S 23 KR 1429/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren -

Leitsätze -Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 23 KR 1429/18

Datum 29.03.2019

2. Instanz

Aktenzeichen L 5 KR 345/19 Datum 19.01.2023

3. Instanz

Datum -

Die Berufung der KlĤgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts KĶln vom 29.03.2019 wird zurļckgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch im Berufungsverfahren auà ergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Â

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Versorgung der KlĤgerin mit einer stationĤren Liposuktionsbehandlung der Beine im Streit.

Die am 00.00.0000 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. In der Vergangenheit wurden bei der Klägerin stationäre Aspirationslipektomien an beiden Unter- und Oberschenkeln (2002 bis 2004) und an den Armen (2006, 2009) sowie eine Lymphosuktion an beiden Ober- und Unterschenkeln (2011)

durchgeführt. Einen Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme für eine erneute stationäre Aspirationslipektomie (Liposuktion) lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 19.07.2011, Widerspruchsbescheid vom 08.08.2012); eine insoweit bei dem Sozialgericht Köln erhobene Klage (S 34 KR 677/12) nahm die Klägerin zurück (Sitzungsniederschrift vom 11.03.2014). Einen weiteren Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme für eine ambulante Aspirationslipektomie beider Oberschenkel und Oberarme sowie Oberarmhautstraffung lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 30.07.2014, Widerspruchsbescheid vom 02.12.2014). Eine insoweit vor dem Sozialgericht Köln erhobene Klage (S 34 KR 1019/14) wies das Sozialgericht ab (Gerichtsbescheid vom 23.05.2015). Eine hiergegen bei dem Landessozialgericht C.-Westfalen erhobene Berufung (LÂ 16 KR 465/16) endete durch gerichtlichen Vergleich vom 01.06.2017 (Sitzungsniederschrift vom 01.06.2017):

â∏<u>Vergleich</u>:

- 1. Die Beklagte wird überprüfen, ob die Klägerin Anspruch auf eine stationäre Behandlung ihrer Erkrankung mittels Liposuktion erhalten kann.
- 2. Die auA

 ergerichtlichen Kosten des Verfahrens werden gegeneinander aufgehoben.
- 3. Die Beteiligten erklären den Rechtsstreit damit in vollem Umfang fÃ⅓r erledigt.â∏

Nach Zustellung der Sitzungsniederschrift vom 01.06.2017 (am 08.06.2017) beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung C. (MDK) mit der Begutachtung, ob eine Liposuktion im Rahmen einer stationĤren Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sozialmedizinisch indiziert sei (Schreiben vom 29.06.2017). Mit sozialmedizinischem Gutachten nach Aktenlage vom 03.08.2017 gelangte der MDK (Dr. F.) zu der EinschĤtzung, dass sowohl ein LipĶdem als auch eine Adipositas per magna bei der KlĤgerin vorlĤgen. Es seien keine validen Studien bekannt, die einen Nutzen des Verfahrens einer Liposuktion belegten. Auch gebe es hierzu bislang keine neuen Hinweise oder Empfehlungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Vielmehr handele es sich im Wesentlichen um eine symptomatische Therapie; die Liposuktion falle nicht in den Leistungskatalog der GKV. Nach Vorlage weiterer Unterlagen (Befundbericht der MVZ R., Fotodokumentation) durch die KlĤgerin blieb der MDK (Dr. W.) mit sozialmedizinischem Gutachten nach Aktenlage vom 03.05.2018 bei seiner Auffassung, dass bei der KlĤgerin sowohl ein LipĶdem als auch eine Adipositas per magna vorlĤgen, jedoch die beantragte Liposuktionsbehandlung weder im stationÄxren noch im ambulanten Bereich zu begründen sei. Die Klägerin sei weiterhin auf konservative BehandlungsmaÄnnahmen zu verweisen. Sofern diese nicht ausreichend seien, bestehe die MA¶glichkeit der Rehabilitation in einer Spezialklinik. Dem folgend lehnte die Beklagte den Antrag der KlAzgerin ab (Bescheid vom 09.05.2018, Widerspruchsbescheid vom 21.08.2018).

Mit ihrer am 07.09.2018 vor dem Sozialgericht KĶln erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiterverfolgt. Zur Begrþndung hat sie im Wesentlichen geltend gemacht, dass der ablehnende Bescheid der Beklagten ca. ein Jahr nach Frist des § 13 Abs. 3a SGB V ergangen sei. Zwar habe der Entscheidung der Beklagten kein ausdrĽcklicher Antrag der KlĤgerin, sondern der gerichtliche Vergleich zugrunde gelegen, jedoch ziele die Vorschrift gerade auf die Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens ab, um Leistungsansprýche zeitnah zu klären. Insofern könne es auch nicht darauf ankommen, ob der Prüfung ein Vergleich oder ein konkreter Antrag zu Grunde gelegen habe. Durch den Ablauf der Frist des <u>§ 13 Abs. 3a SGB V</u> gelte die im Rahmen des Vergleichs zu überprüfende Leistung daher als genehmigt. Darüber hinaus handele es sich bei der Erkrankung der KlĤgerin um einen besonders schweren Fall, bei dem die Beschwerden weiter fortschritten. Dieser schnelle Fortschritt sei nicht typisch få¼r ein Lipödem, sondern sei nach Einschätzung der behandelnden Ã∏rzte mutma̸lich die Folge der Grunderkrankung (frühkindlicher Hirnschaden), aufgrund derer sich das LipĶdem bei der KlĤgerin so extrem habe entwickeln können und eine baldige Bettlägerigkeit der Klägerin nicht auszuschlieÃ∏en sei.

Die KlĤgerin hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 09.05.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.01.2018 (richtig wohl: 21.08.2018) aufzuheben und der KlĤgerin die beantragte Kostenübernahme für eine Liposuktion der Beine unter stationären Bedingungen zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide fýr rechtmäÃ∏ig gehalten. Ergänzend hat sie ausgeführt, ein Anspruch nach § 13 Abs. 3a SGB V komme nicht in Betracht, da mit dem gerichtlichen Vergleich kein eigenständiger Antrag gestellt worden sei. Vielmehr habe die Beklagte lediglich den gerichtlichen Vergleich umgesetzt, so dass auf die damit einhergehende Prüfung des Anspruchs auf eine stationäre die Liposuktion die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V keine Anwendung finde. Insbesondere sei die Regelung auch nicht analog anzuwenden. Sofern die Klägerin der Auffassung gewesen wäre, dass die Beklagte den Vergleich nicht hinreichend umgesetzt habe bzw. umsetze, hätte ihr die Möglichkeit der Zwangsvollstreckung aus dem geschlossenen Vergleich offen gestanden.

Mit Urteil vom 29.03.2019 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat ausgef \tilde{A}^{1} /4hrt, ein Anspruch folge nicht aus \hat{A} § 13 Abs. 3a SGB V. Der am 01.06.2017 geschlossene Vergleich stelle keinen Antrag im Sinne des \hat{A} § 13 Abs. 3a SGB V dar, denn es fehle jedenfalls an der einseitigen Erkl \tilde{A} ¤rung der Kl \tilde{A} ¤gerin, mit der ihr Leistungsbegehren in Form eines Antrags konkretisiert werde. Mithin sei nicht ein eigenst \tilde{A} ¤ndiger Antrag auf station \tilde{A} ¤re Krankenhausbehandlung gestellt, sondern zwischen den Beteiligten eine Pr \tilde{A} 1/4fung dieses Leistungsanspruchs im Sinne eines

Vergleichs vereinbart worden. Diese zweiseitig getroffene Abrede sei â∏∏ auch im Hinblick auf die grundsÄxtzliche MĶglichkeit der Zwangsvollstreckung aus dem gerichtlichen Vergleich â∏ nicht mit einem Antrag im Sinne des <u>§ 13 Abs. 3a SGB</u> V gleichzusetzen. Es bestehe auch kein Anspruch auf Versorgung nach §Â§Â 27 Abs. 1, 12 SGB V. Im Hinblick auf die weiteren Vorgaben und Voraussetzungen in Bezug auf die Versorgung mit einer stationĤren Liposuktion hat das Sozialgericht auf die diesbezüglichen Ausführungen des Bundessozialgerichts (BSG vom 24.04.2018 $\hat{a} \sqcap B \perp KR \mid 10/17 \mid R \mid Rn. 11-26$) verwiesen. Ein Anspruch auf Versorgung der Klägerin mit einer stationären LiposuktionsmaÃ∏nahme bestehe, unabhängig von der tatsächlich für das Lipödem ursächlichen oder auslA¶senden Erkrankung, nicht. Auch aus der Richtlinie des G-BA zur Erprobung der Liposuktion beim LipA¶dem vom 18.01.2018 folge kein darüberhinausgehender Anspruch auf Durchführung der Liposuktion im Rahmen der Studienteilnahme nach <u>§ 137e SGB V</u>. Nach <u>§ 3 Abs. 2 der Erprobungs-</u> Richtlinie zÃxhlten eine allgemeine Adipositas ohne Disproportion (wobei Grenzwerte oder andere Ma̸e zur Operationalisierung durch die unabhängige wissenschaftliche Institution festzulegen seien), andere Ķdemverursachende Erkrankungen, FettverteilungsstĶrungen anderer Genese sowie eine Ablehnung der konservativen Therapie zu den Ausschlussgrļnden. Vorliegend sei bei der KIägerin durch den MDK eine Adipositas per magna diagnostiziert worden. Auch werde durch die behandelnden ̸rzte als Ursache fýr das bestehende Lipödem ein frühkindlicher Hirnschaden in Betracht gezogen, wobei vergleichbare Fälle den behandelnden ̸rzten nicht bekannt seien. Letztlich sei danach jedenfalls ein Ausschlussgrund für die Durchführung der Erprobung bei der Klägerin gegeben, so dass auch im Rahmen der durchzuführenden Studie kein Anspruch auf Teilnahme nach der hierzu bislang erlassenen Erprobungs-Richtlinie bestehe.

Gegen das der KlĤgerin am 05.04.2019 zugestellte Urteil hat sie am 30.04.2019 Berufung eingelegt. Zur Begründung nimmt sie im Wesentlichen Bezug auf ihr bisheriges Vorbringen. Vertiefend fÃ1/4hrt sie aus, die bei ihr bestehende Fettverteilungsproblematik sei Folge eines frühkindlichen Hirnschadens; dem sei bislang nicht nachgegangen worden. ̸berdies liege eine erbliche Komponente vor. Sie sei dringend auf Hilfestellungen angewiesen, da sie bereits erhebliche Sekundärstörungen erleide. Es sei absehbar, dass wegen des erheblichen ̸bergewichts sämtliche Gelenke (insbesondere die Knie- und Hüftgelenke) in überschaubarer Zeit behandlungsbedürftig geschädigt würden. Auch eine vollständige Bettlägerigkeit sei aufgrund des Ã∏bergewichtes mehr als wahrscheinlich. Die begehrten Leistungen kA¶nnten kurzfristig und in erheblichem Umfang zu einer Linderung der Beschwerden beitragen. Sie sei vor ca. drei Jahren in einer auf Lymphe spezialisierten Klinik in X. 10 Tage lang stationÃxr behandelt worden. Darüber hinaus trage sie Kompressionsstrümpfe und es erfolge Lymphdrainage sowohl zweimal wA¶chentlich manuell als auch darA¼ber hinaus geräteunterstützt durch sie selbst.

Die KlAxgerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 29.03.2019 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 09.05.2018 in der Gestalt des

Widerspruchsbescheides vom 21.08.2018 zu verurteilen, ihr die beantragte Kosten \tilde{A}^{1}_{4} bernahme f \tilde{A}^{1}_{4} r eine Liposuktion der Beine unter station \tilde{A} ¤ren Bedingungen zu gew \tilde{A} ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÄ¹/₄ckzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil fþr zutreffend und nimmt im Wesentlichen darauf, sowie auf ihr bisheriges Vorbringen Bezug. Ergänzend fþhrt sie aus, soweit die Klägerin meine, das bei ihr bestehende Lipödem sei Folge eines frþhkindlichen Hirnschadens, sei dies eine medizinisch nicht belegte Vermutung.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Verfahrensakte des Sozialgerichts K $\tilde{\text{A}}$ ¶In S 34 KR 1019/14 Bezug genommen. Der Inhalt dieser Akten ist Gegenstand der m $\tilde{\text{A}}$ ½ndlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

I. Die zul \tilde{A} xssige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist nicht begr \tilde{A}^{1} 4ndet.

Das Sozialgericht KöIn hat die zulässig erhobene Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG) der Klägerin zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 09.05.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.08.2018 ist rechtmäÃ∏ig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung der begehrten stationären Liposuktionsbehandlung der Beine (Sachleistung) zu Lasten der GKV. Ein Anspruch der Klägerin besteht insoweit nicht aus § 27 SGB V (dazu unter 1.); ein Anspruch besteht auch nicht aus § 13 Abs. 3a SGB V (dazu unter 2.).

1. GemäÃ∏ <u>§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V</u> haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhļten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die Äxrztliche Behandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V). GemäÃ∏ § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationĤr, stationsĤguivalent, tagesstationĤr, teilstationÃxr, vor- und nachstationÃxr sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationĤre, stationsĤquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach §Â 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im hAxuslichen Umfeld nach PrA¼fung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschlieÄ lich hÄ zuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz

2 SGB V). Dabei bestimmt §Â 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V, dass QualitÃxt und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Versicherte haben aufgrund des QualitÃxtsgebots (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) keinen Anspruch auf ungeeignete Leistungen (vgl. BSG vom 19.04.2016 â□□ B 1 KR 28/15 R Rn. 13 m.w.N.). Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener EinschÃxtzung der Versicherten oder des behandelnden Arztes positiv verlaufen ist oder einzelne Ã□rzte die Therapie befürwortet haben.

- a) Nach § 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V in der seit dem 01.01.2020 geltenden Fassung überprüft der G-BA auf Antrag Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäÃ∏ige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die ̸berprüfung, dass der Nutzen einer Methode nicht hinreichend belegt ist und sie nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere, weil sie schĤdlich oder unwirksam ist, erlÄxsst der G-BA eine entsprechende RL, wonach die Methode nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf (Satz 2). Ergibt die ̸berprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, beschlie̸t der G-BA eine Erprobungs-Richtlinie nach § 137e (Satz 3). Aufgrund einer solchen Richtlinie wird die Untersuchungs- und Behandlungsmethode in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht (§ 137e Abs. 1 Satz 2 SGB V). Versicherte haben Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung ýber ihre Berücksichtigung beim Auswahlverfahren für die Teilnahme an einer Erprobungs-Richtlinie nach § 137e SGB V (vgl. BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20R Rn. 13 m.w.N.; BSG vom 26.04.2022 â∏ B 1 KR 20/21 R Rn. 9; LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â∏ L 16 KR 61/21 Rn. 28).
- b) Die Klägerin kann die begehrte Behandlung nicht gestützt auf § 137e SGB V verlangen. Der G-BA hatte mit Beschluss vom 22.05.2014 ein Beratungsverfahren zur Bewertung der Liposuktion bei Lipödem eingeleitet, dieses ist jedoch bislang nicht abgeschlossen (vgl. BSG vom 26.04.2022 â∏ B 1 KR 20/21 R Rn. 9). Der G-BA hat mit Beschluss vom 20.07.2017 die laufende Bewertung der Methode wegen der problematischen Studienlage bis zur Erstellung einer Studie zur Verbesserung der Erkenntnislage ausgesetzt. Am 18.01.2018 hat er mit Wirkung zum 10.04.2018 eine Richtlinie zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems (Erprobungs-Richtlinie Liposuktion â∏ Erp-RL â∏ BAnz AT 09.04.2018 B1) erlassen. Die Klägerin nimmt an dieser Erprobungsstudie nicht teil (ein Anspruch auf Teilnahme hätte auch nicht gegen die Krankenkasse geltend gemacht werden können, weil nach den festgelegten Rahmenbedingungen die gesetzlichen Krankenkassen nicht in die Auswahl der Teilnehmer an der Erprobungs-Richtlinie involviert sind Ë∏vgl. LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â∏ L 16 KR

61/21 Rn. 31 m.w.N.Ë□); eine Teilnahme ist auch nicht mehr möglich, weil die für die Studie erforderliche Anzahl von Teilnehmerinnen erreicht ist und eine Interessenbekundung nur bis 31.12.2019 möglich war (vgl. den â□□Liposuktion (Studienregistrator)â□□, Stand: 17.06.2022, Version: 1.25, abrufbar unter: https://www.erprobung-liposuktion.de).

- c) Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf die begehrte Behandlung aufgrund der Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung des G-BA. Durch Beschluss des G-BA vom 19.09.2019 ist die Anlage I der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus geĤndert worden. Der G-BA hat mit Beschluss vom 19.09.2019 die Liposuktion bei LipA¶dem im Stadium III befristet bis zum 31.12.2024 in die Anlage I â∏Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sindâ∏∏ (Nr. 14) aufgenommen. Ebenfalls durch Beschluss vom 19.09.2019 ist die Liposuktion bei LipA¶dem Stadium III befristet bis zum 31.12.2024 im Rahmen der Richtlinie Methoden vertragsÄxrztliche Versorgung in die Liste anerkannter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgenommen worden (RL Methoden Krankenhausbehandlung i.V.m. RL über Ma̸nahmen zur Qualitätssicherung nach <u>§Â 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V</u> bei Verfahren der Liposuktion bei LipA¶dem im Stadium III â∏∏ QS-RL Liposuktion vom 19.09.2019 â∏ BAnz AT 06.12.2019 B4). Diese Ã∏nderung trat mit Wirkung zum 07.12.2019 in Kraft und gilt ex nunc ab dem Tag nach der VerĶffentlichung im Bundesanzeiger (vgl. BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 16; LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â∏ LÂ 16 KR 61/21 Rn. 32 m.w.N.). Die Voraussetzungen der QS-RL Liposuktion sind im Falle der KlĤgerin jedoch nicht erfüllt.
- aa) Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 QS-RL Liposuktion darf die Methode zur Behandlung des Lipödems zu Lasten der Krankenkassen eingesetzt werden, wenn das Vorliegen eines Lipödems im Stadium III diagnostiziert und die Indikation für eine Liposuktion gestellt wurde. GemäÃ∏ § 4 Abs. 1 Satz 2 QS-RL Liposuktion liegt ein Lipödem gemäÃ∏ ICD-10 GM bei einer lokalisierten schmerzhaften symmetrischen Lipohypertrophie der Extremitäten mit Ã∏dem, mit ausgeprägter Umfangsvermehrung und groÃ∏lappig überhängenden Gewebeteilen von Haut und Subkutis vor.

 $F\tilde{A}\frac{1}{4}$ r eine Diagnose des Lip \tilde{A} ¶dems im Stadium III m $\tilde{A}\frac{1}{4}$ ssen alle folgenden Kriterien erf $\tilde{A}\frac{1}{4}$ IIt sein (\hat{A} § 4 Abs. 2 QS-RL Liposuktion):

- a) Disproportionale Fettgewebsvermehrung (Extremitäten-Stamm) mit groÃ∏lappig überhängenden Gewebeanteilen von Haut und Subkutis.
- b) Fehlende Betroffenheit von Händen und FüÃ□en.
- c) Druck- oder Berührungsschmerz im Weichteilgewebe der betroffenen Extremitäten.

Nach Diagnosestellung kann die Indikationsstellung zur Liposuktion erfolgen, wenn \tilde{A} zrztlicherseits festgestellt wurde, dass alle folgenden Voraussetzungen erf \tilde{A} llt

sind (§ 4 Abs. 3 QS-RL Liposuktion):

- a) Trotz innerhalb der letzten sechs Monate vor Indikationsstellung kontinuierlich durchgefýhrter, ärztlich verordneter konservativer Therapie konnten die Krankheitsbeschwerden nicht gelindert werden.
- b) Bei Patienten mit einem Body-Mass Index (BMI) ab 35 kg/m² findet eine Behandlung der Adipositas statt.

GemäÃ□ § 4 Abs. 4 QS-RL Liposuktion soll bei einem BMI ab 40 kg/m² keine Liposuktion durchgefþhrt werden. Das Vorliegen der in den Absätzen 2 und 3 aufgefþhrten Kriterien ist in der Patientenakte zu dokumentieren (§ 4 Abs. 5 QS-RL Liposuktion).

Nach den \hat{a}_{m} Tragenden \hat{G}_{m} Anden \hat{a}_{m} zum Beschluss des G-BA dienen die in \hat{A} § 4 Abs. 2 a-c QS-RL Liposuktion aufgef \hat{A}_{m} Anten Kriterien als verbindliche Grundlage f \hat{A}_{m} 4r eine abgesicherte Diagnose und m \hat{A}_{m} 4ssen daher zur Stellung der Diagnose s \hat{A}_{m} 4mtlich erf \hat{A}_{m} 4llt sein (vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 \hat{a}_{m} 1 L 16 KR 61/21 Rn. 44).

- bb) Es mag dahinstehen, ob die Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 QS-RL Liposuktion vorliegen. Dabei verkennt der Senat nicht, dass bei der Klägerin ausweislich des Berichtes der MVZ R. GmbH vom 02.10.2017 fÃ 1 /4r den Bereich beider Beine ein Lipödem III. Grades mit massiver Wulstbildung diagnostiziert wurde. Ob dies auch fÃ 1 /4r die Arme der Klägerin Geltung hat, mag offenbleiben. Das Vorliegen eines Lipödems III. Grades jedenfalls im Bereich der Beine ist â 1 0 auch unter BerÃ 1 /4cksichtigung der vorliegenden Fotodokumentation â 1 1 fÃ 1 /4r den Senat nachvollziehbar.
- cc) Ebenfalls dahinstehen mag, ob die Voraussetzungen des § 4 Abs. 3 Lit. a QS-RL Liposuktion erfýIlt sind. Angegeben wird die frustrane Durchführung konsequenter Entstaungstherapie mittels Tragens medizinischer Kompressionsstrümpfe der Klasse II/III (flachgestrickt) sowie manueller Lymphdrainagebehandlungen (Bericht der MVZ R. GmbH vom 02.10.2017). Darüber, ob nach 2000 (vgl. dazu MDK-Gutachten vom 16.09.2009) eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durchgeführt wurde, bestehen keine belastbaren Erkenntnisse; der Bericht der MVZ R. GmbH vom 02.10.2017 verhält sich hierzu nicht, der MDK verneint dies (Gutachten vom 03.05.2018). Etwas Anderes ergibt sich auch nicht aus den Ausführungen der Klägerin selbst. Diese hat angegeben, sie sei vor ca. drei Jahren (2019/2020) in einer auf Lymphe spezialisierten Klinik in X. (Mathias-Spital X.) 10 Tage lang stationär behandelt worden. Dazu, ob und ggf. mit welchem Ergebnis dort eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durchgeführt wurde, liegen keine Erkenntnisse vor. Hierauf kommt es jedoch zur Ã∏berzeugung des Senats ebenfalls nicht an.
- dd) Denn jedenfalls sind die Voraussetzungen des § 4 Abs. 3 Lit. b QS-RL Liposuktion nicht erfÃ⅓Ilt. Nach den â∏Tragenden GrÃ⅓ndenâ∏ zu § 4 Abs. 3 Lit. b QS-RL Liposuktion geht das Lipödem in einer hohen Anzahl der Fälle mit einer

Adipositas einher, die zugleich als Risikofaktor für das Auftreten und Voranschreiten des LipĶdems gilt (S1 Leitlinie-LipĶdem). Eine Adipositas ist nach den â∏∏Tragenden Gründenâ∏∏ vorrangig bzw. begleitend zu behandeln, als Obergrenze wird z.T. sogar ein BMI von 32 kg/mÂ² empfohlen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â∏ L 16 KR 61/21 Rn. 50). Unter Berücksichtigung verschiedener Einschätzungen und Empfehlungen, wonach eine das Lipödem begleitende Adipositas vor Indikationsstellung zur Liposuktion in einem entsprechenden Therapiekonzept Berücksichtigung finden muss, hat der G-BA dies bei einer Adipositas ab Grad II (BMI Ë□ 35 kg/m²) als Voraussetzung für die Indikationsstellung festgelegt (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â∏∏ L 16 KR 61/21 Rn. 50). Dr. S. (MVZ R. GmbH) hat die Diagnose einer Adipositas durchgehend (vgl. z.B. schon seinen Bericht vom 22.07.2015) nicht gestellt. Eine Behandlung der Adipositas ergibt sich aus seinen AusfA¹/₄hrungen (Bericht der MVZ R. GmbH vom 02.10.2017) nicht. Dahingegen diagnostiziert der MDK â∏∏ jedenfalls seit 2009 durchgehend (Gutachten vom 28.04.2009, Gutachten vom 21.10.2009, Gutachten vom 04.11.2009 und Gutachten vom 02.07.2010) das Vorliegen einer Adipositas per magna mit einem BMI von zuletzt 44 kg/mÂ² (MDK-Gutachten vom 03.08.2016). Ausgehend von den Angaben der Klägerin (KörpergröÃ∏e: 165 cm und Gewicht: 135 kg) dürfte dieser zuletzt weiter angestiegen sein. Das Vorliegen einer Adipositas bestätigte auch Dr. V. (Interdisziplinäres Lymphzentrum des J. E.; Bericht vom 26.08.2010 und Bericht vom 31.03.2011).

Dass eine konsequente Behandlung der langjährigen Adipositas stattfand bzw. ausgeschöpft ist, ist weder aus den vorgelegten Berichten ersichtlich, noch dokumentiert (§ 4 Abs. 5 QS-RL Liposuktion) und auch sonst nicht nachgewiesen; etwas Derartiges behauptet nicht einmal die Klägerin selbst. Jedenfalls seit 2009 wurden diätische MaÃ□nahmen empfohlen (MDK-Gutachten vom 21.10.2009, vom 06.07.2011, vom 03.08.2017 und vom 03.05.2018). Diese wurden jedoch â□□ soweit erkennbar â□□ bislang nicht â□□ jedenfalls weder ärztlich noch ernährungstherapeutisch begleitet â□□ durchgeführt.

d) Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf die begehrte Behandlung aus § 137c SGB V. Nach § 137c Abs. 3 Satz 1 SGB V (in der seit 01.01.2020 geltenden Fassung) dþrfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA bisher keine Entscheidung nach § 137c Abs. 1 SGB V getroffen hat, im Rahmen der Krankenhausbehandlung angewandt und von den Versicherten beansprucht werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also medizinisch indiziert und notwendig sind. Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach § 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V gestellt wurde, als auch für Methoden, deren Bewertung nach § 137c Abs. 1 SGB V noch nicht abgeschlossen ist (§ 137c Abs. 3 Satz 2 SGB V).

aa) Das Bundessozialgericht (BSG vom 25.03.2021 â \square B 1 KR 25/20 R) hat seine bisherige Rechtsprechung aufgegeben, soweit es au \tilde{A} erhalb von Erprobungs-Richtlinie f \tilde{A} r den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlungen auch nach Inkrafttreten des \tilde{A} 8 137c Abs. 3 SGB V f \tilde{A} r die dabei eingesetzten Methoden den vollen Nutzennachweis im Sinne eines evidenzgest \tilde{A} 1/4tzten Konsenses der gro \tilde{A} 1 en

Mehrheit der einschlĤgigen Fachleute verlangt (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 23). Der Gesetzgeber habe hinreichend deutlich gemacht, dass es sich bei <u>§ 137c SGB V</u> um eine partielle EinschrĤnkung des allgemeinen QualitÃxtsgebots (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) für den Bereich der Krankenhausbehandlung handelt (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 26). Soweit die KrankenhĤuser Potentialleistungen erbringen dýrfen, korrespondiert dies auch mit einem Rechtsanspruch des Versicherten (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 27). §Â 137c Abs. 3 SGB V formt den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, § 39 SGB V) näher aus und modifiziert bereichsspezifisch zugleich das allgemeine QualitÄxtsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 28). Ausreichend ist nunmehr, dass die begehrte stationĤre Leistung das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten muss, dass eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt, die begehrte Leistung medizinisch indiziert und notwendig ist, nach dem jeweiligen Behandlungsziel eine Standardtherapie nicht (mehr) zur Verfügung steht und eine stationäre Behandlung Versicherter erforderlich ist (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 29, 31-42). Nach dem Wortlaut der Regelung dürfen Krankenhäuser für Versicherte auch Leistungen erbringen, die nur das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative haben, das hei̸t, Leistungen, deren Methoden noch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. KrankenhĤuser dļrfen die Potentialleistungen auch dann erbringen, wenn die Versicherten nicht an einer Erprobungs-Richtlinie teilnehmen, ja sogar dann, wenn eine solche noch nicht existiert oder nicht einmal ein Bewertungsverfahren nach <u>§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB</u> V eingeleitet wurde (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 23). Der Anwendungsbereich von Potentialleistungen ist zur Gewäknrung des Patientenschutzes fÃ¹/₄r den Fall eines noch nicht existierenden Erprobungsverfahrens wegen des auf eine abschlie̸ende Klärung gerichteten Methodenbewertungsverfahrens allerdings eng auszulegen (BSG vom 25.03.2021

Das Bundessozialgericht hat bestätigt (BSG vom 18.08.2022 â∏ B 1 KR 29/21 R; BSG vom 18.08.2022 â∏ B 1 KR 38/21 R), dass Versicherte auch nach Erlass einer Erprobungs-Richtlinie Anspruch auf die Versorgung mit Potentialleistungen grundsätzlich nur im Rahmen eines individuellen Heilversuchs haben, wenn es 1. um eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung geht, wenn 2. keine andere Standardbehandlung verfügbar ist und 3. die einschlägigen Regelungen der Verfahrensordnung des G-BA für die Erfüllung einer erforderlichen Behandlungsalternative erfüllt sind (BSG vom 18.08.2022 â∏ BÂ 1 KR 29/21 R Rn. 19).

bb) Es mag dahinstehen, ob die Klägerin hieraus bereits deshalb keinen Anspruch herleiten kann, weil der G-BA â \square Entscheidungenâ \square i.S. von <u>§ 137c Abs. 3 Satz 1</u>, <u>Abs. 1 Satz 1 SGB V</u> getroffen hat (so LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â \square L <u>16 KR 61/21</u> Rn. 56; a.A. Knispel in jurisPR-SozR 22/2022 Anm. 6; Roters in: BeckOGK SGB V, § 137c Rn. 17).

cc) Denn jedenfalls bietet die begehrte stationĤre Leistung nicht das Potential

einer erforderlichen Behandlungsalternative (vgl. dazu BSG vom 25.03.2021 $\hat{a} \square B 1 \times CS/20 R$ Rn. \hat{A} 29, 31-42).

aaa) Das Potentialstadium einer Behandlungsmethode ist im Hinblick auf die im Gesetz angelegte KIĤrung bis zu einer endgļltigen Etablierung oder aber eines Ausschlusses aus der Versorgung transitorisch (BSG vom 25.03.2021 â∏∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 36). Die gesetzlichen Regelungen zur Erprobung neuer Behandlungsmethoden ermĶglichen den Versicherten die Teilhabe an medizinischen Innovationen, rĤumen dabei aber auch dem Patientenschutz einen breiten Raum ein. Dem ist bei der Auslegung des § 137 c Abs. 3 SGB V angemessen Rechnung zu tragen (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 32). WÃxhrend des Erprobungsverfahrens wird der Patientenschutz sogar noch weiter verstÄxrkt. An das Erprobungsverfahren werden besondere personelle, sachliche und sonstige qualitÃxtssichernde Anforderungen gestellt (§ 137e Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V), die den teilnehmenden Versicherten ein â∏∏geschütztes Settingâ∏∏ einschlieÃ∏lich einer wissenschaftlichen Begleitung bieten. Dies erĶffnet erweiterte therapeutische HandlungsspielrĤume und es besteht die Möglichkeit, bei sich abzeichnenden GefĤhrdungen schnell zu intervenieren, etwa, wenn Komplikationen bei einzelnen Teilnehmern auftreten (BSG vom 25.03.2021 â□□ B 1 KR 25/20 R Rn. 33). Zur Gewährleistung ausreichenden Versichertenschutzes sind deshalb die Regelungen über Ansprüche auf Leistungen, die â∏ wie hier â∏ auÃ∏erhalb der Teilnahme an einer Erprobungs-Richtlinie erbracht werden, restriktiv auszulegen (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 23). Dies wird nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur dann in Anspruch genommen werden dürfen, wenn der Versicherte schwer erkrankt ist und keine andere bereits standardisierte Behandlungsmethode zur Verfügung steht (BSG vom 25.03.2021 â∏ B 1 KR 25/20 R Rn. 40, 42).

bbb) Voraussetzung für einen Anspruch auÃ \square erhalb der Teilnahme an einer Erprobungs-Richtlinie ist zunÃ \square erhaltigen einer schwerwiegenden, die LebensqualitÃ \square t auf Dauer nachhaltig beeintrÃ \square echtigenden Erkrankung (BSG vom 25.03.2021 â \square 0 B 1 KR 25/20 R Rn. 41; BSG vom 18.08.2022 â \square 0 B 1 KR 29/21 R Rn. 19; BSG vom 18.08.2022 â \square 0 B 1 KR 38/21 R Rn. 17).

- (1) Die Regelung des <u>§ 137c SGB V</u> war vordringlich fÃ⅓r schwerer erkrankte Versicherte mit einem besonderen Bedarf an innovativen Behandlungsalternativen gedacht (BSG vom 25.03.2021 â∏ <u>B 1 KR 25/20 R</u> Rn. 41; <u>BT-Drucks 18/4095 S. 121</u>). Der Gesetzgeber hatte bei der Neuregelung des <u>§ 137c SGB V</u> die schwer und schwerst erkrankten Versicherten in den Blick genommen, deren Versorgung auch durch Methoden unterhalb ausgewiesenen Studien gestärkt, d.h. verbessert werden soll (vgl. <u>BT-Drucks 18/5123 S. 135</u>; <u>17/6906 S. 86</u>; vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â∏ L <u>16 KR 61/21</u> Rn. 60 m.w.N.).
- (2) Das Bundessozialgericht hat den Begriff der schwerwiegenden Erkrankung in seinen Entscheidungen zum off-label-use entwickelt (BSG vom 19.03.2002 â \square B 1 KR 37/00) und damit die Erheblichkeitsschwelle der betroffenen Erkrankungen umrissen (BSG vom 06.03.2012 â \square B 1 KR 24/10 R Rn. 26). Es hat eine

schwerwiegende Erkrankung als eine solche Erkrankung definiert, die lebensbedrohlich oder regelmäÃ∏ig tödlich verlaufend ist (vgl. LSG C.-Westfalen vom 25.02.2019 â∏∏ <u>L 11 KR 240/18 B ER</u> Rn. 60) bzw. vergleichbare Erkrankungen wie etwa eine akut drohende Erblindung (vgl. BSG vom 19.10.2004 â∏ B 1 KR 27/02 R) bzw. als eine Erkrankung, die aufgrund der Schwere der durch sie verursachten GesundheitsstĶrungen die LebensqualitĤt auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt (BSG vom 19.03.2002 â∏ B 1 KR 37/00 R Rn. 26; BSG vom 26.09.2006 â∏∏ <u>BÂ 1 KR 14/06 R</u> Rn. 10; BSG vom 30.06.2009 â∏∏ <u>B 1 KR 5/09 R</u> Rn. 31; BSG vom 06.03.2012 $\hat{a} \square \square B$ 1 KR 24/10 R Rn. 24). Es reicht allerdings nicht jede Erkrankung, die die LebensqualitAxt auf Dauer nachhaltig beeintrAxchtigt, sondern es muss sich um eine solche handeln, die sich durch ihre Schwere und Seltenheit vom Durchschnitt der Erkrankungen abhebt (vgl. BSG vom 26.09.2006 â∏∏ <u>B 1 KR 1/06 R</u> Rn.18; Knispel, GesR 2018, 273, 274). In der Gesetzesbegründung zu <u>§ 35c Abs. 2 SGB V</u>, der ebenfalls das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung voraussetzt, wird insoweit auf onkologische Erkrankungen Bezug genommen (BT-Drucks 16/4247 Art. 1 Nr. 20a S. 33).

Zuletzt mit einer Entscheidung zu $\frac{\hat{A}\S 31 \text{ Abs. } 6 \text{ SGB V}}{1000}$ hat das Bundessozialgericht den Begriff der schwerwiegenden Erkrankung weiterentwickelt. Es f $\tilde{A}^{1/4}$ hrt aus (BSG vom 10.11.2022 $\hat{a} \square B 1 KR 28/21 R$ Rn. 11):

â∏Eine Erkrankung ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt (vgl BSG vom 19.3.2002Â Â B 1 KR 37/00 RÂ Â BSGE 89, 184, 191 f = SozR 3 2500 § 31 Nr 8 S 36 und vom 25.3.2021Â Â B 1 KR 25/20 RÂ Â BSGE 132, 67 = SozR 4 2500 § 137c Nr 15, RdNr 40).â∏

Weiter $f\tilde{A}^{1/4}$ hrt es aus (BSG vom 10.11.2022 â B 1 KR 28/21 R Rn. 12):

Zur dauernden Beeinträchtigung der Lebensqualität führt das Bundessozialgericht aus (BSG vom 10.11.2022 â□□ <u>B 1 KR 28/21 R</u> Rn. 13 â□□ 19):

â∏Von einer dauerhaften Beeinträchtigung der Lebensqualität ist in Anlehnung an entsprechende Regelungen in §Â§ 43, 101 Abs 1 SGB VI, § 2 Abs 1 Satz 1 SGB IX, § 14 Abs 1 Satz 3 SGB XI, § 30 Abs 1 Satz 3 BVG ab einem Zeitraum von (voraussichtlich) sechs Monaten auszugehen. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität ergibt sich nicht aus der gestellten Diagnose, sondern aus den konkreten Auswirkungen der Erkrankung (dazu a). Diese mÃ⅓ssen den Betroffenen Ã⅓berdurchschnittlich schwer beeinträchtigen, wofÃ⅓r die GdS (Grad der Schädigungsfolgen) Tabelle aus Teil 2 der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin Verordnung (VersMedV) als Anhaltspunkt dienen kann (dazu b). Die beim Kläger bestehende ADHS, zu deren Behandlung Cannabis eingesetzt werden soll, ist

danach in der Regel nur dann eine schwerwiegende Erkrankung, wenn die Integration in den Arbeitsmarkt, in das \tilde{A}^{q} ffentliche Leben und in das $h\tilde{A}^{q}$ usliche Leben ohne Unterst \tilde{A}^{1} /4tzung nicht gelingt (dazu c).

- a) Die LebensqualitĤt wird im Wesentlichen nicht durch die Diagnose einer Erkrankung beeinflusst, sondern durch die Auswirkungen der Erkrankung auf das Leben der Betroffenen. LebensqualitĤt umschreibt das VermĶgen, die Befriedigung von Grundbedļrfnissen selbst zu gewĤhrleisten, soziale Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten sowie am Erwerbs und Gesellschaftsleben teilzunehmen. Ob und inwieweit eine erkrankte Person noch dazu in der Lage ist, hĤngt von der Art und Schwere der durch die Erkrankung verursachten GesundheitsstĶrungen ab. Die dauerhafte und nachhaltige BeeintrĤchtigung der LebensqualitĤt ergibt sich deshalb nicht allein aus einer Ĥrztlich gestellten Diagnose. Entscheidend sind die durch die Erkrankung hervorgerufenen FunktionsstĶrungen und -verluste, Schmerzen, SchwĤche und Hilfebedarf bei den Verrichtungen des tĤglichen Lebens, welche die LebensqualitĤt beeintrĤchtigen.
- b) Die Auswirkungen der Krankheit mit den sich aus dieser ergebenden BeeintrĤchtigungen müssen sich durch ihre Schwere vom Durchschnitt der Erkrankungen abheben. Nur dann liegt auch eine nachhaltige BeeintrĤchtigung der LebensqualitĤt vor. Insoweit hĤlt es der Senat fļr gerechtfertigt, sich an die Bewertung der Auswirkungen von Krankheiten in Teil 2 der Anlage zu § 2 VersMedV anzulehnen. Diese dient zur Beurteilung des GdS (§ 30 Abs 1, Abs 16 BVG) sowie des Grades der Behinderung (GdB) als Ma $\tilde{A} \sqcap f \tilde{A} \frac{1}{4}r$ die Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gesellschaft (§ 2 Abs 2, §Â 153 Abs 2, § 241 Abs 5 SGB IX) und stellt einen sozialrechtlichen MaÃ⊓stab für die Schwere krankheitsbedingter BeeintrĤchtigungen dar. Sowohl GdS als auch GdB stellen auf die Auswirkungen der FunktionsbeeintrÄxchtigungen in der Gesellschaft ab (§ 30 Abs 1 Satz 1 BVG; § 2 Abs 1 SGB IX). Davon sind neben Arbeit und Beruf auch die Stellung des Betroffenen in der Gesellschaft und seine sozialen Beziehungen umfasst (vgl Oppermann in Knickrehm, Soziales EntschĤdigungsrecht, 2012, § 2 SGB IX RdNr 14; Götze in Hauck/Noftz, § 2 SGB IX, RdNr 8, 9). Dies deckt sich mit dem medizinisch geprĤgten Begriff der LebensqualitĤt, der die Wahrnehmung des Betroffenen zu seiner Position im Leben im Blick hat.

Entsprechen die Auswirkungen nach der GdS Tabelle bereits allein ohne Einbezug weiterer Erkrankungen einem GdS von 50, kann im Regelfall von einer schwerwiegenden Erkrankung ausgegangen werden. Die mit einem GdS/GdB von mindestens 50 definierte Schwerbesch \tilde{A} ¤digten bzw Schwerbehinderteneigenschaft (\hat{A} § 31 Abs 2 BVG, \hat{A} § \hat{A} 2 Abs 2 SGB IX) er \tilde{A} ¶ffnet den Zugang zu besonderen Leistungen oder Nachteilsausgleichen. Sie markiert eine Zumutbarkeitsschwelle, ab welcher der Gesetzgeber die Beeintr \tilde{A} ¤chtigungen als derart schwerwiegend angesehen hat, dass zum Ausgleich \tilde{A} ½berm \tilde{A} 0 iger Nachteile weitere Leistungen, Verg \tilde{A} 4nstigungen und Schutzvorschriften geboten sind.

Die Heranziehung eines GdS von 50 ist weder im Sinne eines starren Grenzwertes zu verstehen, noch ist eine formelle Feststellung eines GdS oder GdB erforderlich,

Erreichen die Auswirkungen der Erkrankung(en) nicht die Schwere, die einem Einzel GdS von 50 vergleichbar sind, ist die Annahme einer nachhaltigen BeeintrĤchtigung der LebensqualitĤt nicht ausgeschlossen. Sie kommt im Einzelfall in Betracht, etwa wenn ihre Auswirkungen aufgrund weiterer Erkrankungen schwerer wiegen oder die Teilhabe am Arbeitsleben oder in einem anderen Bereich besonders einschrĤnken.â□□

- (3) Eine lebensbedrohliche oder seltene Erkrankung liegt bei der Klägerin nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen â∏ ungeachtet der Frage, ob die bei der Klägerin bestehende Fettverteilungsstörung Folge eines frühkindlichen Hirnschadens ist â∏ nicht vor. Auch eine sich durch Schwere und Seltenheit vom Durchschnitt abhebende Erkrankung liegt nicht vor.
- (4) Es spricht zur ̸berzeugung des Senats Ã∏berwiegendes dafür, dass bei der KIägerin eine schwerwiegende Erkrankung im oben benannten Sinne vorliegt; letztlich mag dies indes dahinstehen (dazu unter ccc). Bei der KlĤgerin besteht jedenfalls an den Beinen ein LipĶdem Grad III, daneben ein Morbus Madelung (nicht gesichert) und eine Adipositas per magna (BMI Ë∏ 44 kg/m²). Als AusprÄzgung des LipĶdems besteht bei der KlÄzgerin nach den Feststellungen von Dr. S. (Bericht der MVZ R. GmbH vom 02.10.2017) eine â∏extreme Schmerzhaftigkeitâ∏∏ im Bereich beider Beine und eine die bestehende BeeintrÄxchtigung der MobilitÄxt (aufgrund einer Hemiparese nach frühkindlichem Hirntrauma) verstärkende Wirkung durch das Lipödem der Beine. Dabei handelt es sich zweifellos um die Klägerin beeinträgchtigende und sie belastende Krankheitserscheinungen. Es spricht auch vieles dafür, dass es sich dabei um eine schwerwiegende Erkrankung im o.g. Sinne handelt. Das insoweit streitgegenstĤndliche Leiden der KlĤgerin (LipĶdem III. Grades der Beine) betrifft das Funktionssystem Stoffwechsel und innere Sekretion. Es besteht eine erhebliche (mehr als 3 cm) Umfangsvermehrung und eine erhebliche BeeintrÃxchtigung der GebrauchsfÃxhigkeit. Hierfür hÃxlt das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (vgl. LSG Sachsen-Anhalt vom 03.12.2014 â∏ L 7 SB 69/09 Rn. 44) einen Einzel-GdB von 50 â∏∏ 70 für leidensgerecht. Es nimmt die Einordnung des Lipödems in den Katalog der der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VmG)

gemÃ $_{\rm m}$ Ã $_{\rm m}$ der Anlage zu Â $_{\rm m}$ 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 (VersMedV, BGBI I 2412) analogen Bewertungen vor, da fÃ $_{\rm m}$ 4r das Funktionssystem Stoffwechsel und innere Sekretion im Teil B 15 VmG keine klaren Vorgaben fÃ $_{\rm m}$ 4r diese Erkrankung existieren (vgl. LSG Sachsen-Anhalt vom 03.12.2014 â $_{\rm m}$ 1 LÂ $_{\rm m}$ 2 SB 69/09 Rn. 44).

In Teil B 15.3 VmG findet sich lediglich die Formulierung:

â□□15.3 Fettstoffwechselkrankheit

Der GdS ist grundsätzlich abhängig von dem AusmaÃ□ der Folgekrankheiten.

Bei Notwendigkeit einer LDL-Apherese â□¦30â□□

Vor diesem Hintergrund hÃxlt es das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt fÃ $\frac{1}{4}$ r erforderlich, Wertungskriterien fÃ $\frac{1}{4}$ r das in seinen Auswirkungen mit dem Lipödem vergleichbare Lympödem aus dem Funktionssystem Herz und Kreislauf im Teil B 9 VmG ergÃxnzend heranzuziehen, um dem Leidensbild dieser Erkrankung gerecht werden zu können (vgl. LSG Sachsen-Anhalt vom 03.12.2014 â \square L $\frac{7 \text{ SB } 69/09}{1}$ Rn. 48).

In Teil B 9.2.3 VmG â \square Unkomplizierte Krampfadernâ \square ist fÃ $\frac{1}{4}$ r das Lymphödem geregelt:

â∏Lymphödem an einer GliedmaÃ∏e

ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis einer Kompressionsbandage $\hat{a}_{||}$ 0 $\hat{a}_{||}$ 10

mit erheblicher Beeintr \tilde{A} ¤chtigung der Gebrauchsf \tilde{A} ¤higkeit der betroffenen Gliedma \tilde{A} \square e, je nach Ausma \tilde{A} \square â \square l 50 â \square \square 70

bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen GliedmaÃ∏e â∏¦ 80

Entstellungen bei sehr ausgepr \tilde{A} ¤gten Formen sind ggf. zus \tilde{A} ¤tzlich zu ber \tilde{A} ½cksichtigen. \hat{a} \square

Bei einem Lipödem der Beine, das die Gehfähigkeit erheblich einschränkt, hält das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt den Bewertungsrahmen von 50 bis 70 für eröffnet. Dabei sei der Mittelwert von einem Einzel-GdB von 60 für das Lipödem sachgerecht, wenn das Vollbild der Erkrankung vorliege und ein völlig unproportioniertes Volumen entstanden sei, das eine gravierende Gehstörung zur Folge habe (vgl. LSG Sachsen-Anhalt vom 03.12.2014 â∏ L 7 SB 69/09 Rn. 55). Bei der Klägerin besteht jedenfalls im Bereich der Beine zur Ã∏berzeugung des Senats gesichert das Vollbild der Erkrankung. Ã∏berdies bestehen hier erhebliche

Gehstörungen â□□ die Klägerin kann sich hier nur noch mit Hilfe eines Rollators fortbewegen â□□ die jedenfalls auch auf das Lipödem der Beine zurückgeführt werden (Bericht der MVZ R. GmbH vom 02.10.2017). Insoweit spricht mehr dafür als dagegen, dass das bei der Klägerin jedenfalls im Bereich der Beine bestehende Lipödem III. Grades eine schwerwiegende Erkrankung darstellt. Letztlich kommt es hierauf nicht an, weil die Klägerin die weitere Voraussetzung, wonach zur Behandlung der Erkrankung keine andere bereits standardisierte Behandlungsmethode zur Verfügung stehen darf (BSG vom 25.03.2021 â□□ B1 KR 25/20 R Rn. 40, 42; BSG vom 18.08.2022 â□□ B 1 KR 29/21 R Rn. 19), nicht erfüllt.

ccc) Es stehen zur Älberzeugung des Senats zur Behandlung der Klägerin noch Standardtherapien zur Verfļgung. Insbesondere ist für den Senat nicht erkennbar, dass die KlĤgerin (jedenfalls nach dem Jahr 2000) eine stationĤre Rehabilitationsmaà nahme zur Behandlung des Lipà dems in Anspruch genommen hÃxtte. Hierauf hat der MDK die KlÃxgerin bereits seit 2017 (Gutachten vom 03.08.2017 und Gutachten vom 03.05.2018) ebenso verwiesen, wie auf konservative Behandlungsma̸nahmen, die optimiert werden könnten. FÃ⅓r den Senat ist insoweit auch nicht erkennbar, dass eine Behandlung der begleitend bestehenden Adipositas (Ernährungsumstellung) ausgeschöpft wäre. Auf die Wechselwirkungen zwischen der bestehenden Adipositas per magna und dem Lipödem wies der MDK ebenfalls bereits seit 2017 (Gutachten vom 03.08.2017 und Gutachten vom 03.05.2018) hin. Der bislang fehlenden Therapie der bestehenden Adipositas per magna kommt auch deshalb besonderes Gewicht zu, weil gemäÃ∏ § 3 Abs. 2 Erp-RL Liposuktion eine allgemeine Adipositas (ohne Disproportion) einen Ausschlussgrund darstellt und gemäÃ∏ § 4 Abs. 4 QS-RL Liposuktion bei einem BMI ab 40 kg/mÂ² keine Liposuktion durchgefÃ¹/₄hrt werden soll. Zwar geht der Potentialma̸stab des § 137c Abs. 3 SGB als lex specialis dem allgemeinen QualitÃxtsgebot vor (BSG vom 18.08.2022 â∏ B 1 KR 29/21 R Rn. 19) und die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Potentialleistungen auÃ∏erhalb eines Erprobungsverfahrens gelten auch für die Zeit nach Erlass einer Erprobungs-Richtlinie weiter (BSG vom 18.08.2022 â∏ B 1 KR 29/21 R Rn. 20), wobei sich Begrenzungen für Ansprüche auf Potentialleistungen aus den Erprobungs-Richtlinie i.V.m <u>§ 137e Abs. 2 Satz 1</u> und 2 SGB V und dem jeweiligen Studiendesign selbst nur für an der Erprobung teilnehmende Krankenhäuser ergeben (BSG vom 18.08.2022 â∏∏ B 1 KR 29/21 R Rn. 25), jedoch kommt diesen Regelungen (Erprobungs-Richtlinie), soweit sie Anforderungen an Struktur- und ProzessqualitÃxt aufstellen, zumindest im tatsÃxchlichen Sinn eine indizielle Bedeutung hinsichtlich der die Fragen, ob die Methode auch für von der Erprobungs-Richtlinie nicht erfasste Indikationen Potential hat und ob und in welchem Umfang die in der Erprobungs-Richtlinie und dem Studiendesign vorgegebene Struktur- und Prozessqualität nach dem MaÃ∏stab des gesicherten Nutzens auch au̸erhalb des Erprobungsverfahrens zu beachten ist, zu (BSG vom 18.08.2022 â∏∏ B 1 KR 29/21 R Rn. 25). Jedenfalls eine vergleichbare indizielle Bedeutung kommt auch der QS-RL Liposuktion zu. Der darin geregelte Ausschluss der Liposuktion bei einem BMI ab 40 kg/m² bietet Anhalt zu Zweifeln an dem Potential der Methode jedenfalls dann, wenn ein frustraner Versuch zur Reduktion der Adipositas bislang noch nicht erfolgt ist. Aus keiner vorliegenden medizinischen

Unterlage lÃxsst sich das (frustrane) AusschÃqpfen der aufgezeigten Standarttherapien nachvollziehen. Der vorgelegte Bericht der MVZ R. GmbH (Bericht vom 02.10.2017) beschreibt zwar eine Schmerzhaftigkeit trotz konsequenter Entstauungstherapie; die durch den MDK aufgezeigten Therapieformen finden indes keine ErwÃxhnung, obgleich auch Dr. S. ein Gesamtkonzept fÃx4r erforderlich erachtet.

- e) Die KlĤgerin kann sich auch nicht auf <u>§ 2 Abs. 1a SGB V</u> berufen. Hiernach können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäÃ∏ig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmĤÃ∏ig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfä\(\frac{1}{4}\)gung steht, auch eine von \(\hat{A}\)\(\hat{S}\) 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Bei einem Lipödem handelt es sich zwar â∏∏ wie bereits ausgeführt â∏ um eine schmerzhafte (im Fall der Klägerin ggf. sogar um eine schwerwiegende), eindeutig aber nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäÃ∏ig tödliche Erkrankung. Gemeint ist insoweit eine notstandsähnliche Lage mit einer sehr begrenzten Lebensdauer (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.09.2022 â∏∏ L <u>16 KR 61/21</u> Rn. 65 m.w.N.). Das Lipödem ist auch nicht wertungsmäÃ∏ig mit einer solchen Erkrankung vergleichbar. Mit diesem Kriterium ist noch eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa â∏∏ wie oben ausgeführt â∏ mit dem Erfordernis einer â∏Schwerwiegendenâ∏ Erkrankung formuliert ist (BSG vom 16.12.2008 â∏∏ B 1 KR 11/08 R Rn. 15). Einen solchen Schweregrad erreicht ein Lipödem nicht (BSG vom 28.05.2019 â∏∏ B 1 KR 32/18 R; BSG vom 24.04.2018 â∏∏ <u>B 1 KR 13/16 R</u> Rn. 8; BSG vom 16.12.2008 â∏∏ <u>B 1 KR</u> 11/08 R Rn. 15).
- 2. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf die begehrte Sachleistung (stationäre Liposuktionsbehandlung der Beine) aus <u>§ 13 Abs. 3a SGB V</u>.
- a) Nach § 13 Abs. 3a SGB V (in der Fassung vom 20.02.2013 â a.F.) hat die Krankenkasse ý ber einen Antrag auf Leistungen zý gig, spà testens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fà testens Dienstes der Gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fü nf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme fü rerforderlich hà th, hat sie diese unverzü glich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierü ber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 1 bis 3). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Grü nde rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 5 bis 7).
- b) Es mag dahinstehen, ob die bei der Beklagten versicherte und damit

â∏leistungsberechtigteâ∏ Klägerin einen â∏Antrag auf Leistungenâ∏ im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V a.F. gestellt hat. Es mag dabei insbesondere dahinstehen, ob schon Ziffer 1 des Vergleichs vom 01.06.2017 (Sitzungsniederschrift vom 01.06.2017) einen derartigen â∏Antrag auf Leistungenâ∏ darstellt, was die Klägerin meint.

- c) Jedenfalls hat sich die Klägerin die begehrte Leistung bislang nicht selbst beschafft. Dies steht dem geltend gemachten Anspruch aus § 13 Abs. 3a SGB V entgegen. Denn §Â 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V vermittelt keinen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit einer Naturalleistung, sondern nur ein Recht auf Selbstbeschaffung bei Ablauf der in §Â 13 Abs. 3a SGB V genannten Fristen mit Anspruch auf Erstattung der Beschaffungskosten (vgl. BSG vom 26.05.2020 â B 1 KR 9/18 R Rn. 9). Das Bundessozialgericht hat insoweit seine entgegenstehende Rechtsprechung (BSG vom 08.03.2016 â B 1 KR 25/15 R Rn. 25; zuletzt BSG vom 27.08.2019 â B 1 KR 36/18 R Rn. 16) aufgegeben (BSG vom 26.05.2020 â B 1 KR 9/18 R Rn. 10 ff.).
- II. Die Kostenentscheidung beruht auf <u>§Â§ 183 Satz 1</u>, <u>193 Abs. 1 Satz 1 SGG</u>.
- III. Der Senat hat die Revision zugelassen, weil die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen nach Erlass der QS-Richtlinie des G-BA vom 19.09.2019 ein Anspruch aus $\frac{\hat{A}\hat{S}\hat{A}}{137c} \frac{Abs.}{3} \frac{3}{5} \frac{SB}{5} \frac{V}{5}$ auf Versorgung mit Potentialleistungen bestehen kann, von grunds \hat{A} xtzlicher Bedeutung und bislang h \hat{A} 1chstrichterlich nicht gekl \hat{A} xrt ist. Ein entsprechendes Revisionsverfahren ist unter dem Aktenzeichen $\frac{B}{5} \frac{1}{5} \frac{KR}{5} \frac{27/22}{5} \frac{R}{5}$ anh \hat{A} xngig.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen ProzessbevollmĤchtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim

Bundessozialgericht, Postfach 41 02 20, 34114 KasseloderBundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel

einzulegen.

Die Revisionsschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist bei dem Bundessozialgericht eingegangen sein.

Die elektronische Form wird durch ̸bermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

 \hat{a} von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und \hat{A} 4ber das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

â∏ von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Ã∏bermittlungsweg gem. <u>§ 65a Abs. 4</u> Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung $\tilde{A}^{1}/4$ ber die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und $\tilde{A}^{1}/4$ ber das besondere elektronische Beh \tilde{A}^{1} rdenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung -ERVV) in der jeweils g $\tilde{A}^{1}/4$ ltigen Fassung. Weitergehende Informationen zum elektronischen Rechtsverkehr k \tilde{A}^{1} nnen $\tilde{A}^{1}/4$ ber das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als ProzessbevollmÃxchtigte sind nur zugelassen

â □ Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â jeder Rechtsanwalt,

â∏ Â Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,

â $\$ Â Â Â Â Â Â Â Â BerufsstÃ $\$ mdische Vereinigungen der Landwirtschaft fÃ $\$ ihre Mitglieder,

â∏ Â Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,

â∏ Â Vereinigungen, deren satzungsgemäÃ∏e Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,

Die vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften und juristischen Personen mýssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Behörden

und juristische Personen des Ķffentlichen Rechts einschlieÄ lich der von ihnen zur Erfļllung ihrer Ķffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlļsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen kĶnnen sich durch eigene BeschĤftigte mit BefĤhigung zum Richteramt oder durch BeschĤftigte mit BefĤhigung zum Richteramt anderer BehĶrden oder juristischer Personen des Ķffentlichen Rechts einschlieÄ lich der von ihnen zur Erfļllung ihrer Ķffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlļsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten. Handelt es sich dabei um eine der vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen, muss diese durch Personen mit BefĤhigung zum Richteramt handeln.

Die Revisionsschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Revision ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Bevollm \tilde{A} α chtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begr \tilde{A} α nden.

Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gest $\tilde{A}^{1}/4$ tzt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich $\tilde{A}^{1}/4$ ber den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter, der nicht schon durch die oben genannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mýndlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine ErklĤrung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen VerhĤltnisse (FamilienverhĤltnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so mÃ⅓ssen der Antrag und die Erklärung Ã⅓ber die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse â∏ gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen â∏ bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Revision (ein Monat nach

Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wĤhlen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewĤhlt.

Der Revisionsschrift und allen folgenden Schrifts \tilde{A} xtzen sollen Abschriften f \tilde{A} 1/4r die \tilde{A} 1/4brigen Beteiligten beigef \tilde{A} 1/4gt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.

Schriftlich einzureichende Antr \tilde{A} $^{\mu}$ ge und Erkl \tilde{A} $^{\mu}$ rungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Beh \tilde{A} $^{\mu}$ rde oder durch eine juristische Person des \tilde{A} $^{\mu}$ ffentlichen Rechts einschlie \tilde{A} $^{\mu}$ lich der von ihr zu Erf \tilde{A} $^{\mu}$ llung ihrer \tilde{A} $^{\mu}$ ffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschl \tilde{A} $^{\mu}$ sse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu \tilde{A} $^{\mu}$ bermitteln. Ist dies aus technischen Gr \tilde{A} $^{\mu}$ nden vor \tilde{A} $^{\mu}$ bergehend nicht m \tilde{A} $^{\mu}$ glich, bleibt die \tilde{A} $^{\mu}$ bermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zul \tilde{A} $^{\mu}$ ssig. Die vor \tilde{A} $^{\mu}$ bergehende Unm \tilde{A} $^{\mu}$ glichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverz \tilde{A} $^{\mu}$ glich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches \tilde{A} Dokument nachzureichen. Gleiches gilt f \tilde{A} $^{\mu}$ r die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, f \tilde{A} $^{\mu}$ r die ein sicherer \tilde{A} $^{\mu}$ bermittlungsweg nach \tilde{A} $^{\mu}$ 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG zur Verf \tilde{A} $^{\mu}$ 4gung steht (\tilde{A} $^{\mu}$ 65d SGG).

Erstellt am: 16.11.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024