
S 17 KR 1152/17 WA

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 17 KR 1152/17 WA
Datum	13.11.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 830/17
Datum	27.11.2019

3. Instanz

Datum	18.08.2022
-------	------------

Die Berufung der Klāgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 13. November 2017 wird zur¼ckgewiesen. Au¼rgerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch im Berufungsrechtszug nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klāgerin begehrt hauptsāchlich die Erstattung von Kosten f¼r selbstbeschaffte Liposuktionen der Oberschenkel sowie eine Versorgung der Oberarme mit stationāren Liposuktionen.

Die am 00.00.1968 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klāgerin sprach am 14. September 2015 bei der Beklagten pers¼nlich vor und beantragte eine Kosten¼bernahme f¼r eine Liposuktion der Oberarme und Oberschenkel unter stationāren Bedingungen. In dem zur Begr¼ndung des Antrags Åberreichten Bericht des Herrn Dr. X., Oberarzt an der Klinik f¼r Plastische und Åsthetische Chirurgie am F-Krankenhaus, D., vom 10. September 2015 beschrieb dieser drittgradige Lip¼deme der oberen und unteren Extremitāten. Im Bereich dieser K¼rperareale seien deutliche Druckschmerzen

mit vermehrter Hämatom- und Schwellneigung sowie funktionelle Beeinträchtigungen im Alltag festzustellen. Durchgeführte Entstauungs- und Kompressionstherapien sowie eine Ernährungsberatung seien ebenso wie sportliche Übungen erfolglos geblieben. Es bestehe die Indikation zu einer wasserstrahlassistierten Liposuktion der Oberarme und Oberschenkel unter stationären Bedingungen, ggf. mit Straffungsnotwendigkeit.

Die Beklagte beauftragte unter dem 23. September 2015 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein mit der sozialmedizinischen Beurteilung des Sachverhalts. Hierüber unterrichtete sie ebenfalls unter dem 23. September 2015 die Klägerin schriftlich. Auf den Inhalt des mit einfachem Brief übermittelten Schreibens wird verwiesen.

Nach dem Inhalt eines Aktenvermerks sprach die Klägerin am 2. Oktober 2015 erneut bei der Beklagten persönlich vor und reichte weitere Unterlagen für den MDK ein. Diese Dokumente umfassten eine tabellarische Aufstellung der Beschwerden, diverse ärztliche Befundberichte, unterschiedliche Leistungsanträge der Klägerin sowie an Letztere adressierte Leistungsbewilligungen verschiedener Sozialleistungsträger. Die Beklagte reichte diese Unterlagen unter dem 7. Oktober 2015 an den MDK weiter.

In seinem nach Aktenlage erstatteten sozialmedizinischen Gutachten vom 6. Oktober 2015 verneinte Herr T., MDK Nordrhein, die Notwendigkeit für ambulant bzw. stationär durchzuführende Liposuktionen. Diese Maßnahmen seien nicht hinreichend erprobt. Außerdem sei die Klägerin nicht austherapiert, zumal sie seit etwa 2012 keine Heil- und Hilfsmittel zur Behandlung der geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Anspruch genommen habe. Es sei auch weder von einer lebensbedrohlichen Erkrankung noch von einem Systemversagen auszugehen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt des Gutachtens Bezug genommen.

Gestützt auf diese medizinische Beurteilung lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13. Oktober 2015 die Übernahme der Kosten für die geplante Liposuktion der Oberarme und Oberschenkel mit Straffungsoperationen ab. Bei der beantragten Maßnahme handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB), deren medizinische Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sei. Eine ambulante Durchführung der Liposuktion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sei ausgeschlossen, da die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht abschließend geprüft und positiv bewertet worden sei. Die Notwendigkeit zur Durchführung der Liposuktion im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung ergebe sich nicht allein daraus, dass die Maßnahme nicht ambulant abrechenbar sei. Das Lipödem sei als schmerzhafte Fettverteilungsstörung eine chronische Erkrankung, die mit konservativen Methoden nicht heilbar sei, aber auf ein erträgliches Maß gelindert werden könne. Insoweit ständen als Behandlungsoption eine manuelle Lymphdrainage sowie ein konsequentes Tragen von Kompressionsmitteln zur Verfügung. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt des Bescheides vom 13. Oktober 2015

Bezug genommen.

Gegen diesen Bescheid erhob die KlÄgerin am 3. November 2015 Widerspruch. Ihre behandelnden Ärzte bejahten die medizinische Indikation der beantragten Maßnahme. Auch in einem aktuellen Attest der Klinik für Plastische Chirurgie am St. J-Krankenhaus vom 29. Oktober 2015 werde die Notwendigkeit der Maßnahme nicht bestritten. Mittlerweile seien zuverlässige und wissenschaftlich nachprüfbare Belege für eine Behandlung mittels Liposuktion vorhanden. Es sei zwar zutreffend, dass die Behandlung mittels Liposuktion noch nicht in den Heilmittelkatalog aufgenommen worden sei; allerdings habe der G-BA am 22. Mai 2014 die Einleitung eines Beratungsverfahrens hinsichtlich der Bewertung der Liposuktion bei Lipödemem gemäß [Â§ 135 Abs. 1](#) und [Â§ 137c](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) beschlossen.

Nach Auswertung einer ergänzenden Stellungnahme des Herrn T. und einer erneuten sozialmedizinischen Bewertung des Sachverhalts durch den MDK (Gutachten Dr. N. vom 16. Februar 2016) wies die Beklagte den Widerspruch der KlÄgerin unter Vertiefung der Ausführungen des Ausgangsbescheides als unbegründet zurück. Auf den Inhalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Oktober 2016 wird verwiesen.

Mit der am 24. Oktober 2016 zum Sozialgericht (SG) Duisburg erhobenen Klage hat die KlÄgerin ihr Begehren weiterverfolgt. Sie hat ihr vorprozessuales Vorbringen wiederholt und den Versorgungsanspruch ergänzend auf [Â§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) gestützt. Der Leistungsantrag habe spätestens mit Ablauf des 5. Oktober 2015 als genehmigt gegolten, da nach Antragstellung vom 14. September 2015 mehr als drei Wochen vergangen seien. Sie sei nicht ordnungsgemäß über die Beteiligung des MDK informiert worden. Die Information müsse unter Darlegung hinreichender Gründe schriftlich erfolgen. Hierbei müsse auch die jeweils nicht einzuhaltende Frist taggenau benannt werden. Nach dem Willen des Gesetzgebers sei der Leistungsberechtigte über die konkrete Frist zu informieren, damit dieser wisse, ob die Drei-Wochen-Frist oder die Fünf-Wochen-Frist maßgeblich sei (Verweis auf [BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Die Krankenkasse müsse demnach zur Vermeidung des Eintritts der Genehmigungsfiktion die hinreichenden Gründe mit der geänderten taggenauen Prognose mitteilen (Verweis auf BSG, Urteil vom 8. März 2016 – [B 1 KR 25/15 R](#) -). Das Schreiben vom 23. September 2015 wahre diese Voraussetzungen nicht.

Die KlÄgerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, unter Aufhebung des Bescheides vom 13. Oktober 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Oktober 2015 zu ihren Gunsten die Kosten der geplanten Liposuktion der Oberarme und Oberschenkel mit Straffungsoperation im stationären Umfeld als Sachleistung zu übernehmen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zur Begründung auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides verwiesen. Auch die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion seien aufgrund der am 23. September 2015 erteilten Mitteilung über die Beteiligung des MDK nicht gegeben. Angesichts der Information über die Beteiligung des MDK sei die fünf-Wochen-Frist maßgeblich, die die Beklagte auch gewahrt habe.

Mit Urteil vom 13. November 2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihr am 23. November 2017 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21. Dezember 2017 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen eingelegt. Der Auffassung des SG könne insbesondere hinsichtlich der zum 16. Juli 2015 geänderten Neufassung des [§ 137c Abs. 3 SGB V](#) nicht gefolgt werden. Der Gesetzgeber habe mit der Neufassung dieser Vorschrift zum Ausdruck gebracht, dass bei einer stationären Behandlung bereits das Potenzial der Heilbehandlungsalternative für eine Feststellung des Qualitätsgebotes ausreichend sei. Demzufolge dürfe eine Behandlungsmethode, zu denen der G-BA noch keine Entscheidung nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) getroffen habe, im Rahmen einer Krankenbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative biete und die Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt sei (Verweis auf SG Hamburg, Urteil vom 4. September 2015 – [S 33 KR 822/13](#) -). Es sei also keine vollumfängliche allgemeine Nutzenprüfung am Maßstab des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) zu verlangen. Es handele sich insoweit um eine Konkretisierung des allgemeinen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots (Verweis auf [BT-Drucks. 18/4095, S. 121](#)). Ein Behandlungspotenzial liege nach der Vorstellung des Gesetzgebers vor, wenn die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips oder bisher gewonnener Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden sei, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden könnten oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen könne. Diese Voraussetzungen seien im vorliegenden Fall gegeben. Bei der Liposuktion handele es sich ausweislich der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie sowie der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie zur Liposuktion um eine anerkannte Behandlungsmethode (Verweis auf Hessisches LSG, Urteil vom 5. Februar 2013 – [L 1 KR 391/12](#) -). Konservative Behandlungsformen stellten im Gegensatz zur Liposuktion keine wirksame Behandlungsoption dar. Des Weiteren zielten diese Maßnahmen nicht auf den Rückgang des Adipos (Verweis auf SG Koblenz, Urteil vom 7. Dezember 2012 – [S 5 KR 381/11](#) -).

Mit der Einführung des [§ 137c Abs. 3 SGB V](#) habe der Gesetzgeber eine Korrektur der Rechtsprechung bezweckt, weil diese seiner Ansicht nach in einem Wertungswiderspruch zu dem in [§ 137c SGB V](#) zum Ausdruck kommenden Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt gestanden habe (Verweis auf [BT-Drucks. 18/4095, S. 121](#)). Diese Beurteilung werde auch dadurch unterstrichen, dass der Gesetzgeber zwischenzeitlich eine Änderung des [§ 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) beabsichtige. Hierzu verweist die Klägerin auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Implantateregister-

Errichtungsgesetz nebst BegrÄ¼ndung ([BT-Drucks. 19/13589](#)).

Zudem folge ein Anspruch aus [Ä§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Im Rahmen der mÄ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG habe sie bekundet, sich nicht mehr daran erinnern zu kÄ¶nnen, zu welchem Zeitpunkt sie das Schreiben vom 23. September 2015 erhalten habe. Die Beklagte habe das Datum der Absendung bzw. das konkrete Zugangsdatum nicht benennen kÄ¶nnen. Soweit das SG gleichwohl von einem rechtzeitigen Zugang ausgegangen sei und diese Annahme darauf gestÄ¼tzt habe, dass die Beklagte interne Bearbeitungsfristen gesetzt habe, weshalb davon auszugehen sei, dass die schriftliche Information Ä¼ber die Beteiligung des MDK zeitnah von der Beklagten auf den Postweg gebracht worden seien, Ä¼berzeuge dies nicht. Die Beklagte habe den Tag der Aufgabe von SchriftstÄ¼cken nicht ordnungsgemÄ¶ in den SchriftstÄ¼cken vermerkt. Nach den GrundsÄ¼tzen der objektiven Beweislast treffe denjenigen die Feststellungslast, der aus der Behauptung ein Recht ableite. Dieses gelte auch hinsichtlich des Zeitpunkts des Zugangs von SchriftstÄ¼cken.

Die KlÄ¶gerin hat im Rahmen einer vom 26. bis zum 28. April 2018 im F-Krankenhaus D. durchgefÄ¼hrten stationÄ¶ren Behandlung eine Liposuktion beider Oberschenkel (vorne, innen) durchfÄ¼hren lassen. Im Zuge einer weiteren, ebenfalls von der KlÄ¶gerin auf eigene Initiative veranlassten und am 10. Oktober 2018 stationÄ¶r durchgefÄ¼hrten Liposuktion erfolgte eine Behandlung des hinteren Bereichs der Oberschenkel. FÄ¼r diese MaÄ¶nahmen habe sie insgesamt 9.281,00 EUR aufgewendet.

Im Termin zur mÄ¼ndlichen Verhandlung hat die KlÄ¶gerin auf Befragung durch den Senat die ihr entstandenen Kosten fÄ¼r die durchgefÄ¼hrten Liposuktionen mit jeweils 4.265,30 EUR beziffert. Zudem habe sie Kosten fÄ¼r AnÄ¶sthesieleistungen in HÄ¶he von 378,41 EUR fÄ¼r die erste Liposuktion sowie in HÄ¶he von 371,99 EUR fÄ¼r die zweite Behandlung beglichen. Zum Nachweis hat die KlÄ¶gerin Behandlungs- und HonorarvertrÄ¶ge zu den Gerichtsakten gereicht, auf deren Inhalt Bezug genommen wird. Gesonderte Rechnungen fÄ¼r die erbrachten Liposuktionen seien ihr nicht gestellt worden. Sie habe lediglich Rechnungen fÄ¼r die von der Klinik fÄ¼r AnÄ¶sthesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des F-Krankenhauses erbrachten Leistungen erhalten. Insoweit wird wegen der Einzelheiten auf den Inhalt der Rechnungen der PVS vom 7. Mai 2018 sowie vom 23. Oktober 2018 verwiesen.

Die KlÄ¶gerin hat in der mÄ¼ndlichen Verhandlung klargestellt, dass sie eine Teilnahme an der Erprobung nach der Richtlinie zur Erprobung der Liposuktion beim LipÄ¶dem (Beschluss des G-BA vom 18. Januar 2018) nicht begehrt.

Die KlÄ¶gerin beantragt nunmehr,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 13. November 2017 zu Ä¶ndern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 13. Oktober 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Oktober 2016 zu verurteilen, ihr die Kosten der selbstbeschafften Liposuktionen der Oberschenkel in HÄ¶he von 9.281,00 EUR zu

erstatten und sie mit stationären Liposuktionen der Oberarme zu versorgen,
hilfsweise,

nach [Â§ 109 SGG](#) Frau Dr. med. K. M., zu laden über das F-Krankenhaus, K-
StraÙe in D., zu der gerichtlichen Beweisanordnung vom 26. März 2018
gutachtlich zu hören.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung. Der Klägerin stehe aus
Rechtsgründen weder eine Kostenerstattung noch eine Versorgung mit
Liposuktionen zu. Das BSG habe bestätigt, dass eine stationär durchzuführende
Liposuktion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beansprucht
werden könne, da eine solche nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots
entspreche (Verweis auf Urteile vom 24. April 2018 â [B 1 KR 22/17 R](#) â u.a.).
Nach Wortlaut und Regelungssystem senke [Â§ 137c Abs. 3 SGB V](#) nicht die
Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung auf
Methoden mit dem bloÙen Potenzial einer Behandlungsalternative. Nach dem
Gutachten â Liposuktion bei Lipödem und Lymphödem â der
Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 7 vom 15. Januar 2015 sei auf Basis der
aktuellen Datenlage â unabhängig von einer ggf. im Einzelfall zu führenden
Diskussion, ob eine Krankheit im Sinne des SGB V vorliege â eine Leistungspflicht
der gesetzlichen Krankenversicherung zu verneinen. Selbst wenn im Einzelfall ein
Krankheitszustand gegeben sei, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen
Mittel eines Krankenhauses (geschultes Pflegepersonal, apparative
Mindestausstattung, intensive Behandlung durch rufbereite Ärzte) erforderlich
mache, scheidet eine stationäre Liposuktion aus.

Im ambulanten Bereich sei die Liposuktion keine zugelassene
Behandlungsmethode. Insoweit scheidet ein Leistungsanspruch aus, solange der G-
BA in den Richtlinien nach [Â§ 92 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) keine positive Empfehlung
abgegeben habe (Verweis auf BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 â [B 1 KR 11/08
R](#) -). Hieran ändere auch der Beschluss des G-BA vom 20. Juli 2017 nichts.

Der Senat hat von Amts wegen Beweis erhoben durch Einholung eines
Sachverständigengutachtens der Fachärztin für Chirurgie Dr. E. Wegen des
weiteren Ergebnisses wird auf den Inhalt des Sachverständigengutachtens Bezug
genommen.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Äbrigen wird Bezug genommen auf den
Inhalt der Gerichtsakten; die Sitzungsniederschrift und den Inhalt der beigezogenen
Verwaltungsvorgänge der Beklagten. Dieser ist Gegenstand der mündlichen
Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des SG Duisburg vom 13. November 2017 ist zulÄssig, aber nicht begrÄndet.

I. Die am 21. Dezember 2017 bei dem LSG Nordrhein-Westfalen schriftlich eingelegte Berufung der KlÄgerin gegen das ihr am 23. November 2017 zugestellte Urteil ist zulÄssig, insbesondere gemÄÄ [Ä§Ä§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne gerichtliche Zulassung statthaft sowie form- und fristgerecht erhoben worden ([Ä§Ä§ 151 Abs. 1, Abs. 3, 64 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, 63 SGG](#)).

II. Die Berufung der KlÄgerin ist jedoch nicht begrÄndet. Soweit die KlÄgerin die ursprÄnglich auf eine Versorgung mit Liposuktionen gerichtete Klage teilweise zugunsten einer Kostenerstattung geÄndert hat, ist diese Umstellung prozessual wirksam (hierzu 1.). Die Klage ist zulÄssig (hierzu 2.), aber nicht begrÄndet (hierzu 3.).

1. Die im Berufungsverfahren erfolgte Umstellung des ursprÄnglich auf eine Versorgung der Oberschenkel mit Liposuktionen als Sachleistung gerichteten Klageantrags zugunsten einer Kostenerstattung ist aufgrund des insoweit gleichgebliebenem Klagegrundes gemÄÄ [Ä§Ä§ 153 Abs. 1, 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#) fiktiv nicht als KlageÄnderung anzusehen und nicht den Vorgaben des [Ä§ 99 Abs. 1 SGG](#) unterworfen (BSG, Urteil vom 26. Februar 2019 â [B 1 KR 24/18 R](#) â juris).

2. Die auf die Aufhebung des Versagungsbescheides vom 13. Oktober 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Oktober 2016 und die Versorgung der Oberarme mit Liposuktionen als Regelversorgung gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([Ä§ 54 Abs. 1 Satz 1 Altern. 1, Abs. 4 SGG](#)) statthaft. Sie ist auch im Äbrigen zulÄssig, insbesondere fristgerecht am 25. Oktober 2016 binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides vom 6. Oktober 2016 erhoben worden ([Ä§ 87 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2; Ä§ 90; Ä§ 78 Abs. 1 Satz 1; Ä§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGG](#)).

Ebenso ist fÄr das auf die Kostenerstattung fÄr selbstbeschaffte Liposuktionen der Oberschenkel wegen rechtswidriger Ablehnung des Versorgungsanspruchs gerichtete Begehren die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage statthaft (BSG, Urteil vom 24. April 2018 â [B 1 KR 10/17 R](#) -). Nur soweit der Erstattungsanspruch auf den Eintritt einer fingierten Genehmigung des Antrags nach [Ä§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) gestÄtzt wird, ist die Leistungsklage hinreichend (BSG, Urteil vom 26. Februar 2019 â [B 1 KR 33/17 R](#) â juris).

3. Die Klage ist jedoch nicht begrÄndet. Die KlÄgerin kann von der Beklagten weder eine Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Liposuktionen der Oberschenkel (hierzu a)), noch von dieser eine Versorgung mit stationÄr durchzufÄhrenden Liposuktionen der Oberarme beanspruchen (hierzu b)). Dem in der mÄndlichen Verhandlung hilfsweise gestellten Antrag, Frau Dr. M., D., gemÄÄ [Ä§ 109 SGG](#) zu der gerichtlichen Beweisanordnung vom 26. MÄrz 2018 gutachterlich zu hÄren, musste der Senat nicht nachkommen (hierzu c)).

a) Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte Liposuktionen der Oberschenkel in Höhe von 9.281,00 EUR nicht zu.

aa) Ein Zahlungsanspruch folgt zunächst nicht aus [Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) (in der seit dem 26. Februar 2013 geltenden Fassung des Art. 2 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (PatRVerbG) vom 20. Februar 2013, [BGBl. I 277](#)). Nach [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zuzüglich, 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 (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu informieren (Satz 2). Kann die Beklagte Fristen u.a. 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). Die hiernach für eine Kostenerstattung erforderlichen Voraussetzungen sind nicht erfüllt, da die Beklagte den am 14. September 2015 gestellten Antrag jedenfalls fristgerecht beschieden hat.

(1) Die Bescheidungsfrist begann am 15. September 2015, dem Tag nach wirksamer Antragstellung bei der Beklagten ([Â§ 26 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) i.V.m. [Â§ 187 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#)).

(2) Die demnach am 5. Oktober 2015 abgelaufene Drei-Wochen-Frist nach [Â§ 13 Abs. 3a Satz 1 Fall 1 SGB V](#) ([Â§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [Â§ 188 Abs. 2 BGB](#)) war im Zeitpunkt der Bescheidung des Antrags am dem Tag der Bekanntgabe des Bescheides vom 13. Oktober 2015 zwar verstrichen. Dies ist indes unschädlich, weil die Beklagte berechtigt war, den Antrag vom 14. September 2015 innerhalb von fünf Wochen zu bescheiden ([Â§ 13 Abs. 3a Satz 1 Fall 2 SGB V](#)). Diese Bescheidungsfrist hat die Beklagte gewahrt.

(a) Wird am wie im vorliegenden Fall am zur Entscheidung über den Leistungsantrag eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt, hat die Krankenkasse diese unverzüglich einzuholen und den Leistungsberechtigten innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang hierüber zu informieren ([Â§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Maßgeblich ist am wie im Fall der Entscheidung durch einen bekanntzugebenden Verwaltungsakt am der Zeitpunkt der Bekanntgabe gegenüber dem Antragsteller, nicht jener der behördlichen Entscheidung über die Information (vgl. [Â§ 39, 37 SGB X](#); ständige Rspr. des BSG; statt vieler BSG, Urteil vom 26. Februar 2019 am [B 1 KR 21/17 R](#) am mit umfangreichen weiteren Nachweisen). Ohne die Information über die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme können Leistungsberechtigte nach drei Wochen annehmen, dass ihr Antrag nicht fristgerecht beschieden wurde und daher als genehmigt gilt (BSG, Urteil vom 26. Februar 2019 am [B 1 KR 21/17 R](#) am unter

Hinweis auf [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr. 33, Rn. 28).

Zur Ãberzeugung des Senats steht fest, dass die unter dem 23. September 2015 gefertigte Mitteilung der Beklagten nach [Â§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) Ãber die Beteiligung des MDK der KlÃgerin innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang bekanntgegeben wurde.

(aa) Dass ihr die Mitteilung nach [Â§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) Ãberhaupt zugeing, bestreitet die KlÃgerin nicht (vgl. zu dem Fall des Bestreitens des Zugangs eines SchriftstÃcks an sich vgl. etwa BSG, Urteil vom 26. Juli 2007 â□□ [B 13 R 4/06 R](#) â□□ [SozR 4-2600 Â§ 115 Nr. 2](#); Verwaltungsgerichtshof (VGH) Mannheim, Urteil vom 18. Oktober 2017 â□□ [2 S 114/17](#) â□□ juris; VGH Mannheim, Urteil vom 5. November 2018 â□□ [12 S 509/18](#) â□□ juris). Sie hat in der mÃndlichen Verhandlung vor dem SG vielmehr ausdrÃcklich bekundet, das Schreiben erhalten zu haben. Zugleich hat sie erklÃrt, lediglich nicht mehr beantworten zu kÃnnen, zu welchem Zeitpunkt die Mitteilung sie erreicht habe.

(bb) Der Senat hat keine Zweifel (vgl. [Â§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB X](#)), dass die Information der KlÃgerin noch vor Ablauf der am 5. Oktober 2015 abgelaufenen dreiwÃchigen Frist des [Â§ 13 Abs. 3a Satz 1 Fall 1 SGB V](#) zugeing. HierfÃr spricht maÃgeblich, dass die KlÃgerin vor Fristablauf, nÃmlich am 2. Oktober 2015, die Beklagte aufgesucht und im Rahmen eines persÃnlichen BeratungsgesprÃchs verschiedene Unterlagen Ãberreicht hat. Die Ãbergabe der aus dem persÃnlichen Herrschaftsbereich der KlÃgerin herrÃhrenden medizinischen Dokumente und Leistungsbewilligungen verschiedener SozialleistungstrÃger erfolgte bei lebensnaher WÃrdigung auf die der KlÃgerin zuvor erteilte Information Ãber die Beteiligung des MDK. Sie diene ersichtlich dem Ziel, die medizinischen Entscheidungsgrundlagen des MDK bei der Beurteilung des Sachverhalts zu ergÃnzen. Dem entsprechend ist in der Kontaktnotiz der beigezogenen VerwaltungsvorgÃnge der Beklagten vermerkt, dass die KlÃgerin â□□ weitere Unterlagen fÃr den MDK â□□ Ãberreicht habe. Ein anderes plausibles Motiv ist fÃr den Senat weder ersichtlich noch von der KlÃgerin aufgezeigt worden. Zu Letzterem hÃtte spÃtestens Anlass bestanden, nachdem der Senat im vorbereitenden Verfahren bereits darauf hingewiesen hatte, von einem fristgerechten Zugang der Mitteilung nach [Â§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#) auszugehen (Hinweis vom 24. September 2018).

(b) Die damit maÃgebliche Bescheidungsfrist von fÃnf Wochen ([Â§ 13 Abs. 3a Satz 1 Fall 2 SGB V](#)) hat die Beklagte gewahrt. Diese Frist endete am 19. Oktober 2015 ([Â§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [Â§ 188 Abs. 2 BGB](#)) und damit erst nach Bekanntgabe des Verwaltungsakts vom 13. Oktober 2015.

b) Die KlÃgerin kann eine Erstattung ihrer Aufwendungen fÃr die Liposuktionen der Oberschenkel auch nicht nach [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) beanspruchen.

Nach dieser Vorschrift hat eine Krankenkasse, die eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, dem Versicherten die dadurch entstanden Kosten fÃr die selbstbeschaffte Leistung,

soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nach [Â§ 15 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch \(SGB IX\)](#) erstattet ([Â§ 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)).

Die Voraussetzungen dieser Anspruchsgrundlage sind nicht erfüllt, da die Beklagte die „unaufschiebbar“ nicht im Sinne des [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 1 SGB V](#) „unaufschiebbar“ (vgl. zur Unaufschiebbarkeit einer Leistung u.a. BSG, Urteil vom 25. September 2000 – [B 1 KR 5/99 R](#) – [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 22](#)) – Versorgung mit stationären Liposuktionen der Oberschenkel nicht zu Unrecht abgelehnt hat. Die Frage, ob eine begehrte Leistung im Sinne des [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 1 SGB V](#) zu Unrecht abgelehnt wurde, richtet sich nach dem für den jeweiligen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften, für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mithin nach dem SGB V (BSG, Urteil vom 18. Mai 2011 – [B 3 KR 12/10 R](#) – juris).

Die Klägerin hatte keinen Anspruch auf Versorgung mit stationären durchzuführenden Liposuktionen der Oberschenkel gemäß [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [Â§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#).

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

(1) Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenbehandlung nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [Â§ 2 Abs. 1](#) und [Â§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [Â§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der G-BA in Richtlinien nach [Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [Â§ 92 Abs. 1 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [Â§ 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 zu Lasten 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 (z.B. BSG, Urteil vom 7. November 2006 – [B 1 KR 24/06 R](#); Urteil vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) – [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr. 19](#), jeweils m.w.N.; Senat, Urteil vom 12. Juli 2017 – [L 11 KR 28/16](#) –). „Ärztliche Behandlungsmethoden“ im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. „Neu“ ist eine Methode, wenn sie wie hier die Liposuktion zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im

Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist (vgl. BSG, Urteil vom 27. September 2005 – [B 1 KR 28/03 R](#) – juris; BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) – a.a.O.). Als nicht vom G-BA empfohlene neue Methode ist die ambulante Fettabsaugung bei Lipödem mithin grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Hinsichtlich der von der Klägerin beehrten Versorgung der Oberschenkel mit Liposuktionen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung gilt nichts anderes. Der nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) folgende Anspruch Versicherter auf stationäre Krankenhausbehandlung unterliegt nach Wortlaut, Regelungssystem und Regelungszweck gleichermaßen den sich aus dem Qualitätsgebot ergebenden Einschränkungen (hierzu umfassend BSG, Urteil vom 24. April 2018 – [B 1 KR 13/16 R](#) – SozR 4-2500 § 137e Nr. 1; BSG, Urteil vom 28. Mai 2019 – [B 1 KR 32/18 R](#) -).

Eine Absenkung der Qualitätsanforderungen für die stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative ergibt sich nicht aus [§ 137c Abs. 3 SGB V](#) (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 64 Buchst. b GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG); umfassend hierzu jüngst BSG, Urteil vom 24. April 2018 – [B 1 KR 13/16 R](#) -; BSG, Urteil vom 28. Mai 2019 – [B 1 KR 32/18 R](#) -).

(a) Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) umfasst die Krankenbehandlung auch die Krankenhausbehandlung. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind ([§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); BSG, Urteil vom 24. April 2018 – [B 1 KR 13/16 R](#) -).

Krankenhausbehandlung ist im Sinne von [§ 39 SGB V](#) erforderlich, wenn die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und notwendig ist (st. Rspr., BSG, Urteil vom 24. April 2018 – [B 1 KR 13/16 R](#) – m.w.N.). Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenhausbehandlung unterliegt nach dem Gesetzeswortlaut und dem Regelungssystem wie jeder Anspruch auf Krankenbehandlung grundsätzlich den sich aus dem Qualitäts- und dem Wirtschaftlichkeitsgebot ergebenden Einschränkungen (vgl. [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Er umfasst in diesem Rahmen nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (BSG, Urteil vom 24. April 2018 – [B 1 KR 13/16 R](#) – m.w.N.; Hauck, NZS 2007, 461, 466 ff.). Ausnahmen vom Qualitätsgebot bestehen im Rahmen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung – sei es verfassungsunmittelbar oder

nach [Â§ 2 Abs. 1a SGB V](#) und bei Seltenheitsfällen (st. Rspr., BSG, Urteil vom 24. April 2018 [B 1 KR 13/16 R](#) m.w.N.) mit Auswirkungen sowohl für den Leistungsanspruch der Versicherten als auch für die Rechte und Pflichten der Leistungserbringer als auch der Krankenkassen.

Das SGB V sichert auch im Recht der Leistungserbringung in seinem Vierten Kapitel die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern die Beachtung des Qualitätsgebots. So haben die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (vgl. [Â§ 70 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V). Die Pflicht des zugelassenen Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([Â§ 39 SGB V](#)) der Versicherten richtet sich hieran aus (vgl. [Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#); BSG, Urteil vom 24. April 2018 [B 1 KR 13/16 R](#) -).

Gleiches gilt nach der Rechtsprechung des BSG auch für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im Krankenhaus (umfassend hierzu BSG, Urteil vom 24. April 2018 [B 1 KR 13/16 R](#) -; BSG, Urteil vom 28. Mai 2019 [B 1 KR 32/18 R](#) -).

Die Anforderungen des Qualitätsgebots werden gewahrt, wenn die groÙe 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 (BSG, Urteil vom 24. April 2018 [B 1 KR 13/16 R](#) -). Dieses setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der Methode die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu wärdigen 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 (st. Rspr., BSG, Urteil vom 24. April 2018 [B 1 KR 13/16 R](#) m.w.N.).

Die von der Klägerin begehrten Liposuktionen erfüllten auch unter stationären Bedingungen diese Voraussetzungen nicht. Nach dem Gutachten der Liposuktion bei Lip- und Lymphedemen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des MDK vom 6. Oktober 2011 nebst seiner Aktualisierung vom 15. Januar 2015 (abrufbar unter www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/gutachten-nutzenbewertungen.html dort Gutachten Liposuktion bei Lip- und Lymphedemen) gewährleistet diese Versorgungsform die in [Â§ 2](#) und [12 SGB V](#) geforderten Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht. Aus diesem Grund kann eine Liposuktion auch unter stationären Bedingungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden (BSG, Urteil vom 24. April 2018 [B 1 KR 13/16 R](#) -).

Dies entspricht auch der Beurteilung des G-BA in den â€œTragenden GrÃ¼nden zum Beschluss des G-BA Ã¼ber eine Ã„nderung der Richtlinie â€œMethoden Krankenhausbehandlung: Liposuktion bei LipÃ¶dem vom 20.07.2017â€œ (BAnz AT 17. Oktober 2017 B3), wo die Voraussetzungen fÃ¼r einen hinreichenden Nutzenbeleg der Liposuktion bei LipÃ¶dem nicht als nicht erfÃ¼llt angesehen werden (zur MÃ¶glichkeit, Erkenntnisse auf BeschlÃ¼sse des GBA zu stÃ¼tzen: [BSGE 101, 177](#) = [SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 6](#), Rn. 50).

(b) Auch die Voraussetzungen einer grundrechtsorientierten Leistungsauslegung im Sinne des [Â§ 2 Abs. 1a SGB V](#) liegen nicht vor, weil ein LipÃ¶dem weder eine lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ã¶ig tÃ¶dliche noch eine hiermit wertungsmÃ¤Ã¶ig vergleichbare Erkrankung ist (BSG, Urteil vom 24. April 2018 â€œ [B 1 KR 10/17 R](#) -; BSG, Urteil vom 28. Mai 2019 â€œ [B 1 KR 32/18 R](#) -).

(c) Aufgrund des aus den vorstehenden GrÃ¼nden aus RechtsgrÃ¼nden bereits zu verneinenden Erstattungsanspruchs kann der Senat offen lassen, inwieweit ein Anspruch der KlÃ¤gerin auf Kostenerstattung auch deshalb ausscheidet, weil es an einer ordnungsgemÃ¤Ã¶en, eine FÃ¤lligkeit der VergÃ¼tung begrÃ¼ndenden Rechnung fehlt. DiesbezÃ¼glich bestehenden deshalb Bedenken, weil die KlÃ¤gerin hinsichtlich der durchgefÃ¼hrten Liposuktionen zwar Behandlungs- und HonorarvertrÃ¤ge zu den Gerichtsakten reichen konnte; zugleich aber auch bekundet hat, dass ihr insoweit gesonderte Rechnungen nicht gestellt worden seien.

b) Die KlÃ¤gerin kann auch eine Versorgung mit stationÃ¤r durchzufÃ¼hrenden Liposuktionen der Oberarme nicht beanspruchen. Ein primÃ¤rrechtlicher Anspruch gemÃ¤Ã¶ [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [Â§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gegenÃ¼ber der Beklagten besteht aus den vorstehenden AusfÃ¼hrungen nicht.

Soweit die KlÃ¤gerin auf die Beschlussempfehlung des Deutschen Bundestages zu einer beabsichtigten Ã„nderung des [Â§ 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) verweist, kraft derer nach den WÃ¶rtern â€œdarf im Rahmen der Krankenbehandlung angewandtâ€œ die WÃ¶rter â€œund von den Versicherten beanspruchtâ€œ eingefÃ¼gt werden soll, ergibt sich hieraus nichts anderes. In dem fÃ¼r die Entscheidung Ã¼ber den im vorliegenden Verfahren verfolgten Anspruch auf Versorgung der Oberarme mit Liposuktionen maÃ¶geblichen Beurteilungszeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung ist die Ã„nderung des [Â§ 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) noch nicht in Kraft getreten. So ist bisher weder eine Schlussabstimmung des Bundestages erfolgt, noch ist das Abschlussverfahren der Gesetzgebung ([Art. 82 Abs. 1 Satz 1](#) Grundgesetz) durchlaufen. Aus diesem Grund lÃ¤sst der Senat ausdrÃ¼cklich offen, welchen rechtlichen Aussagegehalt der beabsichtigten Ã„nderung des [Â§ 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) Ã¼berhaupt beizumessen ist.

Soweit die KlÃ¤gerin meint, die Vorschrift des [Â§ 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sei aufgrund der Verlautbarungen in der [BT-Drucks. 19/13589](#) auch in ihrer bisherigen Fassung bereits dahingehend auszulegen, dass Versicherte im Rahmen einer Krankenhausbehandlung die Versorgung mit Methoden beanspruchen kÃ¶nnen, die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, ist dem nicht zu

folgen. Zwar lautet die Beschlussempfehlung dahingehend, dass es sich bei der beabsichtigten Erganzung des [ 137c Abs. 3 SGB V](#) um eine Klarstellung handle, weil in der Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts ein solcher Anspruch bisher entgegen der Intention des Gesetzgebers negiert wird. Allerdings sind Gesetzgebungsmaterialien nur mit Vorsicht, nur untersttzend und insgesamt nur insofern heranzuziehen, als sie auf einen objektiven Gesetzesinhalt schlieen lassen und im Gesetzeswortlaut einen Niederschlag gefunden haben (BSG, Urteil vom 28. Mai 2019  [B 1 KR 32/18 R](#)  mit umfangreichen weiteren Nachweisen). Einen entsprechenden Niederschlag hat die in der o.g. BT-Drucksache angedeutete Rechtsauffassung in dem im Zeitpunkt der mndlichen Verhandlung des Senats mageblichen Fassung des [ 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht gefunden.

c) Dem in der mndlichen Verhandlung hilfsweise gestellten Antrag, Frau Dr. med. K.M., Chefrztin der Klinik fr Plastische Chirurgie des F-Krankenhauses D., zu der gerichtlichen Beweisanordnung vom 26. Mrz 2018 gutachtlich zu hren, musste der Senat nicht nachkommen.

Nach [ 109 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) muss auf Antrag des Versicherten ein bestimmter Arzt gutachterlich gehrt werden. Die Anhrung kann davon abhngig gemacht werden, dass der Antragsteller die Kosten vorschiet und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Gerichts endgltig trgt ([ 109 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Das Gericht kann einen Antrag ablehnen, wenn durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits verzgert werden wrde und der Antrag nach der freien berzeugung des Gerichts in der Absicht, das Verfahren zu verschleppen, oder aus grober Nachlssigkeit nicht frher vorgebracht worden ist ([ 109 Abs. 2 SGG](#)).

Auf die in der Beweisanordnung vom 26. Mrz 2018 gestellten Beweisfragen kommt es zur Entscheidung ber die im vorliegenden Rechtsstreit erheblichen Fragen aufgrund der zwischenzeitlich ergangenen hchstrichterlichen Entscheidungen des BSG (Urteil vom 24. April 2018  [B 1 KR 13/16 R](#) -; BSG, Urteil vom 28. Mai 2019  [B 1 KR 32/18 R](#) -) nicht an.

Die Feststellungen der von Amts wegen gehrten Frau Dr. E. (Gutachten vom 7. Juni 2019) sind fr den Senat aus diesem Grund nicht entscheidungserheblich. Dieses gilt auch fr die von dem Senat eingeholte ergnzende Stellungnahme der Sachverstndigen vom 26. November 2019, nachdem die Klgerin im Termin zur mndlichen Verhandlung ausdrcklich erklrt hat, dass sie wegen des Vorliegens der Ausschlusskriterien eine Erprobung nach der Richtlinie zur Erprobung der Liposuktion beim Lipdem (Beschluss des G-BA vom 18. Januar 2018) nicht begehrt.

Die Kostenentscheidung folgt [ 183, 193 SGG](#).

Grnde im Sinne des [ 160 Abs. 2 SGG](#) zur Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Erstellt am: 15.06.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024