Ansprüchen Versicherter auf Krankenhausbehandlung bei grundrechtsorientierter Leistungsauslegung ergeben (BSG, a.a.O.).

(2) Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe hatte die Klägerin keinen Anspruch auf Versorgung mit einer unter stationären Bedingungen durchzuführenden Liposuktion bei Lipödem. Die begehrte Maßnahme entsprach nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots. Die Anforderungen des Qualitätsgebots werden gewahrt, wenn die "große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler)" die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Dies setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der Methode – die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu würdigen ist – zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein (BSG, Urteil vom 24. April 2018 – B 1 KR 10/17 R – juris, Rn. 26 m.w.N. zur ständigen Rechtsprechung). Die Liposuktion entsprach bis zum Zeitpunkt der Durchführung im Juni und September 2016 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 – juris, Rn. 37 ff.; bestätigt etwa in dem bereits vom SG zitierten Beschluss des Senats vom 25. Januar 2016 – L 4 KR 3825/15 – und sowie Beschluss vom 13. September 2016 – L 4 KR 320/16 – juris, Rn. 35 ff.) ausgeführt:

"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 Lipödemen 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 den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden Behandlungsmethode qualifizieren zu können. Diesem Fazit schließt sich der Senat an."

Es besteht kein Anlass, hiervon abzuweichen (Beschluss des Senats vom 13. September 2016 – L 4 KR 320/16 – juris, Rn. 39). 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 SEG 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 – juris, Rn. 21). Dem allen kann die AWMF-Leitlinie 037/012 "Lipödem" (aktueller Stand: 10/2015) nicht entgegengehalten werden. Es handelt sich um eine sog. S1-Leitlinie. Eine solche "S1-Leitlinie" ist kein Beleg für Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Behandlungsmethode im Sinne der Kriterien der evidenzbasierten Medizin (LSG Hessen, Urteil vom 29. Januar 2015 – L 8 KR 339/11 – juris, Rn. 45). Auf einer Evidenz-Recherche beruhen Leitlinien der Stufe "S2e" oder "S3" (http://www.awmf.org/fileadmin/user upload/Leitlinien/Werkzeuge/ll-glossar.pdf Klassifizierung von Leitlinien"). Dies entspricht im Übrigen der Beurteilung des GBA in den "Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei Lipödem vom 20.7.2017" (abrufbar unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3013/; BSG, Urteil vom 24. April 2018 – B 1 KR 10/17 R – juris, Rn. 27).

bb) Die Klägerin kann den geltend gemachten Anspruch nicht auf ein Systemversagen stützen. 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. Unabhängig davon, dass es einer positiven Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode durch den GBA im stationären Bereich unter den oben genannten Voraussetzungen nicht bedarf, lagen diese Voraussetzungen eines Systemversagens hier nicht vor. Denn der GBA hatte mit Beschluss vom 22. Mai 2014 ein Beratungsverfahren zur Bewertung der Liposuktion bei Lipödem gemäß §§ 135 Abs. 1 und 137c SGB V eingeleitet. Die gesetzliche Regelfrist von drei Jahren (§ 137c Abs. 1 Satz 7 SGB V in der seit 23. Juli 2015 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 64 Buchst. a GKV-VSG) war bei Durchführung der Liposuktionen im Juni und September 2016 noch nicht abgelaufen. Ein Systemversagen lag damit nicht vor.

cc) Die Klägerin kann sich auch nicht auf § 2 Abs. 1a SGB V berufen. Danach können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Einen solchen Schweregrad erreichte das Lipödem-Syndrom der Klägerin vorliegend nicht (vgl. auch BSG, Urteile vom 16. Dezember 2008 – B 1 KR 11/08 R – juris, Rn. 15 und vom 24. April 2018 – B 1 KR 13/16 R – juris, Rn. 8).

dd) Ein Anspruch der Klägerin auf die begehrte stationäre Liposuktion konnte sich auch nicht aus einem Anspruch auf Teilnahme an dem Erprobungsverfahren nach der am 10. April 2018 in Kraft getretenen Erp-RL Liposuktion vom 18. Januar 2018 (BAnz AT 9. April 2018 B1), gegebenenfalls in Gestalt eines Anspruchs auf ermessensfehlerfreie Berücksichtigung beim Auswahlverfahren ergeben (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 24. April 2018 – B 1 KR 13/16 R – juris, Rn. 27 ff). Denn zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Erp-RL Liposuktion waren die streitbefangenen Liposuktionsbehandlungen bei der Klägerin – wie schon zum Zeitpunkt des Beschlusses des GBA vom 20. Juli 2017 über die Aussetzung des Bewertungsverfahrens wegen dieser Erp-RL – bereits durchgeführt.

c) Die Klägerin kann ihr Begehren auch nicht auf die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a Satz 6 und 7 SGB V stützen. Nach § 13 Abs. 3a Satz 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 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 (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Eine hiervon abweichende Frist ist nur für den Fall der Durchführung eines im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens bestimmt (Satz 4). Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7). Für Leistungen zur medizinischen Reha gelten die §§ 14, 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen (Satz 9).

Die Klägerin erfüllt zwar die Eingangsvoraussetzungen der zeitlich anwendbaren Regelung (dazu aa). Die Beklagte lehnte jedoch den Leistungsantrag der Klägerin fristgerecht ab (dazu bb).

aa) Der zeitliche Anwendungsbereich der Regelung des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V ist eröffnet, da die Klägerin ihren Antrag auf künftig zu erbringende Leistungen am 5. Januar 2015, mithin nach dem 26. Februar 2013 stellte (BSG, Urteil vom 26. September 2017 – B 1 KR 6/17 R – juris, Rn. 12). Die Regelung ist auch sachlich anwendbar. Denn die Klägerin verlangt weder unmittelbar eine Geldleistung noch Erstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern Erstattung für selbstbeschaffte Krankenbehandlung. Sie ist als bei der Beklagten gesetzlich Krankenversicherte Leistungsberechtigte im Sinne dieser Vorschrift. Sie beantragte als Leistung hinreichend bestimmt stationäre Liposuktionen an den Beinen und untermauerte ihr Begehren mit den beigefügten Unterlagen des von ihr konsultierten Mediziners. Der Antrag ist mithin ausreichend konkretisiert, um als Grundlage für eine fingierte Genehmigung dienen zu können. Die Klägerin durfte schließlich aufgrund der fachlichen Befürwortung ihres Antrags durch ihren Arzt Liposuktionen zur Behandlung ihres Lipödems für geeignet und erforderlich halten (vgl. BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 1/17 R – juris, Rn. 22).

bb) Die Beklagte lehnte den Antrag jedoch innerhalb der ab 6. Januar 2015 (dazu (1)) beginnenden Fünf-Wochen-Frist (dazu (2)), fristgerecht ab (dazu (3)).

(1) Maßgeblich für den Fristbeginn war der Eingang des Antrags bei der Beklagten. Hierbei ist es unerheblich, ob die betroffene Krankenkasse meint, der maßgebliche Sachverhalt sei noch aufzuklären (BSG, Urteil vom 7. November 2017 – B 1 KR 7/17 R – juris, Rn. 25). Nach diesen Grundsätzen begann die Frist am 6. Januar 2015 zu laufen (vgl. § 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 187 Abs. 1 BGB). Denn der maßgebliche Antrag der Klägerin ging der Beklagten am 5. Januar 2015 zu. Dies entnimmt der Senat dem vermerkten Antragsdatum auf Bl. 15 der Verwaltungsakte. Nach den schlüssigen Angaben der Beklagten wird bei dieser die Eingangspost taggleich gescannt und einer digitalen Fallakte zugeordnet. Das Erfassungsdatum – hier der 5. Januar 2015 – stellt das Scandatum dar und kann nachträglich nicht mehr geändert werden. Das genannte Eingangsdatum wird von der Klägerin nicht in Zweifel gezogen und ist auch nach den weiteren Umständen unter Berücksichtigung des zwischen Fertigung des Antragschreibens und dem Eingang liegenden Wochenendes plausibel. Das Antragsschreiben der Klägerin datiert von 2. Januar 2015 (Freitag), so dass bei lebensnaher Betrachtung der Eingang am 5. Januar 2015 (Montag) zugrundezulegen ist.

(2) Die Frist endete am Montag, dem 9. Februar 2015 (§ 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 188 Abs. 2 BGB).

Nach dem aufgezeigten Regelungssystem galt die gesetzliche Fünf-Wochen-Frist (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 Fall 2 SGB V). Denn die Beklagte informierte die Klägerin innerhalb der drei Wochen nach Antragseingang darüber, dass sie eine Stellungnahme des MDK einhole (§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V). Ohne diese gebotene Information kann der Leistungsberechtigte nach Ablauf von drei Wochen annehmen, dass sein Antrag als genehmigt gilt (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 29). Nicht entscheidend ist daher, ob die Information "unverzüglich" erfolgt, solange die Drei-Wochen-Frist nicht überschritten wird. Für die Annahme der Klägerin, eine nicht "unverzügliche"

Information könne die Fünf-Wochen-Frist nicht auslösen, fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage. Nach dem Wortlaut knüpft § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V die Fünf-Wochen-Frist lediglich an das Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme. Der Regelungszweck, dem Leistungsberechtigten Klarheit darüber zu verschaffen, wann sein Antrag als genehmigt gilt, macht lediglich eine Information innerhalb der Drei-Wochen-Frist notwendig. Ist dies erfüllt, hat dieser Kenntnis, dass eine Genehmigungsfiktion noch nicht eingetreten ist, sondern die längere Frist läuft. Die Information muss nicht schriftlich erfolgen (Helbig in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 13 Rn. 63). Anders als für die Mitteilung anderer Hinderungsgründe nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V sieht das Gesetz für die Information über die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme nach Satz 2 keine Schriftform vor. Solches ist auch durch den Schutzzweck der Regelung nicht geboten. Da der Ablauf der dann geltenden Fünf-Wochen-Frist gesetzlich bestimmt ist (fünf Wochen nach Antragseingang), bedarf es auch keiner taggenauen Angabe, wie lange Hinderungsgründe einer Entscheidung entgegenstehen werden. Der Leistungsberechtigte kann ohne Weiteres erkennen, wann sein Antrag als genehmigt gilt. Maßgeblich ist – wie im Falle der Entscheidung durch einen bekanntzugebenden Verwaltungsakt – der Zeitpunkt der Bekanntgabe gegenüber dem Antragsteller, nicht jener der behördeninternen Entscheidung über die Information (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 29).

Die Drei-Wochen-Frist endete am 26. Januar 2015. Die Beklagte informierte die Klägerin vorliegend bereits am 8. Januar 2015 telefonisch über die beabsichtigte Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK. Dies entnimmt der Senat dem entsprechenden Inhalt des am 8. Januar 2015 hierüber gefertigten Aktenvermerkes (Bl. 15 der Verwaltungsakte). Das Telefongespräch bestreitet auch die Klägerin nicht. Dem Aktenvermerk ist zu entnehmen, dass die Klägerin über eine "zeitnahe Prüfung auch mit dem MDK informiert" wurde. Damit wurde diese in Kenntnis gesetzt, dass eine gutachterliche Stellungnahme des MDK eingeholt werde. Soweit die Klägerin geltend macht, eine telefonische Information genüge nicht, trifft dies aus den genannten Gründen für die Information nach § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V nicht zu. Des Weiteren informierte die Beklagte die Klägerin auch schriftlich über die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK. Das entsprechende, in der Verwaltungsakte enthaltene Schreiben wurde unter dem 15. Januar 2015 gefertigt und ist der Klägerin auch tatsächlich zugegangen. Den Zugang selbst bestreitet diese nicht. Sie hat nicht positiv behauptet, dass ihr das Schreiben nicht fristgerecht zugegangen wäre. Ein "Bestreiten mit Nichtwissen" ist nicht möglich, da es sich beim Zugang um eine Tatsache handelt, die Gegenstand ihrer eigenen Wahrnehmung gewesen ist (Rechtsgedanke des § 138 Abs. 4 Zivilprozessordnung [ZPO]). Der Senat wertet dieses Vorbringen der Klägerin als bloße Schutzbehauptung. Dabei ist zu beachten, dass dieses – im Übrigen pauschale und unsubstantiierte – Bestreiten erst spät im Berufungsverfahren erfolgte, obwohl sie bereits seit dem Widerspruchsverfahren rechtskundig vertreten war. Bei tatsächlich verspäteter Bekanntgabe wäre zu erwarten gewesen, dass dies bereits im Widerspruchsverfahren – und damit zeitnäher zum tatsächlichen Vorgang – geltend gemacht worden wäre. Verzögerungen im weiteren Ablauf, insbesondere der Versendung des Schreibens sind weder der Verwaltungsakte zu entnehmen noch bietet der Gesamtinhalt des Verfahrens konkrete Hinweise auf einen verzögerten Zugang bei der Klägerin. Das unter dem gleichen Datum wie das Informationsschreiben angeforderte Gutachten des MDK wurde bereits am 23. Januar 2015 erstellt. Der entsprechende Auftrag muss daher deutlich vor dem 26. Januar 2015 dort eingegangen sein. Dies spricht gegen eine verzögerte Absendung auch des Informationsschreibens. Äußere Umstände, die einen Zugang des Schreibens erst nach dem 26. Januar 2015 nahelegen könnten, sind nicht ersichtlich. Nach Angaben der Deutschen Post werden rund 95 % aller Briefsendungen innerhalb Deutschlands einen Werktag nach der Einlieferung beim Empfänger zugestellt (www.deutschepost.de/de/q/qualitaet gelb.html). Dies spricht dafür, dass das unter dem 15. Januar 2015 gefertigte Schreiben, das – unbestritten – auch tatsächlich versandt wurde, innerhalb von – hier – elf Tagen bei der Klägerin einging.

(3) Die Beklagte lehnte den Antrag innerhalb der danach maßgeblichen Fünf-Wochen-Frist fristgerecht ab.

Entgegen der nunmehr angeführten Auffassung der Klägerin lehnte die Beklagte die Gewährung einer stationären, nicht einer ambulanten Liposuktion ab. Ausdrücklich bezog sich die Ablehnung im Bescheid vom 28. Januar 2015 auf die "geplante Liposuktion". Aus Sicht eines objektiven Dritten war dies ohne Weiteres als Ablehnung der beantragten Liposuktion zu verstehen. Dieser Antrag bezog sich nach dem Schreiben vom 2. Januar 2015 auf die Kostenübernahme "lt. Gutachten für die erforderliche Maßnahme". Das in Bezug genommene "Gutachten zur Vorlage bei der Krankenkasse" von Dr. R. wiederum benannte als Therapieempfehlung "Liposuktion der Beine (2 Sitzungen stationär)". Beantragt waren mithin stationäre Liposuktionen. Da dieser Antrag mit Bescheid vom 28. Januar 2015 abgelehnt wurde, traf die Beklagte eine Entscheidung über stationäre, nicht ambulante Liposuktionen. Aus dem Hinweis auf die Stellungnahme des MDK ergibt sich kein anderer Verfügungssatz des Bescheides. Allenfalls läge eine rechtlich unzutreffende Begründung der Ablehnung einer stationären Behandlung vor.

Maßgeblich für die Wahrung der Fristen des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V ist die Bekanntgabe des Ablehnungsbescheides, also dessen Zugang (§ 37 Abs. 1 SGB X; BSG, Urteile vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 29 und 26. September 2017 – B 1 KR 8/17 R – juris, Rn. 28 m.w.N.). Die Verwaltungsakte enthält zwar hinsichtlich des Bescheides vom 28. Januar 2015 keinen Absendevermerk, so dass die Zugangsfunktion des § 37 Abs. 2 SGB X nicht greift. Gleichwohl steht nach den Gesamtumständen des Einzelfalles zur Überzeugung des Senats fest, dass der Ablehnungsbescheid der Klägerin jedenfalls bis zum 9. Februar 2015 zugegangen ist. Der Bescheid wurde unter dem 28. Januar 2015 gefertigt und ist der Klägerin auch tatsächlich zugegangen. Den Zugang selbst bestreitet diese nicht. Sie hat des Weiteren selbst eingeräumt, sich an den Tag des Zugangs nicht erinnern zu können. Sie kann also selbst nicht positiv behaupten, dass ihr der Ablehnungsbescheid nicht fristgerecht zugegangen wäre. Ein "Bestreiten mit Nichtwissen" ist nicht möglich, da es sich beim Zugang um eine Tatsache handelt, die Gegenstand ihrer eigenen Wahrnehmung gewesen ist (Rechtsgedanke des § 138 Abs. 4 ZPO). Der Senat wertet dieses Vorbringen der Klägerin als bloße Schutzbehauptung. Dabei ist auch hier zu beachten, dass dieses – im Übrigen pauschale und unsubstantiierte – Bestreiten erst spät im Berufungsverfahren erfolgte, obwohl sie bereits seit dem Widerspruchsverfahren rechtskundig vertreten war. Bei tatsächlich verspäteter Bekanntgabe wäre zu erwarten gewesen, dass dies bereits im Widerspruchsverfahren – und damit zeitnäher zum tatsächlichen Vorgang – geltend gemacht worden wäre. Verzögerungen im Ablauf, insbesondere der Versendung des Bescheides sind weder der Verwaltungsakte zu entnehmen noch bietet der Gesamtinhalt des Verfahrens konkrete Hinweise auf einen verzögerten Zugang bei der Klägerin. Äußere Umstände, die einen Zugang des Bescheides erst nach dem 9. Februar 2015 nahelegen könnten, sind nicht ersichtlich. Die oben genannten Postlaufzeiten innerhalb Deutschlands sprechen auch hier dafür, dass der unter dem 28. Januar 2015 gefertigte Bescheid, der – unbestritten – auch tatsächlich versandt wurde, innerhalb von – hier – zwölf Tagen bei der Klägerin einging.

cc) Die Klägerin kann ihr Begehren auch nicht mit Erfolg auf eine Genehmigungsfiktion bezogen auf den Leistungsantrag vom 4. August 2013 stützen.

(1) Soweit sie geltend macht, die im Bescheid vom 28. Januar 2015 geregelte Ablehnung sei bereits deswegen rechtswidrig, weil sie einer – nach § 13 Abs. 3a SGB V fingierten – Genehmigung des Antrags vom 4. August 2013 widerspreche, steht dem bereits die rechtskräftige Entscheidung durch den Gerichtsbescheid vom 13. Oktober 2014 entgegen.

Mit diesem entschied das SG, dass Ansprüche der Klägerin gegen die Beklagte aufgrund des Leistungsantrags vom 4. August 2013 nicht bestehen. Dieser Gerichtsbescheid ist mangels Anfechtung rechtskräftig geworden. Nach § 141 Abs. 1 SGG binden rechtskräftige Urteile die Beteiligten, soweit über den Streitgegenstand entschieden worden ist. Dies gilt auch für einen Gerichtsbescheid (§ 105 Abs. 1 Satz 3 SGG). Streitgegenstand ist das vom Kläger aufgrund eines bestimmten Sachverhalts an das Gericht gerichtete Begehren der im Klageantrag bezeichneten Entscheidung (B. Schmidt, Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, 12. Aufl., § 95 Rn. 5 m.w.N.). Nicht maßgeblich ist dabei die rechtliche Begründung des Begehrens oder der gerichtlichen Entscheidung. Das Leistungsbegehren im damaligen Verfahren vor dem SG (S 4 KR 2079/14) war ein einheitlicher Streitgegenstand, unabhängig davon, ob es nur auf die Leistungsvorschriften der §§ 27, 39 SGB V gestützt wurde oder auch als weiteren Rechtsgrund auf die Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V. Entsprechendes gilt für die gerichtliche Entscheidung über dieses Begehren. Das SG entschied über dieses Begehren im Gerichtsbescheid vom 13. Oktober 2014 inhaltlich. Unabhängig von der herangezogenen Rechtsgrundlage ist damit ein Leistungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte aus dem Antrag vom 4. August 2013 – auch aufgrund einer Genehmigungsfiktion – rechtskräftig abgelehnt. Ein fingierter Bewilligungsbescheid aufgrund dieses Antrags kann somit der Ablehnung im Bescheid vom 28. Januar 2015 nicht entgegenstehen.

(2) Soweit die Klägerin ihr Leistungsbegehren im vorliegenden Verfahren nun (auch) auf eine fingierte Bewilligung des Antrags vom 4. August 2013 stützt, ist die Klage unzulässig.

(a) Insoweit liegt eine an § 153 Abs. 1 i.V.m. § 99 Abs. 1 SGG zu messende Klageänderung vor. Danach ist eine Änderung der Klage nur zulässig, wenn die übrigen Beteiligten einwilligen oder das Gericht die Änderung für sachdienlich hält. Die Voraussetzungen des § 99 Abs. 3 SGG liegen nicht vor. Danach ist es nicht als eine Änderung der Klage anzusehen, wenn ohne Änderung des Klagegrunds (1.) die tatsächlichen oder rechtlichen Ausführungen ergänzt oder berichtigt werden, (2.) der Klageantrag in der Hauptsache oder in Bezug auf Nebenforderungen erweitert oder beschränkt wird, (3.) statt der ursprünglich geforderten Leistung wegen einer später eingetretenen Veränderung eine andere Leistung verlangt wird.

Die Klägerin hat insoweit jedoch den Klagegrund geändert. Denn sie stützt ihr Begehren nunmehr auf einen anderen Lebenssachverhalt als zuvor. Ursprünglich wurde das Klagebegehren (allein) auf den Antrag vom 5. Januar 2015 und seine behauptete verspätete Ablehnung gestützt. Nur über den sich aus diesem Antrag ergebenden Anspruch hat auch das SG im vorliegend angefochtenen Urteil vom 17. Juni 2016 entschieden. Nunmehr stützt sich die Klägerin jedoch auf einen anderen Antrag, den vom 4. August 2013, und das diesem folgende Verwaltungsverfahren mit einer behaupteten verspäteten Ablehnung dieses Antrags. Der der behaupteten Genehmigungsfiktion zugrundeliegende Sachverhalt ist mithin ein anderer.

(b) Die Klageänderung ist zulässig, da sich die Beklagte, ohne der Änderung zu widersprechen, in einem Schriftsatz auf die abgeänderte Klage eingelassen hat (§§ 153 Abs. 1, 99 Abs. 2 SGG). So hat die Beklagte im Schriftsatz vom 6. November 2018 ausgeführt, sie gehe hinsichtlich des auf die Ablehnung des Antrags vom 4. August 2013 bezogenen Überprüfungsantrags vom 30. Oktober 2018 davon aus, dass das Gericht "über die im laufenden Verfahren zu klärende Rechtsfrage der Genehmigungsfiktion" entscheiden werde.

(c) Die geänderte Klage ist jedoch unzulässig. Die Rechtskraft des Gerichtsbescheids vom 13. Oktober 2014 im sozialgerichtlichen Verfahren S 4 KR 2079/14 steht aus oben genannten Gründen einer erneuten Entscheidung über Leistungsansprüche aus dem Antrag vom 4. August 2013 entgegen.

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

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG.

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. § 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2019-01-14