

L 4 KR 3035/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 2489/12
Datum
22.05.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 3035/14
Datum
19.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 22. Mai 2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt als Sohn und Sonderrechtsnachfolger der am 1956 geborenen und am 2011 an einem Ovarialkarzinom mit Metastasierungen und einer Karzinose des Bauchfells verstorbenen, nicht verheirateten und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden I. B. (Versicherte) die Erstattung der Kosten für eine ambulante Behandlung mit alternativer Krebstherapie (Hyperthermie, Substitutions-, Supportiv-, Oxygenierungs- und Immuntherapien und Hyperthermie) durch den nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt für Allgemeinmedizin Prof. Dr. W. in der nicht als Vertragskrankenhaus zugelassenen G. Klinik in W. (im Folgenden: Privatklinik) in Höhe von EUR 10.093,37.

Die Versicherte war bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Im Jahr 2006 wurde bei ihr ein Ovarialkarzinom festgestellt, weshalb im Januar 2006 eine Hysterektomie und zwischen März und Juli 2006 eine Chemotherapie mit einem Zyklus Paclitaxel und Cisplatin und drei Zyklen Paclitaxel und Carboplatin durchgeführt wurden. Im Februar 2009 trat ein Rezidiv auf. Es erfolgte im März 2009 eine Rezidivoperation. Außerdem wurden der Versicherten zwischen März und Juli 2009 sechs Zyklen Chemotherapie mit Taxol und Carboplatin und zwischen Juli und November 2010 fünf Chemotherapiebehandlungen mit 5-FU, Mitomycin, Cisplatin, Yttrium 90 verabreicht. Im Dezember 2010 kam es zu einer erneuten Verschlechterung. Im Februar 2011 wurden bei einer Positionenemissionstomographie eine weitere Progredienz der Lungen- und Lymphknotenmetastasierung und der Karzinose des Bauchfells und neu aufgetretene Metastasen festgestellt. Während eines ersten Behandlungszyklusses in der Zeit vom 9. bis 12. März 2011 erhielt die Versicherte u.a. drei lokale Tiefen-Hyperthermieanwendungen und in einem zweiten Behandlungsintervall vom 17. bis 19. März 2011 u.a. drei weitere Tiefen-Hyperthermiebehandlungen jeweils mit einer Thermochemotherapie mit Gemcitabine in der Privatklinik. Vom 10. bis 16. August 2011 erhielt die Versicherte in der Privatklinik u.a. fünf regionale Tiefenwellenhyperthermien und eine Thermochemotherapie mit Topocetan. Des Weiteren wurden Substitutions-, Supportiv-, Oxygenierungs- und Immuntherapien sowie Konsilien in der Privatklinik durchgeführt. Mit Rechnungen vom 16. (EUR 1.526,49) und 21. März (EUR 1.804,35) sowie 31. August 2011 (EUR 4.474,88 und EUR 2.287,65) berechnete die Privatklinik hierfür insgesamt EUR 10.093,37.

Mit Schreiben vom 9. März 2011, Eingang bei der Beklagten am 10. März 2011, beantragte die Versicherte bei der Beklagten unter Vorlage eines Kostenvoranschlags der Privatklinik vom 10. März 2011 und unter Bezugnahme auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#), in juris), das Urteil des Sozialgerichts Aachen ([S 13 KR 20/06](#), in juris) sowie das Urteil des Sozialgerichts Altenburg (13 A 2221/97 R, nicht veröffentlicht) die Gewährung einer Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie. Bisherige Chemotherapien hätten nicht den gewünschten Erfolg erzielt, so dass sie mittlerweile als austherapiert gelte. Es sei nachgewiesen, dass gerade das Ovarialkarzinom auf Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie besonders sensitiv reagiere. Sowohl ihre Fachärztin für Onkologie Dr. D. als auch Dr. F., E.-Krankenhaus in R.-S., hätten ihr die Therapie empfohlen.

Mit Bescheid vom 16. März 2011 lehnte die Beklagte den Antrag der Versicherten ab. Die Hyperthermie stehe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht zur Verfügung. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung dürfe die Hyperthermie nicht beinhalten.

Hiergegen erhob die Versicherte Widerspruch unter Vorlage von Arztbriefen des PD Dr. Dr. St., Oberarzt Nuklearmedizin, Universitätsklinikum M., vom 9. Februar 2011 über das Ergebnis der Positronenemissionstomographie-Computertomographie-Untersuchung vom 8. Februar 2011 (Beurteilung: überwiegend morphologisch in Größe und Zahl bzw. auch metabolisch großprogrediente abdominale Lymphknotenmetastasierung bzw. progrediente Peritonealkarzinose, neu aufgetretene pulmonale Metastasen links mit Verdacht auf Pleuritis karzinomatosa und malignem Pleuraerguss links sowie mediastinale und hiläre Lymphknotenmetastasierung), des Dr. C., Pathologisches Institut, R., vom 1. März 2011, des Dr. St., Chefarzt der Radiologie des E.-Krankenhauses GmbH R., über die am 1. März 2011 durchgeführte Computertomographie des Thorax und Abdomen und des Prof. Dr. W., Chefarzt der Privatklinik vom 30. März 2011 über die im Zeitraum 9. bis 12. und 17. bis 19. März 2011 durchgeführten Hyperthermieanwendungen und Thermochemotherapien, der ärztlichen Bescheinigung der Dr. F. vom 18. Mai 2011 (konventionelle Therapiemodalitäten weitgehend ausgeschöpft, die Einleitung einer Ganzkörperhyperthermie erscheine aus onkologischer Sicht dringend empfehlenswert) sowie des Arztbriefes der Dr. D. vom 3. Juni 2011 (zur Zeit progressive Erkrankung, die den Einsatz einer Chemotherapie unter Hyperthermiebedingungen zur Überwindung der Resistenz erforderlich mache). Zur Begründung des Widerspruchs trug der Kläger nach dem Tod der Versicherten vor, trotz Inanspruchnahme sämtlicher zur Verfügung stehender Behandlungsmethoden hätten diverse Rezidive nicht verhindert werden können. Im April 2011 sei es zu einer unkontrollierten Progression gekommen, welche nur durch eine unterstützende hyperthermische Behandlung habe stabilisiert werden können. Zwar habe der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit Beschluss vom 14. Mai 2005 hyperthermische Behandlungen ausdrücklich als (noch) nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen. Ihm stehe der geltend gemachte Anspruch jedoch unter dem Gesichtspunkt einer verfassungskonformen Auslegung zu. Nach der Rechtsprechung des BVerfG (Beschlüsse vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#), a.a.O.), vom 19. November 2007 ([1 BvR 2496/07](#)), vom 30. Juni 2008 ([1 BvR 1665/07](#)), vom 19. März 2009 ([1 BvR 316/09](#), alle in juris)), der sich das Bundessozialgericht [BSG] mit Urteil vom 4. April 2006 ([B 1 KR 12/05 R](#)) und Urteil vom 7. November 2006 ([B 1 KR 24/06 R](#), beide in juris) angeschlossen habe, verstoße die Leistungsverweigerung der gesetzlichen Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige GBA diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe, gegen Artikel (Art.) 2 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt seien: es liege eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor, für welche eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe und bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten Behandlungsmethode bestehe eine auf Indizien gestützte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Diese Voraussetzungen hätten hier vorgelegen. Der Krankheitsverlauf der Versicherten sei prognostisch insgesamt ungünstig und insoweit regelmäßig lebensbedrohlich, wie sich leider an ihrem Versterben gezeigt habe. Für die Behandlung dieser Krankheit habe auch keine allgemein anerkannte, dem Standard entsprechende Therapie zur Verfügung gestanden. Obwohl sie sämtliche zur Verfügung stehenden Standardmethoden angewandt habe, habe eine Progredienz nicht aufgehalten werden können. Der Anspruch scheitere auch nicht an einer mangelnden Erfolgsaussicht. Die Aussicht einer zumindest spürbar positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf habe vorgelegen. Seit der ersten Stellungnahme des GBA im Jahr 1995 seien eine Vielzahl weiterer Arbeiten publiziert worden, die den therapeutischen Nutzen hyperthermischer Behandlungen belegten. Die Erfolgsaussicht habe sich bei der Versicherten auch im individuellen Therapieverlauf niedergeschlagen. Während der unterstützenden Hyperthermie und der Thermochemotherapie sei es zu einem zeitweiligen Stillstand der Progression gekommen, der bildgebend und anhand der Tumormarker nachweisbar gewesen sei.

Die Beklagte holte zunächst ein sozialmedizinisches Gutachten bei Dr. L. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein (Gutachten vom 15. Juli 2011), der bestätigte, dass bei der Versicherten eine lebensbedrohliche bzw. damit gleich gestellte oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliege. Bei der Ganzkörperhyperthermie handele es sich um eine außervertragliche Behandlungsmethode, die seit vielen Jahren umfangreich geprüft worden sei und deren Wirksamkeit nicht belegt sei. Ziel der Behandlung der Versicherten sei eine palliative Behandlung. Hierzu sei eine sachgerechte supportive Therapie sinnvoll. Diese sollte von einem Arzt für Onkologie gesteuert werden. Es gebe weiterhin auch spezifische antineoplastische Therapieoptionen. Ob und inwieweit erneute chemotherapeutische Interventionen sinnvoll seien, müsse abgewogen werden. Bei Therapie des refraktären Rezidivs sollte grundsätzlich die Erhaltung der Lebensqualität im Vordergrund stehen. Eine Kombinationstherapie biete dann keine relevanten Vorteile mehr gegenüber einer Monotherapie. Grundsätzlich wäre eine onkologische Behandlung in einer entsprechenden Fachklinik zu präferieren. Möglicherweise wäre, falls eine weitere Chemotherapie sinnvoll wäre, z.B. die Gabe von Treosulfan oder auch eine Gemcitabin-Therapie sinnvoll. Die toxische Überwärmung des Körpers auf 42 Grad Celsius könne onkologisch nicht empfohlen werden. Das Verfahren sei wegen Unwirksamkeit bisher in Anlage II (der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Methoden-Richtlinie)) aufgenommen worden. Durch den Einsatz der neuen Methode bestehe keine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Die Nutzen-Risikobewertung falle nicht positiv aus.

Im weiteren Verlauf legte die Versicherte den Arztbrief der Röntgenpraxis Hertens, Name des Arztes unleserlich, vom 15. Juni 2011 über die an diesem Tag durchgeführte Computertomographie des Thorax und Abdomens/Beckens (Beurteilung: Pulmonale Vernarbung linksseitig mit abgekapseltem Pleuraerguss und Pleuraverdickung links, Vernarbung rechts dorsal, kein sicherer Hinweis auf intrapulmonale Metastasen, multiple winzige Zysten der Leber, bekannt. Kein Hinweis auf Lebermetastasen. Bekanntes Nebennierenadenom links) und die Rechnungen der Privatklinik vom 16. und 21. März 2011 vor. Außerdem nahm sie zum Gutachten des Dr. L. unter Beifügung eines Internet-Auszugs über eine Studie der Charité, wonach die Tiefenhyperthermie die Lebensqualität von Krebspatienten verbessere, eines in der Ärztezeitung vom 11. Juli 2006 unter dem Titel "Studien belegen Erfolge von Hyperthermie gegen Krebs - aber die Methode hat sich noch nicht durchgesetzt" veröffentlichten Artikels, eines Computerauszugs über Studien mit Blick auf Hyperthermie, des Programms des Ersten Internationalen Kongresses für Komplementäre Onkologie und Angewandte Immunologie in München vom 30. April bis 1. Mai 2011 und der ersten Seite eines Beitrags eines ihrer Prozessbevollmächtigten über die Erstattung hyperthermischer Therapien durch die gesetzlichen Krankenversicherungen dahingehend Stellung, dass die Behandlung als adjuvante, begleitende Therapie durchgeführt werde, um deren Wirksamkeit zu fördern. Daher sei die Kostenübernahme auch dann gerechtfertigt, wenn kein schulmedizinischer Beweis in Form einer langwierigen, kostenintensiven Studie vorliege. Die Wirksamkeit im Einzelfall sei durch den letzten Computertomographie-Bericht dokumentiert. Herkömmliche Chemotherapien seien bei fortschreitend organbezogenen Tumorleiden ebenfalls oft Therapien mit ungesicherter Wirksamkeit. Die Chemotherapien mit unterstützender Hyperthermie würden von vielen anderen kompetenten Ärzten angewandt. Gesetzliche Krankenkassen hätten sich zur Übernahme der Kosten in vielen Fällen bereit erklärt. Die Therapie erfolge in enger Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Dr. D. und Prof. Dr. W. von der Privatklinik. An der Behandlungskompetenz beider Ärzte bestehe kein Zweifel. Die von Dr. L. vorgeschlagene Gemcitabin-Therapie habe bei ihr keinen Erfolg gebracht. Der Anspruch auf die begehrte Leistung stehe ihr unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 6. Dezember 2005 [a.a.O.](#)) zu. Am 4.

Oktober 2011 teilte die Versicherte mit, der Tumormarker sei nach Aussetzen der Hyperthermie, nachdem er zuvor innerhalb von drei Tagen während der Hyperthermie abgesenkt worden sei, wieder angestiegen. Es bestehe der Verdacht auf eine Leberzirrhose.

Prof. Dr. W. teilte der Beklagten unter dem 30. August 2011 auf Nachfrage mit, dass konkret sechs Thermochemotherapien (Ganzkörperhyperthermien) sowie 48 lokoregionale Hyperthermien beantragt würden. Die Behandlungskosten würden für jede regionale Tiefenhyperthermie EUR 145,14 zuzüglich temporärer Thermometrie (EUR 34,62) sowie etwaiger Beratungen und Untersuchungen betragen. Die extreme Ganzkörperhyperthermie verursache als intensivmedizinische notwendige Behandlung Kosten von etwa EUR 5.500,00. Der Behandlungszyklus richte sich nach dem Rhythmus der Chemotherapie, in diesem Fall alle vier Wochen. Die Versicherte befinde sich aktuell in der vierten Linie der zytostatischen Chemotherapie, aktuell mit Topotecan, die zuerst gewirkt habe, danach aber keine ausreichende Wirksamkeit mehr gehabt habe. Die Thermochemotherapie solle aus Gründen der verbesserten Wirksamkeit der zytostatischen Chemotherapie erfolgen und wenigstens den derzeitigen Progress stoppen. Der Erfolg sei bildgebend und serologisch messbar. Die Lebensqualität könne bei nachhaltigem Ansprechen verbessert werden. Die neben der Hyperthermie erforderlichen Infusionstherapien richteten sich nach den aktuell erhobenen Laborparametern. Meistens handele es sich um Elektrolytentgleisung, Anämien, Kalorien- und Mineralstoffmangel. Die Haupttherapie müsse stationär durchgeführt werden. Die regionale Tiefenhyperthermie und die Infusionen seien ambulant durchführbar.

Die Beklagte befragte hierauf erneut den MDK, für den Dr. L. in einem weiteren Sozialmedizinischen Gutachten vom 19. September 2011 ausführte, dass der GBA am 18. Januar 2005 beschlossen habe, die Hyperthermie (u.a. Ganzkörperhyperthermie, regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächen-Hyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie der - damals geltenden - Anlage B der Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie; nicht anerkannte Methoden) zuzuweisen. Der Beschluss sei seit dem 15. Mai 2005 in Kraft. Dr. Schmitt führte in einem weiteren auf Veranlassung der Beklagten unter dem 12. Oktober 2011 erstatteten Gutachten aus, es stünden in großem Umfang wohnortnahe onkologische Kliniken zur Verfügung, so dass die Therapie in einer Privatklinik medizinisch nicht begründet sei. Bei der Hyperthermiebehandlung handele es sich nicht um eine Vertragsleistung. Es handele sich hierbei um eine ausreichend definierte Behandlungsmethode, die bereits auch in Kombination mit Chemotherapie durch den GBA geprüft worden sei. Auch die Indikation eines Ovarialkarzinoms sei dabei überprüft worden. Im abschließenden Bericht werde angegeben, dass es bisher keinen Nachweis therapeutischen Nutzens unter alleiniger oder begleitender Hyperthermieanwendung bei malignen Ovarialtumoren gebe. Keine der verschiedenen Modifikationen der Hyperthermie sei bisher ausreichend standardisiert. Auch zur Verträglichkeit bzw. Sicherheit der untersuchten Hyperthermieverfahren könnten anhand der vorliegenden Daten keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Therapeutischer Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer alleinigen oder begleitenden Hyperthermiebehandlung bei malignen Ovarialtumoren seien nicht belegt. Es werde von den Behandlern auch keine Veröffentlichung vorgelegt, die gegebenenfalls bei der Erstellung des Berichts des GBA nicht berücksichtigt worden sei. Aktuell erfolge eine zugelassene chemotherapeutische Therapie mit Topotecan. In der vorliegenden Situation bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung sei mit einer Heilung nicht zu rechnen. Therapieziel sei eine Verzögerung des Krankheitsverlaufs. Es sei nicht belegt, dass durch die zusätzliche Hyperthermiebehandlung eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf zu erwarten sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. Februar 2012 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch zurück. Zur Begründung bezog sich der Widerspruchsausschuss auf die Gutachten des MDK und führte weiter aus, dass das BSG in seinem Urteil vom 7. November 2006 ([B 1 KR 24/06 R](#), a.a.O.) darauf hingewiesen habe, dass der Nachweis hinreichender Erfolgsaussichten der streitigen Therapie regelmäßig nicht mehr möglich sei, wenn der GBA zu dem Ergebnis gelangt sei, dass nach dem maßgeblichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinische Notwendigkeit, diagnostischer und therapeutischer Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend gesichert seien und dieser eine negative Bewertung abgegeben habe.

Deswegen erhob der Kläger am 15. März 2012 beim Sozialgericht Gelsenkirchen Klage. Das Sozialgericht Gelsenkirchen erklärte sich, nachdem der Kläger, der von der Verstorbenen unterhalten worden war, bereits am 15. Mai 2011 nach Tübingen verzogen war, mit Beschluss vom 31. August 2012 für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das zuständige Sozialgericht Reutlingen (SG), wo die Klage am 7. September 2012 einging.

Der Kläger trug u.a. unter Vorlage des Arztbriefes des Prof. Dr. W. vom 31. August 2011, der weiteren Rechnungen der Privatklinik vom 31. August 2011 und eines Auszugs über eine Hyperthermiestudie in englischer Sprache unter Wiederholung des Widerspruchsvorbringens ergänzend vor, die therapeutischen Effekte der Hyperthermie würden an sämtlichen Exzellenzzentren der deutschen Onkologie seit vielen Jahren intensiv untersucht. Aus diesen Forschungen sei eine Vielzahl von Publikationen hervorgegangen, die teilweise in den weltweit renommiertesten Fachzeitschriften veröffentlicht worden seien. Letztlich bestätige die weite Verbreitung der Hyperthermie und die hierdurch bedingte langjährige klinische Erfahrung einer Vielzahl von Anwendern ihren therapeutischen Effekt. Außerdem existiere eine Vielzahl seriöser wissenschaftlicher Arbeiten zum therapeutischen Nutzen adjuvanter hyperthermischer Behandlungen in Kombination mit Bestrahlung. Auch bei der Versicherten habe gerade die kombinierte Behandlung aus Chemotherapie und Hyperthermie zu einer Verbesserung ihres Allgemeinbefindens geführt. Eine Behandlung der Versicherten mit wissenschaftlich anerkannten schulmedizinischen Methoden habe zum Zeitpunkt der Antragstellung keine alternative Behandlungsmethode dargestellt. Von allen behandelnden Ärzten seien kurative Maßnahmen in Gänze ausgeschlossen worden. Die Versicherte habe sich einem Palliativstadium befunden und habe massiv unter den mit einer Chemotherapie typischerweise einhergehenden Nebenwirkungen gelitten. Die Hyperthermie habe ohne Weiteres eine hinreichende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf geboten. Eine wissenschaftlich belegte Datenlage sei nicht erforderlich. Es genüge die nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf. Diese ergebe sich hier bereits aus dem individuellen Therapieverlauf. Im Übrigen habe durch die Anwendung der Hyperthermiebehandlung die Lebensqualität der Versicherten erheblich verbessert werden können, was nach ständiger Rechtsprechung ebenfalls ein eigenständig anzuerkennendes (palliatives) Behandlungsziel sei. Im Bereich der außervertragsärztlichen Versorgung seien gerade nicht die strengen Vorgaben der evidenzbasierten Medizin anzuwenden. Der zu verlangende Wahrscheinlichkeitsmaßstab unterliege ebenso wie das vertretbare Risiko Abstufungen. An diesen allein einschlägigen Vorgaben habe Dr. L., MDK in seinem Gutachten vom 25. November 2013 (hierzu im Folgenden) die streitgegenständliche Behandlung nicht gemessen, weshalb das Gutachten bereits aus diesem Grund unergiebig sei. Ergänzend verwies der Kläger auf das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 27. Dezember 2007 - [S 12 KR 413/07](#) -, den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 5. Februar 2010 - [S 8 KR 7849/09 ER](#) -, das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 26. August 2010 - [S 11 KR 108/08](#) -, den Beschluss des Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg vom 29. Januar 2009 - [L 1 B 506/08](#) KR-ER -, den Beschluss des

Bayerischen LSG vom 10. August 2011 - [L 4 KR 206/11 B-ER](#) -, alle in juris), die vorgelegten Beschlüsse des Sozialgerichts Köln vom 24. November 2011 - S 26 KR 833/11 ER - und des Sozialgerichts Stuttgart vom 2. August 2011 - S 19 KR 4090/11 ER - sowie den Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 18. Oktober 2011 - L 5 KR 442/11 B-ER -, in juris).

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Der Antrag auf Kostenübernahme sei am 14. März 2011 gestellt worden. Zu diesem Zeitpunkt sei die Behandlung bereits begonnen und durchgeführt worden. Eine Leistungsverpflichtung ihrerseits ergebe sich auch deshalb nicht (Verweis auf Urteil des BSG vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -, in juris). Im Übrigen sei seitens der Gutachter kein Vorteil der mit einer Hyperthermiebehandlung verbundenen Chemotherapie gegenüber der Monotherapie gesehen worden. Eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf habe ebenfalls nicht bestätigt werden können. Die Vielzahl der technischen Varianten der Hyperthermie sei Ausdruck dafür, dass sich die Technologie noch im Stadium der Forschung und Entwicklung befinde. Hierfür spreche auch, dass bisher in den einschlägigen Fachkreisen noch kein medizinisch-wissenschaftlicher Konsens habe erreicht werden können. Auch zur Verträglichkeit habe bislang aus den vorliegenden Daten keine Schlussfolgerungen gezogen werden können. In den interdisziplinären Leitlinien für die Diagnostik/Therapie und Nachsorge des Ovarialkarzinoms und auch für die Diagnostik und Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms finde die Hyperthermiebehandlung keine Erwähnung. Es handele sich um ein experimentelles Verfahren, das außerhalb von Studien nicht angewandt werden sollte. Ergänzend fügte die Beklagte das Gutachten des Dr. L. vom 25. November 2013 bei, der noch einmal darauf hinwies, dass es für die Hyperthermiebehandlung keinen Wirksamkeitsnachweis gebe. Bei der Klinik, in der die Behandlung der Versicherten durchgeführt worden sei, handele es sich um eine Privatklinik, der behandelnde Arzt sei ausweislich seiner Homepage Allgemeinmediziner. In Deutschland erfahre kein Patient, der bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sei, eine komplexe onkologische Behandlung, die nicht von qualifizierten Onkologen oder von entsprechend geprüften verantwortlichen Nicht-Onkologen durchgeführt werde. Es handele sich hier um eine Qualitätssicherungsmaßnahme, die dazu führe, dass in Deutschland auf hohem Niveau eine wissenschaftliche onkologische Behandlung möglich werde. Die Methode der Hyperthermie sei seit vielen Jahren bekannt. Ihre Wirksamkeit sei aber schlicht noch nicht in entsprechenden Phasen III Studien belegt. Das Aufheizen eines Körpers auf 43 Grad Celsius sei eine massivste Belastung. Eine kurative Maßnahme (Heilung) sei zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht mehr möglich gewesen. Eine Arzneimittelbehandlung sei in der Palliation jedoch immer möglich.

Anlässlich des vom Sozialgericht Gelsenkirchen am 26. Juni 2012 durchgeführten Erörterungstermins gab der Lebensgefährte der Versicherten an, die Behandlung im März 2011 habe zur Vorbereitung auf die Hyperthermiebehandlung gedient. Die Hyperthermie sei dann zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Die Situation sei absolut akut und notfallmäßig gewesen. Dies zeige sich auch darin, dass die Versicherte bereits im Oktober 2011 verstorben sei.

Nach Verweisung hörte das SG die die Versicherte behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Dr. F.-I., E.-Krankenhaus R., teilte unter dem 26. November 2012 mit, dass sich die Versicherte erstmals zwischen dem 29. Juni und 2. Juli 2010 und zuletzt vom 28. Februar bis 3. März 2011 in stationärer Behandlung des E.-Krankenhauses befunden habe. Ab Dezember 2010 sei es zu einer erneuten Progredienz der Lymphknotenmetastasen sowie der Peritonealkarzinose gekommen. Den Gutachten des MDK stimme sie zu. Bei der am 9. März 2011 in der Privatklinik eingeleiteten Hyperthermiebehandlung habe es sich um den letzten verzweifelten Therapieversuch gehandelt, wobei auf Grund aktueller wissenschaftlicher Daten der therapeutische Nutzen einer Hyperthermiebehandlung bei malignen Ovarialtumoren nicht belegt sei. Dr. D. führte unter dem 24. Januar 2013 aus, dass sie die Versicherte zwischen dem 2. April 2009 und 13. Juli 2011 behandelt habe. Im Laufe der Behandlung sei es zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes gekommen. Den Gutachten des MDK stimme sie nicht zu, die Maßnahme in der Privatklinik habe subjektiv eine Linderung der Beschwerden herbeiführen können. Prof. Dr. W. bekundete unter dem 4. Februar 2013, dass gravierende Veränderungen im Gesundheitszustand der Versicherten während der Behandlungen im März und August 2011 nicht hätten festgestellt werden können. Nach der Therapie habe sich jedoch eine deutliche Tumormarkerrückbildung gezeigt. Von diesem wichtigen und erfreulichen Verlauf könne ein Patient aber noch nichts spüren. Erst wenn eine Nachhaltigkeit zur Zurückdrängung der Tumorprogredienz führe, würde sich dieses auch subjektiv bemerkbar machen. Beim letzten Aufenthalt (9. bis 16. August 2011) habe sich die Versicherte in einen stark reduzierten Allgemein- und Kräftezustand befunden. Für diese Umstände und das vorherige Therapieversagen sei die Behandlung insgesamt der Schritt in die richtige Richtung gewesen. Ziel der ambulant durchgeführten Behandlungen sei gewesen, die Wirkung der Chemotherapie durch die Hyperthermie zu verstärken. In den letzten zwei Jahrzehnten habe die wissenschaftliche Diskussion dazu deutlich zugenommen. Es seien Ergebnisse von Grundlagenforschungen publiziert und erste Studien auch beim Ovarialkarzinom durchgeführt worden. Insofern habe mehr als nur ein Indiz auf einen möglicherweise positiven Einfluss auf das diffus progrediente Krebsgeschehen bestanden. Die potenzielle Lebensbedrohung sei allgegenwärtig gewesen. Den Gutachten des MDK stimme er nicht zu. Zum Zeitpunkt der Begutachtung durch den MDK im Jahr 2011 hätte bei guter Recherche die Besonderheit gerade der Tumorentität der Versicherten gefunden werden können. Die häufigere Anwendung dieser Methode bestätige eine mehr als nur auf Indizien gestützte nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Mit Urteil vom 22. Mai 2014 wies das SG die Klage ab. Der Kläger habe als Sonderrechtsnachfolger gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Behandlungskosten. Die begehrte Behandlung sei weder als Monotherapie noch in Kombination mit konventionellen Behandlungsmethoden Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Anspruch könne auch nicht auf eine grundrechtsorientierte Auslegung der Leistungsvorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) nach den Maßstäben des BVerfG im Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#) a.a.O.) gestützt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung habe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Erkrankungssituation der Versicherten nach wie vor allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende palliativ ausgerichtete Behandlungsleistungen vorgesehen. Die in Kombination mit der Hyperthermiebehandlung durchgeführte Standardtherapie zeige anschaulich, dass die hier begehrte Behandlung nicht die einzige und letzte noch denkbare gewesen sei. Selbst für den Fall, dass schulmedizinische Behandlungsmethoden mit palliativer Intention nicht mehr gegeben oder (in ihrer alleinigen Anwendung) unwirksam gewesen sein sollten, öffne dies allein noch nicht den Weg zu nicht anerkannten Behandlungsmethoden. Dabei sei vorliegend zu beachten, dass die Anforderungen an die Erfolgchancen der streitbefangenen Hyperthermiebehandlung deshalb besonders hoch seien, weil der GBA die Behandlungsmethode der Hyperthermie bereits durch Beschluss vom 18. Januar 2005 ausdrücklich nicht als Behandlungsmethode anerkannt und insoweit vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen habe. In diesem Fall bedürfe es konkreter Anhaltspunkte, dass und weshalb in der vorliegenden Konstellation gleichwohl einen Leistungsanspruch begründende Erfolgchancen bestehen sollten. Es müsse nach allgemeiner Bewertung ein Zusatznutzen gegenüber den anerkannten und zugelassenen Behandlungen zu erwarten sein, der seinem Gewicht nach einer mehr als unwesentlichen Lebensverlängerung oder Abwendung, Linderung bzw. Verzögerung besonders schwerer Krankheitsfolgen, namentlich unerträglicher Schmerzen wertungsmäßig entspreche (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) -, in juris). Hier fehle es hinsichtlich der supportiven Behandlung mittels

Hyperthermie beim malignen Ovarialkarzinom an einer auf Indizien gestützten, nicht ganz fernliegenden Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Abzustellen sei auf den Zeitraum von März bis August 2011. Anhaltspunkte dafür, dass die Prüfung, auf der der Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005 beruhe, durch neue wissenschaftliche Studienergebnisse an Validität eingebüßt habe, seien nicht ersichtlich. Nach den gutachtlichen Feststellungen des MDK hätten im Zeitpunkt der Behandlung keinerlei prospektiv evaluierte Studien vorgelegen, die eine Wirksamkeit supportiver Hyperthermie im Falle eines metastasierenden Ovarialkarzinoms hinreichend hätten belegen können. Bei einer im Fall der Versicherten weit fortgeschrittenen, aggressiven und multipel vortherapierten Tumorerkrankung sei auch ein individueller Wirksamkeitsnachweis nicht geführt. Dass eine spürbare Beschwerdelinderung eingetreten sein soll, sei vor dem Hintergrund der sachverständigen Zeugenauskunft des Prof. Dr. W. nicht ausreichend erwiesen. Zudem sei nicht dargetan, ob und in welchem Ausmaß mögliche positive Einwirkungen auf die verabreichte Chemotherapie zurückzuführen seien. Dieses Ergebnis stehe in Einklang mit der interdisziplinären S 3-Leitlinie Diagnostik Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren vom Juni 2013. In dieser finde die Hyperthermie in der Rezidiv- und Palliativ-Therapie maligner Ovarialtumore keine Erwähnung. Auch nach den Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. vom Juni 2012 sei die Wirksamkeit alternativ unkomplementärer Maßnahmen beim Ovarialkarzinom nicht erwiesen. Ein Benefit im Vergleich zur Standardtherapie könne nicht postuliert werden. Mit Blick auf von der Privatklinik weiter verfolgte Therapieansätze (unter anderem Inhalationstherapie, Sauerstoffpartialdruck transkutan, Infrarotthermographie, Plattenthermographie, Vitamin- und Selengabe) sei jedenfalls keine Übernahme oder Erstattung dieser Kosten beantragt worden. Eine ablehnende Verwaltungsentscheidung liege diesbezüglich deshalb nicht vor.

Gegen das am 23. Juni 2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Juli 2014 Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt. Es bestehe ein Erstattungsanspruch für nach dem 16. März 2011 in Anspruch genommene Behandlungen. Bei über längere Zeiträume laufenden Behandlungen stelle die ablehnende Entscheidung regelmäßig eine Zäsur dar, weshalb die nach der Ablehnung vorgenommenen, selbstständigen und von der bisherigen Behandlung abtrennbaren Leistungen erstattungsfähig blieben (BSG, Urteil vom 19. Februar 2003 [1 KR 18/01 R -](#), in juris). Darüber hinaus bestehe auch ein Anspruch für vor dem 16. März 2011 in Anspruch genommene Behandlungen. Es habe eine Unaufschiebbarkeit vorgelegen. Die Versicherte habe sich akut mit dem Tode konfrontiert gesehen. In einer derartigen Situation sei es unverhältnismäßig und daher mit dem Rechtsstaatsprinzip nicht vereinbar, die Leistungspflicht bei Vorliegen aller materiellen Leistungsvoraussetzungen allein mit der Nichtbeachtung einer reinen Formalität abzulehnen. Unter Berücksichtigung ihres körperlichen Zustands und ihrer seelischen Notsituation sei ihr die Einhaltung des Beschaffungswegs nicht zumutbar gewesen. Es dürfe insoweit auch der Schutzzweck des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht unberücksichtigt bleiben. Sinn und Zweck der Norm sei, den Versicherten vor der Inanspruchnahme von Behandlungsmethoden zu schützen, deren Risiken noch nicht hinreichend abgeschätzt werden könnten. Dies spiele jedoch, da sich die Versicherte zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der streitgegenständlichen Behandlungen in einer gleichsam präfinalen Situation gefunden habe, im Streitfall keine Rolle. Daher sei nach ständiger Rechtsprechung vor allem in Palliativsituationen eine Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten auf experimentellere Methoden gerechtfertigt (BSG, Urteil vom 19. Oktober 2004 - [B 1 KR 27/02 -](#), in juris). Der Versicherten hätten auch keine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Therapien zur Verfügung gestanden. Weder ein operativer Eingriff noch eine chemotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit habe den Progress der Erkrankung verhindern können. Darüber hinaus habe sie während der alleinigen Inanspruchnahme der zytostatischen Behandlung massiv unter Nebenwirkungen gelitten. In der Gesamtschau sei es daher schwerlich mit [Art. 2 Abs. 2 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip vereinbar, die Versicherte auf die - von ihr nicht vertragene und ihr Leben voraussichtlich kaum verlängernde - Standardtherapie zu verweisen. Bei der hyperthermischen Behandlung habe es auch nicht an einer hinreichenden Erfolgsaussicht gefehlt. Nur unter der zusätzlichen Anwendung der streitgegenständlichen Hyperthermietherapie habe eine deutliche Linderung ihrer Beschwerden erzielt werden können. Darüber hinaus habe eine Verbesserung ihres Allgemeinwohlbefindens erreicht werden können. Bei den in der Privatklinik neben der Hyperthermie durchgeführten Behandlungen habe es sich im Wesentlichen um direkt assoziierte Leistungen, die im Zusammenhang mit der hyperthermischen Behandlung notwendig gewesen seien, gehandelt. Zum Teil seien sie auch erforderlich gewesen, um bei der Versicherten festgestellte Mangelerscheinungen zu beseitigen. Da es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt habe, stehe auch die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte über keine Kassenzulassung verfügt hätten, der Erstattungspflicht nicht entgegen. Nach der Pressemitteilung des GBA vom 20. Januar 2011 könnten gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in Ausnahmefällen auch auf vom GBA ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Anspruch nach dem Beschluss des BVerfG vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#), a.a.O.) haben, sofern die dort festgestellten Kriterien erfüllt seien. Der Ausschluss von Methoden behindere die Anwendung dieses Beschlusses nicht. Bezüglich der Annahme, dass eine reine Behandlung mit einer weiteren Chemotherapie als Therapieoption zur Verfügung gestanden hätte und dass es an einem Hinweis darauf fehle, dass die Hyperthermiebehandlung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf zumindest eine spürbare Verbesserung des Krankheitsverlaufs nehmen könne, werde auf eine von Prof. Dr. So. und Prof. Dr. Is. von der Universitätsklinik M. betreute Dissertation verwiesen. Außerdem bleibe die von Prof. Dr. W. in seinem Gutachten geäußerte Ansicht unberücksichtigt, dass der Versicherten eine weitere Chemotherapie ohne begleitende Maßnahme nicht mehr zumutbar gewesen sei. Die Annahme, dass sich Prof. Dr. W. dahingehend geäußert habe, dass die Therapie bei der Versicherten keine gravierenden Veränderungen bewirkt habe, erscheine unzulässig verkürzt und stelle den Tenor seiner Aussage auf den Kopf. Er habe das vorherige Therapieversagen beklagt und habe angegeben, dass die Versicherte hätte weiterbehandelt werden müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 22. Mai 2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 16. März 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. Februar 2012 zu verurteilen, an ihn EUR 10.093,37 zuzüglich fünf Prozentpunkten Zinsen über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit 15. März 2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Chemotherapie habe zur Verfügung gestanden und sei auch durchgeführt worden. Die Hyperthermiebehandlung sei in Kombination mit Chemotherapie und auch mit Blick auf die Indikation eines Ovarialkarzinoms durch den GBA geprüft worden. Bisher gebe es keinen Nachweis eines therapeutischen Nutzens unter alleiniger oder begleitender Hyperthermieanwendung bei malignen Ovarialtumoren. Hierbei müsse berücksichtigt werden, dass die Problematik darin bestehe, dass keiner der verschiedenen Modifikationen der Hyperthermie bisher ausreichend standardisiert sei. Auch zur Verträglichkeit bzw. Sicherheit der untersuchten Hyperthermieverfahren könne anhand der vorliegenden Daten keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Es sei auch von den Behandlern keine Veröffentlichung vorgelegt worden,

die gegebenenfalls bei der Erstellung des Berichts des GBA nicht berücksichtigt worden seien.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

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

2. Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet, denn der Bescheid der Beklagten vom 16. März 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. Februar 2012 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger als Sonderrechtsnachfolger der Versicherten nicht in seinen Rechten. Da schon der Versicherten weder ein Sachleistungsanspruch auf Zurverfügungstellung der ambulanten Hyperthermiebehandlungen in der Privatklinik noch ein an seine Stelle getretener Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zugestanden hatte, kann auch der Kläger als vorrangiger Sonderrechtsnachfolger nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nicht die Erstattung der Kosten für die Hyperthermiebehandlungen und der damit verbundenen Behandlungen in Höhe von insgesamt EUR 10.093,37 verlangen. Dies hat das SG im Ergebnis zutreffend entschieden.

Da die Versicherte nicht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hatte, kommt als Anspruchsgrundlage für die Kosten der ambulant durchgeführten Hyperthermiebehandlungen und der verabreichten weiteren Behandlungen in Höhe von insgesamt EUR 10.093,37 nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Diese Vorschrift bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt 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.

Der Senat lässt offen, ob der Antrag auf Übernahme der Kosten für die Hyperthermiebehandlung auch die daneben stattgefundenen Behandlungen umfasste und die Beklagte auch die Übernahme der Kosten für diese Behandlungen mit ihren Bescheiden abgelehnt hat, denn bezüglich der Kosten, die für Behandlungen in der Zeit vom 9. bis 15. März 2011 in Höhe von EUR 1.526,49 angefallen sind, fehlt es hier schon an der Voraussetzung, dass der Versicherten dadurch Kosten entstanden sind, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat (hierzu a)). Darüber hinaus war die gesamte begehrte Leistung nicht unaufschiebbar (hierzu b)) und die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt (hierzu c)). Es lag des Weiteren kein Ausnahmefall des "Systemversagens" (hierzu d)) und kein Seltenheitsfall vor (hierzu ee)). Auch die Voraussetzungen des Beschlusses des BVerfG vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#), a.a.O.) waren nicht erfüllt (hierzu f)) und schließlich scheidet ein Anspruch des Klägers auch daran, dass Prof. Dr. W. nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war (hierzu g)).

a) Bezüglich der Kosten, die für die Behandlungen in der Zeit vom 9. bis 12. März 2011 in Höhe von EUR 1.526,49 angefallen sind, fehlt es hier schon an der Voraussetzung, dass der Versicherten dadurch Kosten entstanden sind, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne vorher die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 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. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 15. April 1997 - [1 BK 31/96](#) -; Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) -; Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -; Urteil vom 6. März 2012 - [B 1 KR 10/11 R](#) - alle in juris). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Andeutung (vgl. BSG, Urteil vom 28. September 1993 - [1 RK 37/92](#) -; in juris) auch zu fordern in Fällen, in denen von vornherein feststand, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. eingehend BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -; in juris). Es ist weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die außervertraglichen Behandlungen zu befinden (BSG, Urteil vom 20. Mai 2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -, in juris). Der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) verlangt unmissverständlich einen Ursachenzusammenhang zwischen rechtswidriger Ablehnung und Kostenlast (vgl. BSG, Urteile vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - a.a.O. und 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -; in juris; Urteil des Senats vom 22. Juni 2012 L [4 KR 223/11](#) -; nicht veröffentlicht). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und gegebenenfalls aufzuzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen. Dies gilt auch für Fall, dass es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt.

Die Beklagte wurde hier erstmals mit dem Schreiben der Versicherten vom 9. März 2011, das bei der Beklagten per Fax am 10. März 2011 einging, mit dem Leistungsbegehren befasst. Entschieden hat die Beklagte mit Ablehnungsbescheid vom 16. März 2011. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Versicherte die Hyperthermiebehandlungen bereits begonnen und - wie sich aus der vorgelegten Rechnungen der Privatklinik vom 16. März 2011 ergibt - zwischen dem 9. März und 12. März 2011 drei Tiefenhyperthermiebehandlungen, einmal kombiniert mit Chemotherapie durchgeführt. Insoweit hat die ablehnende Entscheidung der Beklagten das Geschehen damit nicht beeinflusst. Aus diesem Grund ist deshalb zumindest die Erstattung der vor Bescheiderlass entstandenen Kosten nicht möglich.

b) Die begehrte Leistung war auch nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), Erste Alternative SGB V. Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (BSG, Urteil vom 14.

Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -, a.a.O.). Die Krebserkrankung der Versicherten war bei Beginn der Hyperthermiebehandlungen bereits seit 2006 bekannt, eine erneute Verschlechterung trat im Dezember 2010 ein und weitere Metastasen wurden im Februar 2011 festgestellt. Eine Heilung im Sinne eines kurativen Therapieansatzes bestand wie sich aus dem Gutachten des MDK aber auch den sachverständigen Zeugenaukünften von Dr. F.-Ijaiy und Dr. D. ergibt, Anfang des Jahres 2011 nicht mehr. Die im März 2011 begonnene, die Chemotherapie ergänzende Tiefenhyperthermie mit den ergänzenden Behandlungen war deshalb nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Erste Alternative SGB V](#). Auch ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) lag damit nicht vor.

c) Es bestand auch kein Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Zweite Alternative SGB V](#).

Nach ständiger Rechtsprechung reicht der Anspruch des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen hat (z.B. BSG, Urteile vom 26. September 2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) -, vom 28. Februar 2008 - [B 1 KR 16/07 R](#) -, vom 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) - und vom 2. September 2014 - [B 1 KR 11/13 R](#) - alle in juris).

Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) grundlegend umschrieben. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#) und 3 SGB V) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Behandler ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Allerdings haben die Krankenkassen nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt vielmehr den in [§ 2 Abs. 1](#) und 12 Abs. 1 SGB V gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, [§§ 69 bis 140h SGB V](#)), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung, für den ambulanten Bereich insoweit das in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (vgl. dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - und 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -; zuletzt Urteil vom 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, alle in juris). Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch dann nur zu den den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen (ständige Rechtsprechung, BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, a.a.O.), wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. An die Entscheidungen des GBA sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -; a.a.O.). Ohne befürwortende Entscheidung des GBA kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht (zu alledem auch Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg, Urteil vom 30. August 2006 - [L 5 KR 281/06](#) -, ausführlich mit weiteren Nachweisen Urteil vom 31. Oktober 2007 - [L 5 KR 2563/07](#) - und Urteil vom 27. April 2012 - [L 4 KR 5054/10](#) -, alle in juris).

Die Behandlung in der Privatklinik durch Prof. Dr. W. bestand in der Anwendung von Hyperthermiebehandlungen teilweise in Kombination mit Chemotherapie und in begleitenden Stärkungsbehandlungen. Die Behandlungen erfolgten jeweils ambulant. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, diese Therapien als ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren. Es fehlt an der nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erforderlichen befürwortenden Entscheidung des GBA, ohne die neue Behandlungsmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden können. Bezüglich der Ganzkörperhyperthermiebehandlung hat der GBA nach Anlage II Nr. 42 Methoden-Richtlinie die Hyperthermiebehandlung (unter anderem Ganzkörperhyperthermie, regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/ oder Chemotherapie) als nicht anerkannte Untersuchung- und Behandlungsmethode angesehen (Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005, BAnz 2005, S. 7485).

Der Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) ist vorliegend auch jeweils einschlägig. Die Hyperthermiebehandlung neben gleichzeitiger Anwendung einer Chemotherapie bzw. nach einer Chemotherapie ist eine neue Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), also eine medizinische Vorgehensweise, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrundeliegt bzw. zugrundeliegen soll, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. Sie war zum Zeitpunkt der Durchführung von März bis August 2011 nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung, weil sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) enthalten war (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, in juris).

d) Ein Ausnahmefall des "Systemversagens" liegt nicht vor. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, a.a.O.) kann ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. Dann ist die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien nämlich rechtswidrig unterblieben, weshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden. Dieser Fallgestaltung steht mit Blick auf die Hyperthermiebehandlung schon entgegen, dass sich der GBA mit der streitigen Behandlungsmethode der Hyperthermie befasst hat. Zudem gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Prüfung des GBA im genannten Beschluss vom 18. Januar 2005 an Validität eingebüßt hätte (Urteil des Senats vom 27. April 2012 - [L 4 KR 5054/10](#) -, a.a.O.). Seit dem Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005 bis zum Ende der Behandlung im August 2011 ist nicht erkennbar, dass sich neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Hyperthermie, auch nicht in Kombination mit der Chemotherapie ergeben hätten. Vorliegend existieren bis heute und folglich erst Recht bis August 2011 keinerlei Veröffentlichungen hinreichend valider Daten, die eine Wirksamkeit der Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie bei einem Ovarialkarzinom hinreichend belegen. Der Senat stützt sich insoweit auf die Gutachten des MDK. Dem hat letztlich auch der Kläger nichts zu entgegen vermocht. Bei der von ihm erwähnten von Prof. Dr. So. und Prof. Dr. Is. betreuten Dissertation handelt es sich nur um die Auswertung von zwei prospektiven Phase II Studien ohne Bezug auf ein Ovarialkarzinom. Auch die Tatsache, dass sich der Tumormarker der Versicherten für wenige Tage verbessert hatte, hat keine

Fehlerhaftigkeit des Beschlusses zur Folge. Es kann dahingestellt bleiben, ob dies allein ausreichend wäre, denn davon spürte die Versicherte Prof. Dr. W. in seiner sachverständigen Zeugenauskunft folgend noch nichts. Eine für die Versicherte spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf hatte dies noch nicht zur Folge. Abgesehen davon ist, nachdem die Tiefenhyperthermie zusätzlich zur Chemotherapie verabreicht wurde, nicht belegt, dass die Verbesserung der Werte allein auf die Tiefenhyperthermie zurückzuführen ist.

e) Auch um einen sogenannten Seltenheitsfall, in dem sich eine Krankheit und ihre Behandlung einer systematischen Erforschung entzieht und bei dem eine erweiterte Leistungspflicht der Krankenkassen in Betracht zu ziehen wäre (BSG, Urteil vom 27. März 2007 - [B 1 KR 17/06 R](#) -, a.a.O.) handelt es sich vorliegend nicht. Ein Ovarialkarzinom ist keine seltene Erkrankung.

f) Der Kläger kann sich nicht auf die zum Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung im Jahr 2011 noch maßgebliche Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung berufen. In seinem Beschluss vom 6. Dezember 2005 hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1 des GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar erklärt, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts sei in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr (im vom BVerfG entschiedenen Fall durch die Duchenne schen Muskeldystrophie) verfassungswidrig. Das BSG hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben seiner Rechtsprechung zugrunde gelegt und näher konkretisiert. Der Senat hat sich dem in ständiger Rechtsprechung angeschlossen (z.B. Urteile vom 2. September 2011 - [L 4 KR 1931/10](#) - und vom 27. April 2012 - [L 4 KR 5054/10](#) -, beide in juris). Danach (z.B. BSG, Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -, vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - und 7. Mai 2013 - [B 1 KR 26/12 R](#) -, alle in juris) verstieß die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige GBA diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe, gegen das GG, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt waren: 1. es lag oder liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor, 2. bezüglich dieser Krankheit stand eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung, 3. bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode bestand eine "auf Indizien gestützte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Hinsichtlich der dritten Voraussetzung hat das BSG im Urteil vom 7. November 2006 ([B 1 KR 24/06 R](#), a.a.O.) ergänzend Folgendes ausgeführt: [Art. 2 GG](#) verlangt eine verfassungskonforme Auslegung nur derjenigen Normen des SGB V, die einem verfassungsrechtlich begründeten Anspruch auf eine bestimmte Versorgung der Versicherten entgegenstehen. Dagegen bleibt die Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen des SGB V für einen Leistungsanspruch auch unter Berücksichtigung der Verfassungsmäßigkeit eines abgeschlossenen Leistungskatalogs der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unberührt (vgl. dazu BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -, a.a.O.). Die verfassungsrechtlichen Gewährleistungen sollen einerseits verhindern, dass die den Versicherten durch Gesetz eingeräumten Leistungsansprüche in einer dem Zweck des [Art. 2 GG](#) zuwiderlaufenden Weise eingeschränkt werden; so lag der Fall nach Ansicht des BVerfG im Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([a.a.O.](#)). Andererseits setzen die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten dem Leistungsbegehren der Versicherten selbst im Falle regelmäßig tödlich verlaufender Krankheiten Grenzen. Sie sollen die Versicherten in solchen Fällen auch davor bewahren, auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung mit zweifelhaften Therapien behandelt zu werden, wenn auf diese Weise eine nahe liegende, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht wahrgenommen wird. Gesetzes- und Verfassungsrecht fordern und akzeptieren, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung allein nach Maßgabe der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu beanspruchen und zu erbringen sind (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3; § 15 Abs. 1; § 70 Abs. 1; § 72 Abs. 2; [§§ 135 ff. SGB V](#); BSG, Urteil vom 26. September 2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) -, in juris). Die Erkenntnisse müssen folglich wissenschaftlicher Art, also objektivierbar sein. Dementsprechend hat das BVerfG das im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Arztvorbehalt verfolgte gesetzgeberische Ziel als einen wichtigen Gemeinschaftsbelang anerkannt. Der Arztvorbehalt soll dafür sorgen, dass eine auf öffentliche Kosten durchgeführte Behandlung durch die Art der angewandten Methoden und die Qualifikation der behandelnden Personen objektiv Erfolg verspricht (BVerfG, Beschluss vom 10. Mai 1988 - [1 BvR 111/77](#) -, in juris). In der Konsequenz dieser Rechtsprechung liegt es auch, dass das BVerfG es als verfassungskonform angesehen hat, wenn der Gesetzgeber zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, im Interesse einer Gleichbehandlung der Versicherten und zum Zweck der Ausrichtung der Leistungen am Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ein Verfahren vorsieht, in dem neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig geprüft werden, um die Anwendung dieser Methode zu Lasten der Krankenkassen auf eine fachlich-medizinisch zuverlässige Grundlage zu stellen (BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005, [a.a.O.](#)). Besteht ein solches, vom Gesetzgeber vorgesehenes Verfahren mit dem Ziel, den Versicherten und die Versichertengemeinschaft vor riskanten und/oder ineffektiven medizinischen Maßnahmen zu schützen, entspricht es den verfassungsrechtlichen Schutzpflichten auch, den Ergebnissen dieses Verfahrens bei der Konkretisierung von Leistungsansprüchen Rechnung zu tragen. Ein solches Verfahren sieht das SGB V in [§ 135 SGB V](#) zum Schutze der Versicherten und der Versichertengemeinschaft vor, in dem generalisierend zu den vorgenannten Kriterien Stellung zu nehmen ist. Für den Zeitraum, bis zu dem in einem solchen Verfahren noch Ergebnisse fehlen, ist für zumindest hilfsweise eingreifende Sicherungen zu sorgen und für die Zeitdauer bis zu einer Entscheidung des GBA aus verfassungsrechtlichen Gründen unter den Voraussetzungen des Beschlusses vom 6. Dezember 2005 ausnahmsweise ein Anspruch auf Anwendung einer neuen, noch nicht zugelassenen Behandlungsmethode denkbar; allerdings muss an die Stelle der noch nicht abgeschlossenen Prüfung durch den GBA die generalisierende Prüfung von Risiken und Nutzen anlässlich des - wie hier - konkret zur Entscheidung stehenden Einzelfalles treten. Andererseits ist für eine Anspruchsbegründung auf Grund grundrechtsorientierter Auslegung regelmäßig kein Raum mehr, wenn der GBA - nach nicht zu beanstandender Prüfung - zu einer negativen Bewertung gelangt ist. Dann ist auch verfassungsrechtlich gegen den Ausschluss einer Behandlungsmethode aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nichts einzuwenden, weil nach dem maßgeblichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinische Notwendigkeit, diagnostischer und therapeutischer Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend gesichert sind.

Ausgehend hiervon sind die Voraussetzungen dafür, dass die Beklagte ausnahmsweise die ambulante Behandlung mit Hyperthermie als Sachleistung zur Verfügung zu stellen hatte, nicht gegeben.

Zwar litt die Versicherte an einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung. Für die Krankheit stand aber eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung. Es gab zwar keine kurative Behandlungsmöglichkeit mehr, eine solche stellte freilich auch die Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie nicht dar, auch bei ihr handelte es sich nur um eine palliative Behandlung. Als palliative Behandlungsmöglichkeit kam jedoch auch die alleinige Chemotherapie in Betracht. Dies stützt der Senat auf die Gutachten des MDK. Dafür dass die alleinige Chemotherapie für die Versicherte unzumutbar gewesen wäre, liegen keine Anhaltspunkte vor. Auch nach der sachverständigen Zeugenauskunft des Prof. Dr. W. waren "nur" die üblichen chemotherapiebedingten Nebenwirkungen aufgetreten. Darüber hinaus fehlte es nach Auffassung des Senats hinsichtlich der Behandlung mittels Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie an einer auf Indizien gestützten, nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Wird - wie im vorliegenden Fall - die Erstattung von Kosten für eine durchgeführte Behandlung begehrt, ist abzustellen auf die im jeweiligen Zeitpunkt der Behandlung vorliegenden Erkenntnisse (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 5/09 R](#) -, in juris), hier mithin den Zeitraum von März bis August 2011. Was die ambulante Hyperthermie auch in Kombination mit Chemotherapie im Besonderen angeht, ist diese - wie dargelegt - durch Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005 mit Wirkung vom 15. Mai 2005 als nicht anerkannte Behandlungsmethode aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden. Für eine Anspruchsbegründung auf Grund grundrechtsorientierter Auslegung ist - wie ebenfalls dargelegt - nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -, a.a.O.) aber regelmäßig kein Raum mehr, wenn der GBA nach nicht zu beanstandender Prüfung zu einer negativen Bewertung gelangt ist. Dieser Rechtsprechung schließt sich der Senat - wie schon im Urteil vom 27. April 2012 - [L 4 KR 5054/10](#) - a.a.O. - ausdrücklich an. Er hält sie nach wie vor für richtig und zutreffend, weil die Beurteilung einer Behandlungsmethode durch den GBA als nicht anerkannt nach seiner gesetzlichen Konzeption auf der Grundlage einer umfassenden Analyse des hierzu vorhandenen Wissenschaftsstandes erfolgt und daher die Frage nach hinreichenden Anhaltspunkten für die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode vorgreiflich geprüft und verneint worden ist. Der Senat hat - wie oben unter d) dargelegt - keine Anhaltspunkte dafür, dass die Prüfung, auf der der Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005 beruht, fehlerhaft war oder zwischenzeitlich an Validität eingebüßt hätte.

Der Kläger vermag sein Begehren auch nicht auf den Beschluss des BVerfG vom 29. November 2007 ([1 BvR 2496/07](#), in juris) zu stützen. Die Fallkonstellation, die dem Beschluss des BVerfG vom 29. November 2007 zugrunde lag, betraf eine Hyperthermiebehandlung zur Schmerzbekämpfung. Das BVerfG hatte es insofern als noch nicht geklärt angesehen, ob der durch den GBA bewirkte Leistungsausschluss auch eine Hyperthermiebehandlung erfasst, die nicht anstelle einer konventionellen Krebstherapie, sondern simultan hierzu zur Schmerzbehandlung erbracht wird. Im vorliegenden Fall wurde jedoch die Hyperthermie in Kombination mit der Chemotherapie erbracht; diese Konstellation wird vom Leistungsausschluss des GBA vom 18. Januar 2005 ausdrücklich erfasst. Zwar hat das BVerfG in dieser Entscheidung darüber hinaus nicht ausdrücklich ausgeschlossen, dass die in seinem Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([a.a.O.](#)) für eine noch nicht anerkannte, aber auch noch nicht ausdrücklich ausgeschlossene neue Behandlungsmethode aufgestellten Grundsätze auch in einem Fall anzuwenden sein können, in welchem eine neue Behandlungsmethode bereits ausdrücklich vom GBA ausgeschlossen wurde. Jedoch hat es eine solche Betrachtungsweise umgekehrt auch nicht für ausdrücklich erforderlich erachtet. Seine Ausführungen lauten insoweit:

"Soweit das Landessozialgericht zu dem Ergebnis kommt, dass auch die individuell im Fall der Beschwerdeführerin durchgeführte Hyperthermie-Therapie zur Schmerzbehandlung in rechtsfehlerfreier Form vom Gemeinsamen Bundesausschuss vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich ausgeschlossen wurde, wird es in rechtlicher Hinsicht in eigenständiger Würdigung zu entscheiden haben, ob die im Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 ([BVerfGE 115, 25](#)) für eine im dortigen verfahrengegenständlichen Zeitraum noch nicht anerkannte, aber auch noch nicht ausdrücklich ausgeschlossene neue Behandlungsmethode aufgestellten Grundsätze auch in den Fällen gelten, in welchen eine neue Behandlungsmethode bereits ausdrücklich vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde (ablehnend BSG, Urteil vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -, [NJW 2007, 1385](#) (1388) Rn. 24)."

Diesen Ausführungen ist nur zu entnehmen, dass das dort erkennende LSG sich mit einer Übertragbarkeit der Maßstäbe aus dem Beschluss des BVerfG vom 6. Dezember 2005 auf eine bereits ausdrücklich ausgeschlossene Behandlungsmethode anhand der Besonderheiten des konkreten Falles auseinanderzusetzen hat; nicht jedoch, dass diese Auseinandersetzung zu einem von der Rechtsprechung des BSG abweichenden Ergebnis führen muss (so bereits schon Urteil des erkennenden Senats vom 27. April 2012 - [L 4 KR 5054/10](#) -, a.a.O.). Vorliegend kann der Kläger daher aus dieser Rechtsprechung des BVerfG für sich keine weitergehenden Rechte ableiten. Wie zuvor umfänglich ausgeführt, hat der GBA gerade in der Fallkonstellation der Versicherten die Wirksamkeit der Methode der Hyperthermie in nicht zu beanstandender Weise verneint, ohne dass sich im Folgenden Hinweise darauf ergebenden hätten, dass an diesem Ergebnis nicht festzuhalten ist.

Schließlich ergibt sich entgegen der Ansicht des Klägers eine andere Beurteilung nicht aus dem Beschluss des GBA über die Änderung der Methoden-Richtlinie unter Berücksichtigung des Beschlusses des BVerfG vom 6. Dezember 2005 in der Methodenbewertung vom 20. Januar 2011 (BAz. Nr. 56 vom 8. April 2011 S. 1342). Insofern wird nur klagestellt, dass der Anspruch der Versicherten gemäß dem Beschluss des BVerfG vom 6. Dezember 2005 durch Ausschlussentscheidungen des GBA zu ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht verkürzt wird (Nr. 2 a) der tragenden Gründe zum Beschluss; Urteil des erkennenden Senats vom 27. April 2012 - [L 4 KR 5054/10](#) -, a.a.O.).

g) Ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten scheidet schließlich auch an [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach können Versicherte, soweit sie sich ambulant durch Ärzte behandeln lassen, - nur - unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten wählen. Zu dieser Gruppe gehört Prof. Dr. W. nicht. Allein die Approbation führt zu keinem anderen Ergebnis. Diese hat nicht die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zur Folge. Diese erfolgt vielmehr gesondert ([§ 95 SGB V](#)). Andere als zugelassene Ärzte dürfen Versicherte nur im Notfall ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) oder für den Fall einer Systemstörung in Anspruch nehmen. Beide Ausnahmekonstellationen liegen nicht vor. Ein Notfall ist nur dann gegeben, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 24/05 R](#) -, in juris). Eine derart dringende Eilbedürftigkeit lag bei der Versicherten - wie ausgeführt - nicht vor. Im Übrigen hätte Prof. Dr. W., wenn ein Notfall vorgelegen hätte, unmittelbar mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen müssen. Der Versicherten selbst hätte er dann keine Rechnungen über durchgeführte Notfallbehandlungen stellen dürfen (BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 9/05 R](#) -, in juris). Auch eine Systemstörung in dem Sinne, dass keine oder keine hinreichende Anzahl von Ärzten zur Verfügung stand, die zur Behandlung der bei der Versicherten diagnostizierten Krebserkrankung in der Lage waren, liegt nicht vor. Die Versicherte befand sich in Behandlung von Dr. D. und von Dr. F. - I ...

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), [§ 197a SGG](#) war hier nicht anwendbar, denn der Kläger war als Sonderrechtsnachfolger der Versicherten nach [§ 183 Satz 1 SGG](#) ein kostenrechtlich privilegierter Beteiligter (vgl. dazu BSG, Urteil vom 26. September 2006 - [B 1 KR 1/06](#) -, in juris).

4. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-15