S 21 KR 33/16

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
21
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 21 KR 33/16
Datum
18.01.2019
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Kostenübernahme einer immunbiologischen Behandlung mit Hyperthermie, Boswellia Carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, Hypericin, DCA, Aretsunate, Vitamin C und Amgydalin bei dem Arzt I ...

Der 1962 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Im Februar 2002 trat beim Kläger eine Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik auf. Eine kernspintomographische Abklärung ergab einen Tumor im linken unteren Frontallappen des Gehirns. Eine dem Kläger damals empfohlene Resektion wurde anschließend nicht durchgeführt. Erst nach einem erstmaligen Krampfanfall im Jahre 2014 und erneuter Abklärung erfolgte am 07.11.2014 die Resektion des linken Frontalpols. Die histologische Aufarbeitung des damals gewonnenen Materials ergab die Diagnose eines Glioblastoma multiforme mit oligodendroglialer Komponente Grad IV. Anschließend wurde im Dezember 2014 und im Januar 2015 eine postoperative Radio-Chemotherapie durchgeführt und bis 16.02.2015 fand anschließend eine Rehabilitationsbehandlung statt; eine Temozomolid-Therapie erfolgte bis Mitte April 2015. Am 24.04.2015 begann der Kläger beim Arzt I. eine Hochdosis Vitamin C-Therapie und am 15.06.2015 eine Therapie mit Boswellia Carterii. Bei einer kernspintomographischen Untersuchung am 07.05.2015 wurde über eine diffuse Kontrastmittelanreicherung der Tumoranteile berichtet, bei einer weiteren derartigen Untersuchung am 06.08.2015 von einem Rückgang der signalgesteigerten kontrastmittel-aufnehmenden Tumoranteile und von einem insgesamt erfreulich stabilen Zustand ohne akuten operativen Handlungsbedarf. Es wurde aber aufgrund der großen verbliebenen Resttumoranteile die Fortführung der Therapie mit Temodal nach Normalisierung der Blutwerte empfohlen.

Mit Schreiben vom 12.06.2015 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für die streitgegenständliche Immuntherapie bei Herrn I ... Dem Antrag lag ein Schreiben des Herrn I. bei, indem dieser den bisherigen Krankheitsverlauf des Klägers darlegte und seine Therapie vorstellte. Die Therapie mit Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, Hypericin, DCA, Aretsunate, Vitamin C und Amgydalin habe kurativen Anspruch. Durch die Therapie könne die Krebsstammzelle vernichtet werden. Alle beantragten Therapiefacetten hätten eine ausreichende wissenschaftliche Dokumentation vorzuweisen.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, informierte den Kläger jedoch darüber nicht. In seiner Stellungnahme vom 03.07.2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass weitere schulmedizinische Behandlungsmöglichkeiten bestünden. Der Kläger möge sich an ein Tumorzentrum wenden. Eine wirklich spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf könne durch die - weltweit ausschließlich durch Herrn I. angebotene - Therapiemischung in keinster Weise belegt werden, auch nicht als palliative Option. Dies gelte sowohl für die Einzelbestandteile als auch für die Kombination dieser Verfahren. Aus sozialmedizinischen Gründen sei eine Leistungspflicht der Beklagte daher nicht gegeben.

Mit Bescheid vom 17.07.2015 lehnte die Beklagte daraufhin eine Übernahme der Kosten ab. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein mit Schreiben vom 24.07.2015. Es erfolgte eine erneute Begutachtung durch den MDK. Mit Gutachten vom 06.11.2015 bestätigte der MDK, dass es sich um eine nicht anerkannte Methode, sondern um eine hoch experimentelle Therapie außerhalb der Empfehlung onkologischer Fachkreise, der Arzneimittelrichtlinie und zum Teil des Arzneimittelgesetzes handle. Wissenschaftliche Grundlagen der Methoden seien auch im Widerspruch nicht dokumentiert und ein Behandlungsversuch nicht ausreichend belegt. Unter ambulanter allgemeinärztlicher

Behandlung sei eine ausreichende positive Risikobewertung in Würdigung komplexer Behandlungsmuster und drohender schwerwiegender Komplikationen sowie fortgeschrittenem Krankheitsverlauf mit lebensbedrohlichen Komplikationsmöglichkeiten der Methode nicht möglich, insbesondere unter Anwendung fragwürdiger bzw. vertragsärztlich ausgeschlossener Substanzen. Die Methode verspreche keine positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf und habe gegenüber anerkannten Behandlungsoptionen keinen medizinischen Nutzen. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.12.2015 lehnte die Beklagte eine Übernahme der Kosten ab.

Dagegen wendete der Kläger sich mit seiner Klage vom 17.01.2016.

Der Kläger beantragt: Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger vorläufig ab sofort, längstens bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens, eine Behandlung mit Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralem Infusionsschema aus Curcumin, Hypericin, DCA, Aretsunate, Vitamin C und Amgydalin bei I. nach Maßgabe des Behandlungskonzepts des I. vom 12.06.2015 als Sachleistung zu gewähren bzw. den Kläger von den entstandenen Heilbehandlungskosten freizustellen.

Die Beklagte beantragt, den Antrag abzulehnen.

Die Beklagte verweist darauf, dass die persönliche Entscheidung des Klägers - so verständlich sie auch sein mag - eine hoch experimentelle, nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in Anspruch zu nehmen, obwohl zugelassene Standardtherapien zur Verfügung stünden, nicht auf Kosten der Solidargemeinschaft durchgeführt werden könne. Des Weiteren bestehe aus fachärztlicher Sicht keine Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die geforderte Therapie. Dies gelte sowohl für die Einzelbestandteile als auch für die Kombination dieser Verfahren. Das Bundessozialgericht habe in einer Vielzahl von Entscheidungen ausgeführt, dass eine Schutzpflicht des Staates auch in der Weise bestehe, dass er die Versicherten davor zu bewahren habe, mit zweifelhaften Therapien behandelt zu werden. Dies dürfe nicht durch eine vermeintlich großzügige Gestattung der Versorgung mit alternativen Behandlungen, deren Wirksamkeit nicht ausreichend belegt sei, unterlaufen und umgangen werden. Rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt seien, reichten in jedem Fall nicht aus.

Mit Schreiben vom 29.08.2017 wandte der Kläger sich an das Sozialgericht Nürnberg mit einem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, der unter dem Aktenzeichen S 21 KR 569/17 ER geführt wurde. Dem Kläger sei es nicht zuzumuten, die Entscheidung über den Anspruch in der Hauptsache abzuwarten. Dem Antrag lag ein Schreiben des behandelnden Arztes bei, wonach die Behandlung unaufschiebbar sei, da der Kläger seit 03.08.2017 unter zunehmenden Wortfindungsschwierigkeiten und Artikulationsstörungen leide. Dieses neurologische Symptom im Verein mit dem Verdacht auf ein Rezidiv schaffe eine völlig neue, hochbrisante Situation. Die Behandlung sei so dringlich, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines zeitlichen Aufschubs bestehe. Der Kläger sei nicht in der Lage aus eigenen Mitteln die Behandlung zu finanzieren. Die monatlichen Kosten für die Therapie mit onkolytischen Viren betrügen zwischen 2000 und 4000 Euro pro Monat initial, nach Beherrschung des Tumorwachstums 1000 - 2000 Euro. Die dendritischen Zellen kosteten etwa 4500 Euro pro Monat.

Am 29.09.2017 fand in dem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ein Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage statt. Die Ehefrau des Klägers führte aus, dass der Kläger am 24.04.2015 mit der Therapie bei Herrn I. begonnen habe. Diese bestehe aus hochdosiertem Vitamin C, DCA und Weihrauch und sei bis jetzt durchgeführt worden. Bei dem Kläger seien seit Beginn des Monats August 2017 Sprachstörungen aufgefallen, die auf ein Aufflammen des Krankheitsgeschehens hindeuteten. Der Kläger möchte nunmehr die Therapie mit den dendritischen Zellen, onkolytischen Viren und Hyperthermie beginnen. Am 31.08.2017 sei er in der Uni-Klinik G-Stadt zum MRT gewesen. Es habe keine genaue Aussage getroffen werden können, ob ein Rezidiv vorliege. Sie seien gebeten worden kurzfristig zu einer Verlaufskontrolle wieder in der Uni-Klinik zu erscheinen. Die Erkrankung des Klägers sei im Oktober 2014 entdeckt und im November sofort operiert worden. Es folgten dann Strahlentherapie und Chemotherapie. Ab Februar 2015 habe sich das Krankheitsgeschehen als stabil gezeigt. Im Mai 2015 sei ein erneutes MRT erfolgt, auch dieses zeigte einen stabilen Verlauf. Im März 2015 hätten die behandelnden Ärzte in F-Stadt mitgeteilt, dass eine weitere Chemotherapie nicht mehr erfolgen könne, da die Leukozytenwerte zu schlecht waren. Auf Nachfrage des Gerichts reichte der Kläger am 07.11.2017 ein Schreiben des Arztes Herrn I. ein, wonach es in der Rezidivsituation keine allgemein anerkannte Leitlinientherapie mehr gebe. Die Behandlung mit CCNU sei kein sinnvoller Weg. Die onkolytischen Viren hingegen seien der Hoffnungsträger der Onkologie.

Mit Beschluss vom 20.11.2017 hat die Kammer den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz abgelehnt. Die dagegen gerichtete und unter dem Aktenzeichen L 20 KR 742/17 ER geführte Beschwerde blieb erfolglos. Mit Beschluss vom 29.03.2018 hat das Bayerische Landessozialgericht die Beschwerde zurückgewiesen.

In dem vorliegenden Verfahren hat die Kammer Befundberichte des Hausarztes Herrn Dr. E., des Facharztes für innere Medizin, Internistische Onkologie/Hämatologie Herrn Dr. F., des behandelnde Arztes Herrn I. und des Universitätsklinikums G-Stadt und der Praxis für Strahlentherapie Priv.-Doz. Dr. med. A.B. eingeholt.

Am 22.03.2017 hat das Gericht bei Herrn Prof. Dr. J. von dem (Klinik für Neurologie Schwerpunkt klinische Neurobiologie) ein neurobiologisch-wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben. Der Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 07.11.2017 zu folgendem Ergebnis gekommen: Bei dem Kläger sei im Februar 2002 eine Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik mittels MRT abgeklärt worden. Dabei habe sich ein Tumor gezeigt, der zu diesem Zeitpunkt keine Kontrastmittel aufgenommen hatte. Der Kläger habe entgegen dem Rat seiner behandelnden Ärzte eine operative Therapie abgelehnt. Es wurden daraufhin vierteljährlich MRT Kontrollen durchgeführt. Im Oktober 2014 sei es zu einer transienten Symptomatik mit sekundenlanger Sprachstörung gekommen und es sei eine Abklärung im MRT erfolgt. Am 07.11.2014 sei die Resektion des linken Frontalpols erfolgt. Es habe sich Diagnose eines Gliobastoma multiforme mit oligodendroglialer Komponente Grad IV ergeben. Es sei daraufhin eine Radio-Chemotherapie mit Radiatio durchgeführt worden. Im März 2015 habe der Kläger mit der Therapie bei Herrn I. begonnen. Diese habe zunächst aus hoch dosiertem Vitamin C, DCA und Weihrauch bestanden. Bei dem Kläger liege eine besondere Konstellation vor. Es sei ein Gliobastom mit oligodendroglialer Komponente nachgewiesen. Dieser Tumor sei in der Version der WHO-Klassifikation, die von 2007-2016 galt, als Gliobastom geführt worden, obwohl die Prognose eine deutlich bessere sei als beim "Standard-Gliobastom". Seit 2016 werde dieser Tumor wieder als anaplastisches Oligodendrogliom geführt. Die

Überlebenszeiten seien sehr viel länger (50 % der Patienten überleben deutlich mehr als 6 Jahre) als beim Gliobastom ohne oligodendrogliale Komponente. Es sei zwar auch hier keine heilende Therapie möglich, jedoch sei der Therapieeffekt der zusätzlichen alkylierenden Chemotherapie in zwei großen internationalen Studien exzellent belegt. Zur Behandlung des Glioblastoms stünde eine Chemotherapie mit Temozolomid zur Verfügung. Im Rezidiv eines Glioblastoms sei auch die Therapie mit Nitrosoharnstoff (BCNU oder CCNU) zugelassen. Selbst in dem Fall, wenn man von einer Progression der Erkrankung am 07.05.2015 konstatiert hätte, stünde eine CCNU-Monotherapie oder analog zum Therapiealgorithmus beim anaplastischen Oligidendrogliom, eine CCNU-basierte PCV-Chemotherapie mit der Aussicht auf gute Wirksamkeit zur Verfügung. Die Therapie des Glioblastoms mit oligodendroglialer Komponente sei somit selbst bei Vorliegen eines Progresses nicht ausgeschöpft und damit nicht als endgültig erfolglos oder mit nicht ausreichendem Erfolg behaftet anzusehen.

Im weiteren Verlauf des Gutachtens hat sich der Gutachter mit den einzelnen Bestandteilen der Therapie, wie sie Herr I. durchführt, auseinandergesetzt. Bezüglich der Hyperthermie gebe es keine belastbaren wissenschaftlichen Daten, die nahe legen würden, dass die Hyperthermie die Chance auf Heilung, Verhütung der Verschlimmerung, Lebensverlängerung sowie Schmerzlinderung bei malignen Gliomen verbessere. Es gebe jedoch Studien zur Wirksamkeit der Elektrohyperthermie. Insbesondere gebe es eine Studie zur loco-regionalen Elektrohyperthermie mit externer Applikationsweise, die Hyperthermie als Brachytherapie, d.h. nach neurochirurgische Implantation von Kathetern in das Gehirn des Patienten, appliziere. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde jedoch auch die Radiotherapie über Brachytherapieverfahren appliziert, so dass sich die Studiensituation deutlich von dem durch Herrn I. angewandten Verfahren unterscheide. Des Weiteren gebe es folgende Studien: Fiorentine et al (2006), Wismeth et al. (2010), Hager et al (2008), Sahinbas et al. (2007). In der Summe gäbe es jedoch keine belastbaren wissenschaftlichen Daten, die nahe legen würden, dass Hyperthermie die Chance auf Heilung, Verhütung der Verschlimmerung, Lebensverlängerung sowie Schmerzlinderung bei malignen Gliomen verbessere. Der Ansatz habe sich in der medizinischen Praxis nicht durchgesetzt. Auch in die Leitlinie "Gliome" der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und die Leitlinie zur Diagnose und Therapie anaplastischer Gliome und Gliobastome der European Association of Neurooncology gehöre die Elektro-Hyperthermie nicht zu den Empfehlungen. Boswellia-Säuren seien Weihrauch-Extrakte. Diese zeigten anti-tumorale Effekte in der Zellkultur, eine lebenszeit-verlängernde Wirkung könne jedoch nicht indiziert werden. Bezüglich der onkolytischen Viren führte der Gutachter aus, dass die Palette breit sei und diverse Studien derzeit derartige Therapieansätze analysieren würden. Es handle sich durchweg um experimentelle Ansätze, die auch nur in definierten Studien appliziert werden sollten. Bei dem Kläger solle ein Newcastle-Disease-Virus (NDV) eingesetzt werden, so dass nach Studien gesucht werden müsse, in denen dieser Virustyp eingesetzt wurde. Es würden sich Einzelfälle einer Behandlung finden und mehrere nicht randomisierte Studien. Diese Fälle würden sich nicht dazu eignen, die Therapie mit NDV zu etablieren. Bezüglich der dendritischen Zellen gebe es keine publizierten Phase III Studien, die eine Effektivität der Vakzination mit dendritischen Zellen nahelegten. Es handle sich um eine experimentelle Therapie, deren konkrete Wirksamkeit noch zu belegen sei. Zu der Behandlung mit Curcumin gebe es keine Studien. Bezüglich der Behandlung mit Dichlorazetat (DCA) seien bisher fünf Gliobastom Patienten publiziert, bei denen diese Substanz eingesetzt wurde. Eine Generalisierung der zum Teil günstigen individuellen Verläufe auf eine größere Gesamtheit von Patienten verbiete sich angesichts der sehr kleinen Fallzahl und der fehlenden Kontrollgruppe. Bei Artesunaten handle es sich ursprünglich um ein Anti-Malariamittel. Auch bezüglich dieser Therapie gebe es keinerlei klinische Daten, die Chancen auf Heilung, Verhütung der Verschlimmerung, Lebensverlängerung sowie Schmerzlinderung begründen würden. Artesunate seien kein etablierter Teil der Therapie von Hirntumorpatienten. Auch Vitamin C sei kein etablierter Teil der Therapie von Hirntumorpatienten, ebenso Amygdalin. Zusammenfassend gebe es für keine der von Herrn I. eingesetzten Therapien ausreichende klinische Hinweise, dass der Verlauf der Erkrankung eines Patienten mit malignen Gliomen verbessert werde. Der Kläger habe bereits im März 2015 mit der Therapie begonnen. Der Beginn der Behandlung bei Herrn I. sei nicht unaufschiebbar gewesen. Die Behandlung sei schon begonnen worden, bevor eine mögliche Progression der Erkrankung diskutiert wurde. Bei Nachweis einer Progression zu diesem Zeitpunkt wäre im schlimmsten Falle einer Umstellung der Chemotherapie nach Erholung der Leukopenie zwingend gewesen.

Mit Schreiben vom 12.12.2017 beantragte der Kläger die Einholung eines Gutachtens gemäß § 109 SGG bei dem Facharzt für Radiologie und Strahlentherapie Herrn Dr. med K. vom Institut O. in B-Stadt. Herr Dr. K. lagt dar, dass er weltweit seit bald 40 Jahren auf dem Gebiet onkologischer Verlaufskontrollen in Bildgebung und Labordiagnostik tätig sei und seit ca. 35 Jahren im Bereich therapeutischer anti-tumoröser Verfahren. Herr Dr. K. betreibt eine Privatpraxis für individuelle Krebstherapie und Krebsdiagnostik. In seiner Praxis führe er Behandlungen bestehend aus Radiotherapien, aus Chemoradiotherapien, zellulären Immuntherapien (z.B. mit dendritische Zellen) in möglichst umfassender, möglichst simultaner Kombination und unter Einbindung von lokoregionären oder Ganzkörper-Hyperthermien. Dr. K. hat zunächst kurz den Verlauf der Erkrankung dargestellt. Der Kläger habe Ende April 2015 mit der Boswellia-Therapie, DCA-Therapie und Hochdosis Vitamin C-Behandlung begonnen. Im November 2015 sei bei der Kernspintomographie keine Veränderung bis einschließlich 9/2016 festgestellt worden. Die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zwischen der Diagnose des Glioblastoms im Jahr 2014 und der Temodalpause im März 2015 seien eindeutig gemäß den therapeutischen Leitlinien durchgeführt worden. Der anschließende stabile Verlauf bei posttherapeutisch makroskopisch verbliebenen Resttumor könne jedoch nicht allein als Ergebnis der Chemoradiotherapie angesehen werden, da die Stabilität auch erhalten bliebe als schon monatelang kein Temodal mehr verabreicht worden war. Herr Prof. J. ginge davon aus, dass bei dem Kläger ein Oligodendrogliom vorliege. Oligodendrogliome wiesen tatsächlich eine deutlich längere Überlebenszeit aus, aber nur bis zu einer weiteren Malignisierung bis zu einem Gliobastom. Niedermaligne Tumore würde über die Jahre hinweg eine stetige Malignisierung erfahren. Es würden keine anerkannten Behandlungsmethoden mehr bestehen. Die von Herrn Professor Dr. J. vorgeschlagene Therapie mit CCNU oder BCNU würde der Gutachter nicht einmal für sich selbst wahrnehmen, sondern vehement als voraussichtlich nutzlos aber hochgradig nebenwirkungsbelastet verweigerten, da ihr Schaden während der letzten Lebensmonate oder ihr wohl nur Lebenswochen mit hoher Wahrscheinlichkeit größer wäre als der Nutzen. Es würden wissenschaftlichen Erkenntnisse bestehen, wonach die geplante Therapie mit Fokus auf die Hyperthermie für den Kläger vorteilhaft sei. Dabei gehe der Gutachter als Prämisse grundsätzlich davon aus, dass wissenschaftliches Arbeiten bereits dann vorliege, wenn der Arzt nach jedem schwierigen Einzelfall seine von ihm angewendeten Methoden kritisch hinterfrage und zu ändern bereit sei. Es stünden Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hyperthermie zur Publikation an. Die Publikationen oder Resultate der lokalen Elektrohyperthermie basierten anfänglich größtenteils auf einer stetig wachsenden Anzahl von Einzelfällen, unterstützt durch eine ansteigende Anzahl von Studien. Die Durchführung von Studien werde durch eine ständig in diesem Sinne aktualisierte Gesetzeslage immer weiter erschwert. Jede sinnvolle Studie koste mindestens 300.000 EUR. Solche Summen könnten niedergelassene Ärzte nicht aufbringen. Nach knapp 40 Jahren Krebsdiagnostik und Radioonkologie sowie nach knapp 15 Jahren eigener Anschauung von Behandlungsergebnissen mit dendritischen Zellen bei Glioblastomen sei es für den Gutachter ein leichtes festzustellen, dass während 40 Jahren Strahlentherapie von ihm und seinen Kollegen weltweit nicht annähernd so gute Ergebnisse erzielt werden konnten wie durch die streitbewährten Methoden onkolytischer Viren und dendritischer Zellen. Es sei jedoch typisch für die Schulmedizin, konkurrierende Methoden abzulehnen, um pharma-onkologische Weltbilder und Ökonomie nicht zu gefährden

oder gar einreißen zu müssen. Es sei wichtig statt Studienergebnissen auch eigene bloße Erfahrungen in neuen sinnvollen nebenwirkungsarmen Methoden miteinander auszutauschen und auch schon diesen Austausch und dessen Resultate als wissenschaftlich anzuerkennen. Mit der Therapie habe man nicht bis zu der Entscheidung der Krankenkasse warten können. Der Gutachter habe so viele Patienten mit einer geradezu explodierenden Tumorprogression gesehen, dass man keinesfalls darauf hoffen durfte, der Kläger werde schon nicht zu dieser prekären Patientengruppe gehören und hätte damit genügend Zeit voraussichtlich abschlägige Bescheide abwarten zu können. In einem Nachtrag des Gutachters zum besseren Verständnis von Behandlungsziel und Behandlungsmöglichkeiten der Hyperthermie erläutert der Gutachter die Unterschiede zwischen Elektrohyperthermie und der Durchführung der Hyperthermie mit mikrowellen-induzierten Geräten. Des Weiteren legte der Gutachter einen von ihm selbst verfassten Artikel über Elektrohyperthermie bei.

Am 18.01.2019 hat ein Termin zur mündlichen Verhandlung stattgefunden. Die Ehefrau des Klägers hat in diesem Termin erklärt: "Nach der mündlichen Verhandlung im Jahr 2017 war der Gesundheitszustand meines Mannes zunächst stabil. Mitte des Jahres 2018 zeigte sich dann eine Verschlechterung des Zustandes, es erfolgte eine erneute Operation an der Uni-Klinik G-Stadt. Die Operation wurde am 08.08.2018 durchgeführt. Nach der operativen Entfernung des Tumors wurde eine Bestrahlung empfohlen, diese wollten wir in F-Stadt durchführen lassen. Der behandelnde Arzt in F-Stadt wollte jedoch die Verantwortung nicht auf sich nehmen und hat uns an eine Klinik in M. verwiesen. Wir sind dort jedoch nicht hingefahren, sondern haben uns wieder an Herrn I. gewandt, weil es meinem Mann so schlecht ging. Mit der Hyperthermie haben wir bereits im September 2017 angefangen, mit der Behandlung mit onkolytischen Viren am 06.09.2018. Ich habe für die Behandlung mit Hyperthermie und onkolytischen Viren eine Rechnung von Herrn I. über insgesamt ca. 20.000 Euro bekommen. Seit wir die Therapie bei Herrn I. angefangen haben, geht es meinem Mann wieder besser."

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte, die Akte im einstweiligen Rechtsschutzverfahren mit dem Aktenzeichen S 21 KR 569/17 ER sowie die Verwaltungsakte der Beklagte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, denn dieser ist nicht rechtswidrig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung bei dem Arzt I ...

Der Kläger hat weder aus § 13 Abs. 3 SGB V noch aus § 13 Abs. 3 a SGB V einen Anspruch auf Erstattung der von ihm bereits bezahlten Kosten der Behandlung bei Herrn I ... Er hat auch keinen Anspruch auf Gewährung der Behandlung als Sachleistung.

Die Kammer lässt dahingestellt, ob die Klage bereits unzulässig ist. Wird die Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Leistungen begehrt, ist der Erstattungsbetrag konkret zu beziffern. Es muss also grundsätzlich ein bestimmter (bezifferter) Zahlungsantrag gestellt und dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im Einzelnen zusammensetzt (BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - B 3 KR 18/03 R - juris, Rn. 12). Ein auf Kostenerstattung gerichteter Antrag ist unzulässig, wenn er nicht beziffert, aber bezifferbar ist (BSG, Urteil vom 24. September 2002 - B 3 P 15/01 R - juris, Rn. 11). Wie der Kläger zu dem geltend gemachten Betrag von EUR 20.000,00 gelangte, ist nicht erkennbar. Der Kläger legte zwar Rechnungen vor, diese Rechnungen belegen den klageweise geltend gemachten Betrag von EUR 20.000,00 jedoch nicht. Die Kammer sieht davon ab, auf eine entsprechende Klarstellung hinzuwirken, weil die Klage unter keinem Gesichtspunkt begründet sein kann (dazu nachfolgend) und daher abzuweisen ist (vgl. BSG, Urteil vom 24. September 2002 - B 3 P 15/01 R - juris, Rn. 12).

1. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der bereits entstandenen Kosten gem. § 13 Abs. 3 SGB V.

Als Anspruchsgrundlage für die Erstattung bereits entstandener Kosten - wie vorliegend - kommt allein § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Hiernach gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (1. Alternative) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. Alternative) und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (zu den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V im Einzelnen: BSG, 16.12.2008, B 1 KR 2/08 R - juris).

a) Eine Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V kommt bereits deshalb nicht in Betracht, da der Kläger den notwendigen Beschaffungsweg nicht eingehalten hat.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts scheidet ein auf § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V gestützter Erstattungsanspruch aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne zuvor die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG, 02.07.2015, B 3 KR 3/15 BH, BSG, 21.02.2008, B 1 KR 123/07 B; BSG, 14.12.2006, B 1 KR 8/06 R). § 13 Abs. 3 SGB V soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen (vgl. dazu BSG, 30.06.2009, B 1 KR 5/09 R, juris). Der Versicherte muss vor Inanspruchnahme der Leistung Kontakt mit seiner Krankenkasse aufgenommen haben. Er muss sich vor jeder Therapieentscheidung in zumutbarem Umfang um die Gewährung der Behandlung als Sachleistung bemühen. Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihren - Gesundheitsgefährdungen und wirtschaftliche Risiken vorbeugenden - Beratungsauftrag erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen, um gegebenenfalls aufzuzeigen, welche Leistungen anstelle der begehrten in Betracht kommen.

Nach den eingereichten Abrechnungsunterlagen der Praxis I. erfolgte die erste Behandlung am 30.04.2015, Rechnungen aus Apotheken liegen bereits vom März 2015 vor. Der Kläger hat damit bereits vor dem ablehnenden Bescheid der Antragsgegnerin vom 17.07.2015 mit der Therapie begonnen. Damit fehlt es aber an dem notwendigen Kausalzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung, der nach der ständigen Rechtsprechung des BSG Voraussetzung ist für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V ist.

Dies gilt auch für den Fall einer - wie hier - längerfristigen Behandlung, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt. Ein Anspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Var. SGB V ist ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte. Bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen wird die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse zwar im Allgemeinen eine Zäsur sein; daher kann die Kostenerstattung im Einzelfall auch nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen sein, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Das kann allerdings nur gelten, wenn die nachträglich getroffene Entscheidung der Krankenkasse überhaupt noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen (zum Folgenden ausführlich: BSG, Urteil vom 22. März 2005 - B 1 KR 3/04 R - m. w. N., zitiert nach juris). Waren mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung die weiteren Schritte bereits vorgezeichnet und festgelegt, fehlt selbst bei dieser Konstellation der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn sich die Behandlung als einheitlicher Vorgang darstellt, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lässt. Vorliegend hat der Kläger bereits mit der Behandlung begonnen und sich damit bereits unabhängig vom nachfolgenden Verhalten der Krankenkasse endgültig festgelegt. Durch den ablehnenden Bescheid ist daher keine Zäsur eingetreten. Es ist auch nicht zu erkennen, dass sich die Behandlung in unabhängig voneinander bestehende Leistungsabschnitte aufspalten lässt. Die Behandlung wurde vielmehr konstant seit März 2015 durchgeführt.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass der Kläger, wie er in dem Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage angegeben hat, zunächst nur mit Vitamin C und anderen Medikamenten behandelt wurde und die Therapie mit Hyperthermie, dendritischen Zellen und onkolytischen Viren tatsächlich noch nicht begonnen hat. In dem Antrag vom 12.06.2015 ist die Therapie als Gesamtkonzept und einheitlicher Vorgang beschrieben. Eine Aufteilung auf einzelne Behandlungsteile verbietet sich daher. Das Besondere der Therapie des Herrn I., das dieser in seinen Berichten stets hervorhebt, liegt ja gerade in der Kombination der verschiedenen Einzeltherapien. Dies steht nach Ansicht des Gerichts einer Aufteilung in einen bereits begonnen und einen noch nicht begonnenen Teil entgegen.

b) Der Kläger hat auch keinen Anspruch aus § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alternative SGB V. Es handelt sich nach Auffassung des Gerichts nicht um eine unaufschiebbare Leistung.

Nach Auffassung des Gerichts lag bereits keine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alternative SGB V lag nicht vor. Danach sind dem Versicherten die Kosten einer selbstbeschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte. Die von dem Kläger begehrte Leistung war nicht unaufschiebbar im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt 1 SGB V. Eine unaufschiebbare Maßnahme liegt vor, wenn die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten (BSG, 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R - juris). Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (BSG, 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R).

Dem Kläger war ein vorübergehendes Zuwarten bis zu der Entscheidung der Antragsgegnerin zumutbar. Der Kläger hatte zu dem Zeitpunkt gerade einen Zyklus der schulmedizinischen Behandlung abgeschlossen. Eine mögliche Progression der Erkrankung, die eventuell zu einer Umstellung der schulmedizinischen Behandlung geführt hätte, wurde erst am 07.05.2015 diskutiert. Es war dem Kläger aus medizinischen Gründen möglich, die Entscheidung der Antragsgegnerin abzuwarten. Zwar ist sich das Gericht dessen bewusst, dass im Rahmen einer Krebs-Behandlung schnell Entscheidungen getroffen und Behandlungen begonnen werden müssen. Es bestehen aber keine Anhaltspunkte dahingehend, dass der angestrebte Behandlungserfolg später nicht mehr eintreten konnte oder ein Zuwarten aus medizinischen Gründen nicht zumutbar war. Darüber hinaus schafft § 13 Abs. 3 a SGB V eine verlässliche Grundlage dafür, in welchem zeitlichen Horizont eine Entscheidung zu erwarten ist. Die Beklagte muss aufgrund der gesetzlichen Vorgaben in § 13 Abs. 3 a SGB V binnen drei bzw. bei MDK-Begutachtung binnen fünf Wochen entschieden. Nach Auffassung des Gerichts hätte der Kläger diesen Zeitraum abwarten können.

2. Selbst wenn man von einer unaufschiebbaren Leistung ausgehen würde, hat der Kläger keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten bzw. Gewährung der Behandlung als Sachleistung nach den vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG, 6.12.2005, 1 BvR 347/98) entwickelten und mittlerweile in § 2 Abs. 1a SGB V normierten besonderen Anforderungen an das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung. Es steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass bei dem Kläger noch anderweitige schulmedizinische Behandlungsmöglichkeiten bestehen und die Behandlung nach dem Konzept des Herrn I. keine hinreichende Aussicht auf positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bietet.

Nach § 2 Abs. 1 a SGB V hat der Kläger einen Anspruch auf Übernahme der Kosten unter folgenden Voraussetzungen:

a. Es muss eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliegen. b. Für diese Erkrankung darf eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehen. c. Durch die Behandlung muss eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehen. Die Voraussetzungen dieser Norm sind bei der Therapie durch Herrn I. nicht erfüllt.

a) Der Kläger leidet an einem Gliobastom mit oligodendroglialen Bestandteilen. Dabei handelt es sich unstreitig um eine lebensbedrohliche bzw. regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung.

b) Es steht jedoch zur Überzeugung des Gerichts fest, dass in der Vergangenheit stets anderweitige zugelassenen Behandlungsmöglichkeiten, die Aussicht auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf haben, bestanden und auch aktuell noch bestehen.

Zu Beginn der Therapie bei Herrn I. im Jahr 2015 bestanden weitere Behandlungsmöglichkeiten. In seinem Arztbrief vom 06.11.2017 beschreibt Herr I. die Möglichkeit einer Therapie mit CCNU, was aus seiner Sicht zwar keinen sinnvollen Weg darstelle, aber möglich sei. Auch der gerichtliche Sachverständige beschreibt in seinem Gutachten weitere schulmedizinische Behandlungsmethoden wie die

Behandlung mit CCNU, die gerade bei der Erkrankung des Klägers exzellent belegt sei. Diese Therapie könne auch in der Rezidivsituation durchgeführt werden und könne zu einer positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf führen. Diese Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen können durch das Gutachten des Herrn Dr. K. nicht widerlegt werden. Dieser beschränkt sich darauf ohne weitere Begründung die Behandlung mit CCNU zu verwerfen. Diese Behandlung "würde der Gutachter nicht einmal für sich selbst wahrnehmen, sondern vehement als voraussichtlich nutzlos, aber hochgradig nebenwirkungsbelastet verweigern". Ein Beleg für diese Behauptung wird von Herrn Dr. K. nicht angeführt. Mit einer solchen nicht weiter begründeten Behauptung kann ein sorgfältig erstelltes und auf medizinwissenschaftliche Erkenntnisse gestütztes Gutachten wie das des gerichtlichen Sachverständigen nicht erschüttert werden. Damit standen in der Vergangenheit - vor dem erneuten Aufflammen der Erkrankung im August 2018 - zugelassene Behandlungsmethoden zur Verfügung, die noch nicht von dem Kläger ausgeschöpft worden sind.

Auch aktuell bestehen noch schulmedizinische Behandlungsmöglichkeiten. Mitte des Jahres 2018 hat sich bei dem Kläger eine Verschlechterung des Zustandes eingestellt, es erfolgte am 08.08.2018 eine erneute Operation an dem G ... Nach der operativen Entfernung des Tumors wurde ärztlicherseits eine Bestrahlung empfohlen, die in F-Stadt durchgeführt werden sollte. Nach Angabe der Ehefrau des Klägers in der mündlichen Verhandlung vom 18.01.2019 habe der behandelnde Arzt in F-Stadt die Verantwortung jedoch nicht auf sich nehmen wollen und den Kläger an eine Klinik in M. verwiesen. Diese Therapieoption habe der Kläger jedoch nicht wahrnehmen wollen, sondern habe sich wieder an Herrn I. gewandt. Auch aktuell standen daher mit der Bestrahlung in einer Klinik in M. noch zugelassene Behandlungsmethoden zur Verfügung.

c) Die verfügbare Datenlage bietet für die von Herrn I. angebotene Therapie auch keine Aussicht auf Heilung oder wenigstens eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (vgl. zur Hyperthermie: Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, 19.11.2015, L 16 KR 677/15 B ER).

Wenn es darum geht, einem gesetzlich Krankenversicherten bei einer lebensbedrohlichen oder vorhersehbar tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, eine nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung zu stellen, lässt die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss, vom 06.12.2005, Az. 1 BvR 347/98) ein abgesenktes Evidenzniveau ausreichen. Die bei solchen Krankheiten vorliegende notstandsähnliche Situation schließt es unter Abwägung der widerstreitenden Verfassungsgüter aus, die Behandlung generell von dem für Arzneimittelzulassungen üblichen Wirksamkeitsnachweis in Form randomisierter kontrollierter und nach Möglichkeit (doppelt) verblindeter Studien abhängig zu machen. Wegen der Gefahr eines tödlichen Verlaufs bei faktischer Alternativlosigkeit sinken darüber hinaus die Anforderungen an den Nachweis einer positiven Nutzen-Risiko-Relation, weil die Risiken unerwünschter Arzneimittelwirkungen durch das der Krankheit eigene Mortalitätsrisiko in der Regel aufgewogen werden, so dass bereits eine nur mittelbar aus Indizien abgeleitete Nutzenprognose die Behandlung rechtfertigen kann (vgl. dazu SG Dresden, 2.9.2011, S 18 KR 434/11 ER). Es genügen daher schon (Wirksamkeits-) Indizien, die sich auch außerhalb von Studien oder vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften finden können (vgl. bspw. BSG, Urteil vom 02.09.2014, B 1 KR 4/13 R.: wissenschaftliche Verlaufsbeobachtung anhand von 126 operierten Menschen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle). Indizien im Sinne der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung sind aber stets "ernsthafte Hinweise" auf eine Erreichbarkeit des Behandlungsziels durch die Alternativbehandlung (BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98 - juris Rn. 66). Rein experimentelle Behandlungen - d.h. Behandlungen, mit denen ein bestimmtes Behandlungsziel (ggf. eine Heilung) ohne hinreichende Indizien auf eine Wirksamkeit im Wege des Experiments beabsichtigt ist - reichen hierfür nicht (nochmals BVerfG, Beschluss vom 26. Februar 2013 - 1 BvR 2045/12 - juris Rn. 15). Indizien im vorstehenden Sinne erfordern objektivierbare wissenschaftliche Erkenntnisse (vgl. BSG, Urteil vom 7. November 2006 - B 1 KR 24/06 R - juris Rn. 23 f.). Das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt durch die entsprechende Einschätzung oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Erfahrungen bei Behandlungen der in Rede stehenden Art im Einzelfall, genügt für sich allein genommen nicht (vgl. dazu auch etwa BSG, Urteil vom 07.11.2006, - B 1 KR 24/06 R -, in juris Rdnr 32 f.). Denn die grundrechtliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, aus der ein Anspruch auf eine Behandlung mit einer neuen Behandlungsmethode bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung hergeleitet wird, soll nicht nur verhindern, dass die gesetzlichen Vorschriften zu den Leistungsansprüchen, die den Versicherten im Rahmen der GKV zustehen, in einer dem Zweck des Grundrechts zuwiderlaufenden Weise zu eng gefasst oder ausgelegt werden, weil den Staat mit der Schaffung des Systems der GKV eine besondere Verantwortung trifft (vgl. nochmals BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98 - juris Rn. 65). Die gleiche Schutzpflicht verlangt vom Staat, generell für einen Schutz vor Gesundheitsgefahren zu sorgen (z.B. BVerfG, Beschluss vom 4. Mai 2011 - 1 BvR 1502/08 - juris Rn. 37); diese Schutzpflicht im System der GKV gebiete es daher ebenso Sicherungsmechanismen zum Schutz der Versicherten vor zweifelhaften oder nicht ordnungsgemäß durchgeführten Therapien zur Krankenbehandlung zu schaffen (BSG, Urteil vom 7. November 2006 - B 1 KR 24/06 R - juris Rn. 22).

Dies zugrunde gelegt bietet die von Herrn I. angebotene Therapie mit Hyperthermie, Boswellia Carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, Hypericin, DCA, Aretsunate, Vitamin C und Amgydalin keine hinreichende Aussicht auf Erfolg. Zu diesem Ergebnis gelangt die Kammer aufgrund der Gutachten des MDK und den schlüssigen und nachvollziehbaren stets überzeugend begründeten Aussagen der Herrn Prof. Dr. J ... Nach dem Sachverständigengutachten des Herrn Dr. J. bietet keine der begehrten Therapien - zumindest so wie sie Herr I. durchführt - eine Aussicht auf positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (vgl. dazu auch SG Augsburg, 28.07.2015, S 6 KR 147/14). Es handelt sich zwar jeweils um Therapieansätze, zu denen geforscht wird. Diese befinden sich jedoch noch in dem Stadium der experimentellen Therapie. Allein die Überzeugung des Herrn I. und des Klägers, dass die Therapie erfolgreich sei, genügt für eine hinreichende Erfolgsaussicht nicht. Es liegen keinerlei wissenschaftliche Erkenntnisse vor, dass die Therapie - so wie sie Herr I. durchführt - Erfolgsaussicht verspricht. Herr I. und auch der Sachverständige nach § 109 SGG stellen lediglich Behauptungen auf, die nicht belegt sind. Entgegen der Auffassung des Herrn Dr. K. führt auch nicht jedes reflektierte Handeln eines Arztes zu einer wissenschaftlichen Erkenntnis. Dem ist das Bundessozialgericht bereits entgegengetreten, indem es das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt durch die entsprechende Einschätzung oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Erfahrungen bei Behandlungen der in Rede stehenden Art im Einzelfall für sich allein genommen nicht genügen lässt (vgl. dazu auch etwa BSG, Urteil vom 07.11.2006, - B 1 KR 24/06 R -, in juris Rdnr 32 f.). Insgesamt kann das Gutachten nach § 109 SGG des Herrn Dr. K. nicht überzeugen. Soweit der Gutachter nach § 109 SGG Kritik am Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen übt, besteht diese aus Behauptungen, die durch keinerlei medizinisch-wissenschaftliche Veröffentlichungen oder wissenschaftliche Untersuchungen und Studien belegt sind. Mit einem solchen unbelegten Vorbringen kann ein sorgfältig erstelltes und auf medizinwissenschaftliche Erkenntnisse gestütztes Gutachten wie das des gerichtlichen Sachverständigen nicht erschüttert werden. Es verwundert, wenn der Gutachter nach § 109 SGG zwar angeblich

wissenschaftliche Behauptungen aufstellt, dann aber dafür keinerlei wissenschaftliche Belege liefert. Sofern Herr Dr. K. dem Sachverständigen entgegenhält, dass die beim Kläger angewendeten Methoden teilweise bereits seit vielen Jahren erfolgreich und ohne Nebenwirkungen eingesetzt würden, bleibt er den Nachweis dieser Behauptung schuldig.

d) Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten der Therapie unter dem Aspekt, dass Herr I. einen kurativen Ansatz verspricht. Das Bundesverfassungsgericht hat am 26.02.2013 (1 BvR 2045/12) entschieden, dass die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, nicht losgelöst davon betrachtet werden kann, was die anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt. Versicherte könnten jedenfalls dann nicht auf eine palliative Standardtherapie verwiesen werden, wenn durch eine Alternativbehandlung eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung besteht. Dies ist vorliegend aber nicht der Fall. Herr I. geht in seinem Antrag an die Antragsgegnerin vom 12.06.2015 zwar von einem kurativen Ansatz seiner Behandlung aus, da er durch die Behandlung mit dendritischen Zellen und onkolytischen Viren die Krebsstammzellen vernichten will. Dies geht jedoch nicht über eine bloße zweckgerichtete Behauptung hinaus. Es fehlt hier eine Begründung dafür, dass der streitigen Therapie - entgegen der evident anderslautenden wissenschaftlichen Lehrmeinung - potentiell kurative Wirkung zukommt. Es existieren auch nach dem Sachverständigengutachten des Herrn Dr. J. keinerlei Hinweise darauf, dass die von Herrn I. vorgeschlagene Kombinationsbehandlung gegenüber der medikamentösen Behandlung einen prognostischen Vorteil von solchem Gewicht bieten würde (vgl. zu einer ähnlichen Therapie SG Dresden, Beschluss vom 01. Februar 2013 - S 18 KR 946/12 ER -, Rn. 25, juris). Das Gegenteil ist der Fall: Nach dem Sachverständigengutachten des Herrn Dr. J. besteht bei dem Kläger ein anaplastisches Oligodendrogliom. Für diese Erkrankung ist der Therapieeffekt der zusätzlichen alkylierenden Chemotherapie belegt. Die Prognose ist deutlich besser als bei einem "Standard"-Gliobastom. Soweit der Kläger auf eine weitere Chemotherapie oder Radiotherapie verzichten möchte, beruht dies auf einer ihm obliegenden Abwägung, durch die aber nicht das Spektrum der zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse zu erbringende Leistungen erweitert wird. Es fehlen Indizien, dass die begehrte Versorgung einen über diese palliative Standardtherapie hinausgehenden Erfolg zeitigen könnte.

3. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Therapie bei Herrn I. gem. § 13 Abs. 3 a SGB V, der seit dem 26.02.2013 gilt.

Nach § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Kann die Krankenkasse diese Frist 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 Antragsgegnerin hat zwar über den Antrag nicht binnen drei Wochen entschieden. Der Kläger hat aber mit der streitgegenständlichen Therapie bereits vor seinem Antrag und zwar im März 2015 begonnen. Damit hat sich der Sachleistungsanspruch des Klägers in einen Kostenerstattungsanspruch gem. § 13 Abs. 3 SGB V umgewandelt. Ein Kostenerstattungsanspruch ist nicht von § 13 Abs. 3 a SGB V erfasst (vgl. BSG, 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R - juris unter Rn 11, 12). Voraussetzung für die Erstattung von Kosten gem. § 13 Abs. 3 a SGB V ist nämlich, dass die Selbstbeschaffung der Leistung zeitlich nach dem Eintritt der Genehmigungsfiktion erfolgt ist.

Dies muss nach Auffassung des Gerichts auch bei längerfristigen Behandlungen gelten, die sich - wie hier - über einen längeren Zeitraum erstrecken. Dies steht im Einklang mit der gefestigten und langjährigen Rechtsprechung des BSG zu einer Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V. Hat der Versicherte bereits mit einer Behandlung begonnen, ohne das eine Entscheidung der gesetzlichen Krankenkasse vorliegt, so scheidet ein Kostenanspruch aus, es sei denn, es hat sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Dies ist hier jedoch nicht der Fall (vgl. dazu oben unter 2.). Genauso ist die Rechtslage nach Ansicht der Kammer zu beurteilen, wenn die streitigen Kosten nicht aufgrund der Regelung des § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Var. SGB V (rechtswidrige Ablehnung) sondern aufgrund § 13 Abs. 3 a S. 7 SGB V geltend gemacht werden. Auch dann müssen der Eintritt der Genehmigungsfiktion und die entstandenen Kosten zumindest hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs kausal miteinander verknüpft sein. Hat der Versicherte aber bereits mit der Behandlung begonnen, ohne dass die Genehmigungsfiktion eingetreten war, hat er sich bereits unabhängig vom nachfolgenden Verhalten der Krankenkasse endgültig festgelegt. In diesen Fällen tritt weder durch einen ablehnenden Bescheid noch durch den möglichen Eintritt der Genehmigungsfiktion eine Zäsur ein. Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die bereits begonnene Dauermaßnahme kann folglich nicht auf § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V gestützt werden.

4. Die Kostenfolge ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2019-03-07