

L 5 KR 3474/16 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 1855/16 ER
Datum
28.07.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3474/16 ER-B
Datum
04.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Heilbronn vom 28.07.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Antragsteller begehrt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die Gewährung einer personalisierten zielgerichteten tumorspezifischen Immuntherapie (TSIT).

Bei dem 1939 geborenen Antragsteller wurde im März 2015 ein Zungengrundkarzinom diagnostiziert. Von dem den Antragsteller aktuell behandelnden Arzt Dr. W. wurde ihm eine Hyperthermie-Behandlung empfohlen und in einem ersten Behandlungszyklus im Zeitraum vom 23.03.2015 bis 29.05.2015 in Verbindung mit einer Infusionsbehandlung mit Artesunate und Vitamin B17 auch durchgeführt. Der Antragsteller beantragte bei der Antragsgegnerin am 02.04.2015 die Übernahme der Kosten für den ersten Behandlungszyklus der Hyperthermie-Behandlung. Dies wurde abgelehnt (Bescheid vom 14.04.2015). Nachdem der hiergegen durch den Antragsteller erhobene Widerspruch ebenfalls erfolglos blieb (Widerspruchsbescheid vom 13.08.2015), erhob dieser Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG; S 12 KR 3333/15).

Des Weiteren beantragte der Antragsteller mit Datum vom 14.06.2016 beim SG die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes zur Gewährung eines zweiten Behandlungszyklus mit der Tiefenhyperthermie ([S 12 KR 1854/16 ER](#)). Dieser wurde mit Beschluss vom 28.07.2016 abgelehnt. Die hiergegen eingelegte Beschwerde wurde mit Beschluss vom heutigen Tag zurückgewiesen ([L 5 KR 3475/16 ER-B](#)).

Zusätzlich zur Tiefen-Hyperthermie-Behandlung wurde beim Antragsteller im Zeitraum von Oktober 2015 bis April 2016 eine tumorspezifische Immuntherapie (TSIT) auf Stammzellbasis patienteneigener Antikörper durchgeführt. Mit Schreiben der insoweit behandelnden Praxisklinik für Immunologie, Zellbiologie und Regenerationsmedizin M. vom 12.10.2015, welches am 02.11.2016 bei der Antragsgegnerin einging, wurde für den Antragsteller bei der Antragsgegnerin die Gewährung dieser Behandlung bzw. die Übernahme der hierfür anfallenden Kosten beantragt.

Die Antragsgegnerin bat am 04.11.2015 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) um Prüfung. In seiner Stellungnahme vom 06.11.2015 teilte Dr. F., MDK, mit, dass die vorgelegten Unterlagen nicht ausreichen würden, um den Antrag zu beurteilen. Konkret bat der MDK um einen ärztlichen Befundbericht zur Diagnose, zum bisherigen Krankheitsverlauf und zu durchgeführten Therapiemaßnahmen. Der Antragsteller wurde daraufhin von der Antragsgegnerin unter dem 10.11.2015 gebeten, entsprechende Unterlagen vorzulegen und unter dem 01.12.2015 und 22.12.2015 und nochmals am 25.01.2016 erinnert. Mit Schreiben vom 01.02.2015 verwies der Antragsteller wegen der angeforderten ärztlichen Unterlagen an die Praxis-Klinik in M ... Die Antragsgegnerin befragte daraufhin mit Schreiben vom 09.02.2016 die Praxis-Klinik für Immunbiologie in M ... Mit Schreiben vom 22.02.2016 wurde der Antragsgegnerin von der Praxisklinik die Aufforderung zu einer Straftat vorgeworfen, weil die Krankenkasse nicht berechtigt sei, Patientenunterlagen anzufordern. Daraufhin bat die Antragsgegnerin unter dem 26.02.2016 um Übersendung von Unterlagen an den MDK. Unter dem 06.04.2016 gab Dr. F., MDK, der Antragsgegnerin zur Kenntnis, dass keine ärztlichen Unterlagen eingegangen seien und daher eine Beurteilung nicht möglich sei. Über den Sachstand wurde der Antragsteller unter dem 11.04.2016 informiert und nochmals gebeten, der Antragsgegnerin ärztliche Befundberichte zu übermitteln, um den Antrag abschließend bearbeiten zu können. Auch nach einer erneuten Erinnerung vom 10.05.2016 wurden die

notwendigen ärztlichen Unterlagen nicht vorgelegt. Vielmehr verwies der Antragsteller mit Schreiben vom 10.05.2016, 14.05.2016 sowie 24.05.2016 auf den Antrag und die seinerzeit eingereichten Unterlagen. Am 08.06.2016 schrieb die Antragsgegnerin den Antragsteller nochmals an und bat dringend um Vorlage der angeforderten Unterlagen. Eine Rückmeldung erfolgte nicht.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Unterlagen führte Dr. S., MDK, in seinem Gutachten vom 02.09.2016 aus, dass es sich nach den vorliegenden Unterlagen zwar um eine lebensbedrohliche Erkrankung handele, eine notstandsähnliche Situation sei aber nicht gegeben. Grundsätzlich stünden bei onkologischen Erkrankungen die Chirurgie, Chemotherapie und Radiotherapie zur Verfügung. Eine bestimmte Therapie könne mangels Unterlagen freilich nicht vorgeschlagen werden. Im Übrigen fehlten wissenschaftlich valide Erkenntnisse, die hinsichtlich der begehrten Behandlung eine spürbare Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung im Krankheitsverlauf erwarten lassen würden.

Mit Bescheid vom 06.09.2016 lehnte die Antragsgegnerin daraufhin den Antrag ab. Nach den Ausführungen des MDK stünden Behandlungsalternativen zu Verfügung. Es lägen auch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, die durch den Einsatz der TSIT eine spürbare Einwirkung auf den Krankheitsverlauf erwarten lassen würden. Hiergegen legte der Antragsteller mit Schreiben vom 17.09.2016 Widerspruch ein. Mit Widerspruchsbescheid vom 28.10.2016 wies die Antragsgegnerin den Widerspruch zurück.

Bereits am 14.06.2016 beantragte der Antragsteller beim SG die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes zur Gewährung der TSIT. Zur Begründung wurde vorgetragen, dass über den Kostenübernahmeantrag seit über sechs Monaten nicht entschieden worden sei, obwohl der Antragsgegnerin sämtliche Unterlagen zur Beurteilung vorlägen. Es sei nun dringend erforderlich, die Behandlung fortzusetzen, jedoch sei er, der Antragsteller, zu weiteren Zahlungen finanziell nicht in der Lage. Für die bisherige Behandlung seien ihm Kosten in Höhe von 28.451,71 EUR entstanden.

Die Antragsgegnerin trat dem Antrag entgegen. Die beantragte Behandlung gehöre nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Ausnahmeindikation für eine außervertragliche Behandlungsmethode sei nicht zu erkennen.

Zur weiteren Ermittlung des medizinischen Sachverhalts befragte das SG die Ärzte, bei denen der Antragsteller - neben Dr. W. - zur Behandlung bzw. Beratung war, schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. G., Facharzt für HNO-Heilkunde, teilte hierbei in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 08.07.2016 mit, den Antragsteller im Februar 2015 zur weiteren Abklärung an die Uniklinik in U. überwiesen zu haben. Der dort tätige Facharzt für HNO-Heilkunde, Dr. B., gab in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 18.07.2016 an, der Antragsteller sei bei ihm einmalig im Februar 2015 vorstellig geworden. Die ihm damals empfohlene Operation und Einleitung einer Therapie sei vom Antragsteller abgelehnt worden. Dr. K., ebenfalls Facharzt für HNO-Heilkunde, teilte unter dem 12.07.2016 mit, er habe dem Antragsteller zur Panendoskopie geraten. Dies habe dieser zunächst abgelehnt. Der den Antragsteller in der Klinik für HNO-Heilkunde des Klinikums am G. behandelnde Prof. Dr. L. gab in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 22.07.2016 an, mit dem Antragsteller im August 2015 das empfohlene Procedere in der Form der Anlage eines Portsystems sowie einer Sonde und die Durchführung von Chemotherapien besprochen zu haben. Dies habe der Antragsteller abgelehnt und sei nach August 2015 nicht mehr vorstellig geworden.

Mit Beschluss vom 28.07.2016 wies das SG den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab. Eine Erstattung der Kosten für die bereits durchgeführten Termine komme nicht in Betracht. Nach der für die Entscheidung maßgebenden Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung sei für die zukünftige Kostenübernahme ein Anordnungsanspruch im Sinne eines materiell-rechtlichen Anspruchs des Antragstellers gegen die Antragsgegnerin auf die Gewährung der beantragten Behandlung nicht glaubhaft gemacht. Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasse nur solche Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich seien und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche (§§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)). Dies sei bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben habe. Die Krankenkassen seien deshalb nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener Einschätzung der Versicherten oder der behandelnden Ärzte positiv verlaufen sei oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet hätten (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 03.07.2012, - B 1 KR 6/11 R -, in juris). "Neu" sei eine Methode, wenn sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung in dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) enthalten sei (BSG, Urteil vom 05.05.2009, - B 1 KR 15/08 R -, in juris m.w.N.). Gemessen daran sei die TSIT neu. Es fehle 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 könnten. Ein Ausnahmefall des Systemversagens liege im Übrigen im Hinblick auf die streitgegenständliche TSIT nicht vor. Der Antragsteller könne seinen Anordnungsanspruch im Sinne eines materiell-rechtlichen Anspruchs auf die Gewährung der beantragten Behandlung auch nicht auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung stützen (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, - 1 BvR 347/98 -; BSG, Urteil vom 07.11.2006, - B 1 KR 24/06 R -, beide in juris). Diese Rechtsprechung sei auf den vorliegenden Fall insoweit nicht übertragbar, da für die beim Antragsteller vorliegende Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stehe. Dies ergebe sich aus den Auskünften der als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte. Vor dem Hintergrund dieser Angaben könne vorliegend nicht mit der für den Erlass einer einstweiligen Anordnung erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es für die beim Antragsteller bestehende Behandlung keine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlungsmöglichkeit gebe. Alleine die Tatsache, dass der Antragsteller die insoweit empfohlene Behandlungsmethode möglicherweise wegen befürchteter Nebenwirkungen ablehne, genüge für die Anwendung der o.g. höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht.

Der Beschluss des SG wurde dem Bevollmächtigten des Antragstellers am 02.08.2015 zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 01.09.2016 zum SG erhobene Beschwerde des Antragstellers, die dem Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) am 15.09.2016 zur Entscheidung vorgelegt worden ist. Zur Begründung trägt der Antragsteller vor, dass die von ihm in Anspruch genommene Therapie eine Aussicht auf Heilung biete, während die schulmedizinische Therapie nur palliativ wirke. Er, der Antragsteller, sei finanziell nicht in der Lage, die Kosten der in Anspruch genommenen Therapie selbst zu tragen.

Der Antragsteller beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Heilbronn vom 28.07.2016 aufzuheben und die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, dem Antragsteller die personalisierte zielgerichtete tumorspezifische Immuntherapie (TSIT) auf Stammzellenbasis patienteneigener Antikörper als Sachleistung zu gewähren und sämtliche Behandlungskosten einschließlich Nebenkosten zu übernehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Die begehrte TSIT sei "neu" im Sinne der Rechtsprechung des BSG. Gleichzeitig seien auch die Voraussetzungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) nicht erfüllt. Für die Erkrankung des Antragstellers stünden schulmedizinische Behandlungen zur Verfügung. Eine Wirksamkeit der begehrten Behandlung sei nicht belegt. Im Übrigen habe der Antragsteller durch sein Verhalten eine weitergehende Einzelfallprüfung verhindert. Daher sei ein Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Antragsgegnerin geführte Leistungsakte verwiesen. II.

Die Beschwerde des Antragstellers ist nach den [§§ 172 ff.](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft, insbesondere nicht gemäß [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen und auch sonst zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet.

Ob der Streitgegenstand des Verfahrens auf einstweiligen Rechtsschutz nur auf die Kostenübernahme für die zukünftig geplante Behandlung oder auch auf die Kostenerstattung für den bereits in der Vergangenheit durchgeführten Behandlungszyklus gerichtet ist, wofür es, da es sich um eine Behandlung vor Beauftragung der einstweiligen Anordnung beim SG, an einem Anordnungsgrund schon deshalb fehlt, lässt der Senat offen, da es jedenfalls für den begehrten Ausspruch an der Glaubhaftmachung des erforderlichen Anordnungsanspruchs und des Anordnungsgrundes insgesamt fehlt.

Der Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ist hier gemäß [§ 86b Abs. 2 SGG](#) statthaft. Danach kann das Gericht der Hauptsache, soweit ein Fall des [§ 86b Abs. 1 SGG](#) (Anordnung der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch oder Anfechtungsklage) nicht vorliegt, auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung des Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Satz 1, Sicherungsanordnung). Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Satz 2, Regelungsanordnung). Mit der Sicherungsanordnung soll die Rechtsstellung des Antragstellers vorläufig gesichert, mit der Regelungsanordnung soll sie vorläufig erweitert werden. Voraussetzung ist jeweils die Glaubhaftmachung eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrundes ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i. V. m. [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung [ZPO]). Unter dem Anordnungsanspruch ist der materielle Anspruch zu verstehen, den der Antragsteller als Kläger im Hauptsacheverfahren geltend macht. Der Anordnungsgrund besteht in der Erforderlichkeit einer vorläufigen gerichtlichen Entscheidung. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung muss gerechtfertigt sein. Daher müssen Gründe vorliegen, aus denen sich ihre besondere Dringlichkeit ergibt.

Bei Auslegung und Anwendung des [§ 86b Abs. 2 SGG](#) sind das Gebot der Gewährung effektiven Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4](#) Grundgesetz -GG-) und die Pflicht zum Schutz betroffener Grundrechte zu beachten, namentlich dann, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Versagung vorläufigen Rechtsschutzes Grundrechte des Antragstellers erheblich, über den Randbereich hinaus und womöglich in nicht wieder gut zu machender Weise verletzen könnte. Ferner darf oder muss das Gericht ggf. auch im Sinne einer Folgenbetrachtung bedenken, zu welchen Konsequenzen für die Beteiligten die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes bei späterem Misserfolg des Antragstellers im Hauptsacheverfahren einerseits gegenüber der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes bei nachfolgendem Obsiegen in der Hauptsache andererseits führen würde. Schließlich kann im Wege einstweiligen Rechtsschutzes grundsätzlich nur eine vorläufige Regelung getroffen und dem Antragsteller daher nicht schon in vollem Umfang, und sei es nur für eine vorübergehende Zeit, gewährt werden, was er nur im Hauptsacheverfahren erreichen könnte. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung ist gleichwohl möglich, wenn dies zur Gewährung effektiven Rechtsschutzes nach [Art. 19 Abs. 4 GG](#) geboten ist (zu alledem etwa Puttler, in NK-VwGO § 123 Rdnr. 94 ff.; Kopp/Schenke, VwGO 14. Aufl. § 123 Rdnr. 13 ff. m.N. zur Rechtsprechung).

Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Grundlagen fehlt es vorliegend an einem Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 3 SGB V](#)) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Behandler ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasst jedoch nur solche Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§§ 2 Abs. 1](#) und [12 Abs. 1 SGB V](#)). Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird hierbei nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen, durch diese Richtlinien wird vielmehr auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt. Die Krankenkassen sind deshalb nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener Einschätzung der Versicherten oder der behandelnden Ärzte positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben (BSG, Urteil vom 03.07.2012, - [B 1 KR 6/11 R](#) -, in juris). "Neu" ist eine Methode, wenn sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM enthalten ist (BSG, Urteil vom 05.05.2009, - [B 1 KR 15/08 R](#) -, in juris m.w.N.).

Vor diesem Hintergrund kann die begehrte TSIT-Behandlung von den Krankenkassen nicht als Sachleistung beansprucht werden. Es fehlt,

worauf bereits das SG zutreffend hingewiesen hat, an der nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erforderlichen befürwortenden Entscheidung des GBA.

Auch ein Ausnahmefall des Systemversagens liegt nicht vor. Ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt kann nach der Rechtsprechung des BSG eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder 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. Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen Fällen die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (BSG, Urteil vom 07.11.2006, - [B 1 KR 24/06 R](#) -, in juris). Hierfür liegen dem Senat jedoch keinerlei Hinweise vor. Anhaltspunkte werden auch vom Antragsteller nicht vorgetragen.

Der Antragsteller kann seinen Anspruch auch nicht auf die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung stützen (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, - [1 BvR 347/98](#) -; vgl. auch BSG, Urteil vom 07.11.2006, - [B 1 KR 24/06 R](#) -, beide in juris). Der Gesetzgeber hat den vom BVerfG formulierten Anforderungen an eine grundrechtsorientierte Auslegung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf neue Behandlungsmethoden im Fall einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, mit dem am 01.01.2012 durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.11.2011 ([BGBl I S. 2983](#)) in Kraft getretenen [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) Rechnung getragen. Nach dieser Vorschrift können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Der Antragsteller leidet zumindest seit März 2015 an einem Zungenkarzinom. Ob eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung im Sinne dieser Vorschrift vorliegt, lässt der Senat im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes offen. Zwar trifft es zu, dass die Erkrankung einen schicksalhaften Verlauf nehmen kann. Vorausgesetzt wird in [§ 2 Abs 1a SGB V](#) jedoch eine notstandsähnliche Situation, die nur dann vorliegt, wenn nach den konkreten Umständen des Einzelfalls droht, dass sich der tödliche Krankheitsverlauf bzw. der nicht kompensierbare Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums wahrscheinlich verwirklichen wird (BVerfG, Beschluss vom 26.03.2014, - [1 BvR 2415/13](#) -, in juris; BSG, Urteil vom 14.12.2006, - [B 1 KR 12/06 R](#) -, in juris; [BT-Drucks 17/6906 S 53](#)). Medizinische Anhaltspunkte hierfür sind nicht ersichtlich. Dementsprechend geht auch der MDK in seiner medizinischen Stellungnahme aufgrund der vorliegenden Befundberichte hiervon nicht aus.

Unabhängig davon sind bei der Erkrankung des Antragsteller jedenfalls Standardtherapien vorhanden. Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, darf nicht losgelöst davon betrachtet werden, was die anerkannte medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt (BVerfG, Beschluss vom 26.02.2013, - [1 BvR 2045/12](#) -, in juris). Zur Frage, ob eine Behandlung mit Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, ist zunächst das konkrete Behandlungsziel zu klären. Bietet die Schulmedizin nur palliative Behandlungsmöglichkeiten an, weil sie jede Möglichkeit einer kurativen Behandlung als aussichtslos betrachtet, kommt ein Anspruch auf eine alternative Behandlungsmethode allerdings nur dann in Betracht, wenn eine auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg besteht. Versicherte dürfen nicht auf eine nur die Linderung von Krankheitsbeschwerden zielende Standardtherapie verwiesen werden, wenn durch eine Alternativbehandlung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung besteht. Rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt werden können, reichen allerdings nicht aus.

Soweit der Antragsteller vorliegend eine Heilung der Erkrankung durch die Alternativbehandlung geltend macht, liegen keinerlei wissenschaftliche Anhaltspunkte hierfür vor. Der Senat stützt sich auch insoweit auf die Ausführungen des MDK in seinem Gutachten. Der lediglich pauschale Vortrag des behandelnden Arztes, dass bei der vorliegenden Behandlung 45% der Patienten geheilt würden, reicht hierfür nicht aus. Dies gilt umso mehr, als vorliegend die Behandlung selbst durch die fehlende Mitwirkung des Antragstellers nicht näher konkretisiert werden kann. Trotz mehrfacher Aufforderung und umfangreichen Bemühungen der Antragsgegnerin ist der Antragsteller der Bitte um Vorlage von ärztlichen Befundberichten und (vollständigen) Unterlagen über den bisherigen Krankheitsverlauf nicht nachgekommen. Eine Überlegenheit der begehrten Behandlung gegenüber der Schulmedizin ist daher für den Senat nicht ersichtlich. Insoweit war der Senat auch nicht verpflichtet, die schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten näher zu konkretisieren, denn selbst wenn diese nach dem Vortrag des Antragstellers nur palliativ wirken würden, müsste doch nach wie vor durch die Alternativbehandlung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung belegt sein. Dies ist jedoch nicht der Fall. Vielmehr ist nach den vorliegenden rudimentären Angaben des Antragsteller keine ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf gegeben.

Darüber hinaus ist vorliegend aber auch ein Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht. Der Antragsteller hat weder vorgetragen noch ist aus den Akten ersichtlich in welchem Umfang die begehrte Therapie durchgeführt werden soll und welche Kosten hierfür entstehen. Zwar trägt der Antragsteller vor, dass in der Vergangenheit für die begehrte Behandlung rund 30.000 EUR angefallen seien. Die Einkommens- und Vermögenssituation des Antragstellers wurden jedoch nicht offengelegt. Zwar wird vorgetragen, dass der Antragsteller nur über eine Rente in Höhe von 1.100,00 EUR verfügt. Angaben zur sonstigen Situation fehlen jedoch. Solche wären vor allem auch vor dem Hintergrund, dass der Antragsteller in der Lage war, die gewünschte Behandlung über ein Jahr selbst zu finanzieren, notwendig gewesen. Allein der Vortrag, dass dies zukünftig nicht mehr möglich sei, genügt ohne Belegung der vollständigen Einkommens- und Vermögenssituation nicht.

Der angefochtene Beschluss des SG ist nach alledem nicht zu beanstanden. Die Beschwerde konnte deshalb keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-12