

## L 5 KR 3475/16 ER-B

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 1854/16 ER  
Datum  
28.07.2016  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 3475/16 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 regionalen Tiefenhyperthermie-Behandlung und von begleitenden Infusionsbehandlungen.

Bei dem 1939 geborenen und bei der Antragsgegnerin krankenversichertem Antragsteller wurde im März 2015 ein Zungengrundkarzinom diagnostiziert. Der behandelnde Arzt Dr. W. empfahl dem Antragsteller daraufhin eine Hyperthermie-Behandlung. In einem ersten Behandlungszyklus im Zeitraum vom 23.03.2015 bis 29.05.2015 wurde in der Folge eine regionale Tiefenhyperthermie-Behandlung in Verbindung mit einer Infusionsbehandlung mit Artesunate und Vitamin B17 durchgeführt.

Der Antragsteller beantragte am 02.04.2015 bei der Antragsgegnerin die Übernahme der Kosten für den ersten Behandlungszyklus. Die Antragsgegnerin veranlasste daraufhin die sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). In seinem Gutachten vom 09.04.2015 führte Dr. F. aus, dass es sich bei der beantragten Behandlung um eine nicht zugelassene Behandlungsmethode handle. Auch eine lebensbedrohliche, notstandsähnliche Situation sei den Unterlagen nicht zu entnehmen. Geeignete und zugelassene Behandlungskonzepte könnten in onkologischen Schwerpunktpraxen oder onkologischen Klinikambulanzen durchgeführt werden. Ein Wirksamkeitsnachweis, eine Überlegenheit, ein medizinischer Nutzen und die Wirtschaftlichkeit gegenüber anderen zugelassenen Methoden sei nicht belegt.

Mit Bescheid vom 14.04.2015 lehnte die Antragsgegnerin den Antrag ab. Die beantragte Hyperthermie gehöre nicht zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ferner sei der verabreichte Wirkstoff Artesunate in Deutschland nicht verkehrsfähig. Vitamin B12 (gemeint wohl B17) (Amygdalin) werde von den Behörden und wissenschaftlichen Einrichtungen als medizinisch unwirksam und ansonsten toxisch bzw. bedenklich eingeschätzt.

Hiergegen legte der Antragsteller am 11.05.2015 Widerspruch ein, da eine Ablehnung der Kostenübernahme ihn, den Antragsteller, in seinem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 2](#) Grundgesetz (GG) verletze. Vorliegend seien die nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) notwendigen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme einer nicht zugelassenen Methode erfüllt.

Die Antragsgegnerin veranlasste daraufhin eine erneute Begutachtung durch den MDK. Dr. Sch. wies ergänzend zu dem bereits vorliegenden Gutachten darauf hin, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Juni 2005 die verschiedenen Hyperthermiearten als experimentell eingestuft und einen fehlenden Wirksamkeitsnachweis bemängelt habe. Die vom BVerfG aufgestellten Kriterien (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, - [1 BvR 347/98](#) -, in juris) seien danach kumulativ nicht erfüllt (Gutachten vom 29.05.2015).

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.08.2015 wies die Antragsgegnerin den Widerspruch zurück. Es bestehe kein Anspruch auf Kostenübernahme für die durchgeführte Therapie in Höhe von 885,57 EUR. Die beantragte Behandlung gehöre nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die vom BVerfG aufgestellten Kriterien für eine weitergehende Kostenübernahme seien nicht

erfüllt.

Hiergegen erhob der Antragsteller die noch anhängige Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG; S 12 KR 3333/15).

Am 14.06.2016 beantragte der Antragsteller darüber hinaus die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes beim SG. Bei seiner Erkrankung handele es sich um rasch wachsende Metastasen, die dringend und schnellstmöglich zu behandeln seien. Nach dem ersten Behandlungszyklus mit Hyperthermie und begleitenden Infusionsbehandlungen sei es zu einer Verbesserung der Werte des Immunsystems gekommen. Zudem habe die rasche Progredienz des Tumors gestoppt werden können. Die Weiterbehandlung mit der beantragten Therapie sei daher dringend erforderlich. Seine gesundheitliche Situation habe sich zwischenzeitlich wieder verschlechtert, da er die begehrte Behandlung nicht habe fortführen können. Seine finanzielle Situation lasse es jedoch nicht zu, dass er einen weiteren Behandlungszyklus beginne und vorfinanziere. Andere vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten, ambulant oder stationär, bestünden für ihn, den Antragsteller, nicht.

Die Antragsgegnerin trat dem Antrag entgegen. Die beantragte Behandlung gehöre nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig seien die konventionellen/schulmedizinischen Möglichkeiten innerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeschöpft.

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. Nach der für die Entscheidung maßgebenden Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung sei 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 entsprechen würden (§§ 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 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 Tiefenhyperthermie-Behandlung 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. Der GBA habe im Gegenteil nach Anlage 2 Nr. 42 der Methoden-Richtlinie die Hyperthermiebehandlung (u.a. Ganzkörperhyperthermie, regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie) ausdrücklich als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen (Beschluss des GBA vom 18.01.2005, BAanz 2005, S 7485). Ein Ausnahmefall des Systemversagens liege ebenfalls nicht vor, da sich der GBA mit der Behandlungsmethode der Hyperthermie befasst habe. Der Antragsteller könne seinen Anordnungsanspruch im Sinne eines materiell-rechtlichen Anspruchs auf die Gewährung der beantragten Behandlung 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 -, in juris; BSG, Urteil vom 07.11.2006, - B 1 KR 24/06 R -, in juris). Diese Rechtsprechung sei auf den vorliegenden Fall insoweit nicht übertragbar, als für die beim Antragsteller vorliegende Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stehe. Dies ergebe sich aus den Auskünften der als sachverständige Zeugen gehörten Ärzte. So habe insbesondere Prof. Dr. L. vom Klinikum am G. mitgeteilt, den Antragsteller im Zeitraum vom 23.07.2015 bis 31.08.2015 mehrmals untersucht und behandelt zu haben. Im Rahmen zweier stationärer Aufenthalte des Antragstellers seien Staginguntersuchungen sowie eine Lymphknotenteilresektion durchgeführt worden. Nach Besprechung des Falles in der interdisziplinären Kopf-Hals-Tumorkonferenz des Klinikums sei die weitere Behandlungsempfehlung in der Form der Anlage eines Portsystems sowie einer PEG-Sonde und die anschließende Induktionschemotherapie sowie Radiochemotherapie mit dem Antragsteller besprochen worden. Ende August habe dieser die Chemotherapie abgelehnt und lediglich der von Beginn an empfohlenen Panendoskopie zugestimmt. Einen für den 02.09.2015 vereinbarten OP-Termin habe er dann jedoch abgesagt und sei danach nicht mehr vorstellig geworden.

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 auch 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 Tiefen-Hyperthermie-Behandlung und begleitende Infusionsbehandlungen mit Artesunate, Vitamin B 17

und hochdosiertem Vitamin C als Sachleistung zu gewähren und sämtliche Behandlungskosten einschließlich Nebenkosten zu übernehmen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Die begehrte Hyperthermiebehandlung sei "neu" im Sinne der Rechtsprechung des BSG. Gleichzeitig seien auch die Voraussetzungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) nicht erfüllt. Daher sein ein Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht. Darüber hinaus sei vorliegend aber auch ein Anordnungsgrund nicht ersichtlich.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Antragsgegnerin geführte Leistungsakte, die Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind, 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.

Der Streitgegenstand des Verfahrens auf einstweiligen Rechtsschutz ist dabei nicht auf die Kostenerstattung für den bereits in der Vergangenheit durchgeführten Behandlungszyklus gerichtet, sondern auf die Kostenübernahme für die zukünftig geplante Behandlung. Dies ergibt sich aus dem Vortrag des Antragstellers und dem gestellten Antrag. Einen Antrag auf Kostenübernahme des zweiten Behandlungszyklus und damit der konkret streitgegenständlichen zukünftigen Behandlung hat der Antragsteller bei der Antragsgegnerin nicht gestellt. Fraglich erscheint, ob der vom Antragsteller ursprünglich gestellte Antrag auch die zukünftigen Behandlungszyklen erfasst oder die Antragstellung entbehrlich ist, weil die Sache sehr eilig ist und der Antragsteller aus besonderen Gründen mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgehen kann, bei der Verwaltung kein Gehör zu finden. Inwieweit dies vorliegend gegeben ist, kann der Senat freilich offenlassen, da es jedenfalls für den begehrten Ausspruch an der Glaubhaftmachung des erforderlichen Anordnungsanspruchs und des Anordnungsgrundes 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 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 Hyperthermie-Behandlung im Zusammenwirken mit Infusionen mit Vitamin B17 (Amygdalyn) und Artesunat (Artemisinin) 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. Der GBA hat im Gegenteil nach Anlage II Nr. 42 der Methoden-Richtlinie die Hyperthermie-Behandlung ausdrücklich als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen (Beschluss des GBA vom 18.01.2005, BAnz 2005, S 7485).

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). Ein solcher Fall des Systemversagens liegt schon deshalb nicht vor, weil sich der GBA mit der streitigen Behandlungsmethode der Hyperthermie befasst hat. Der Senat hat auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Prüfung, auf der der Beschluss des GBA vom 18.01.2005 beruht, fehlerhaft war oder zwischenzeitlich an Validität eingebüßt hätte.

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.

Einem auf diese Rechtsgrundsätze bzw. auf die Vorschrift in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) gestützten Leistungsanspruch des Versicherten steht hier schon entgegen, dass der GBA die Krebsbehandlung durch Hyperthermie (auch in Kombination mit Chemotherapie) durch Richtlinienentscheidung - in Anlage II Nr. 42 Method-RL - ausdrücklich aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgeschlossen hat. Nach der Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, ist für eine Anspruchsbegründung aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungskatalogs aber kein Raum mehr, wenn der GBA zu einer negativen Bewertung gelangt ist (BSG, Urteil vom 07.11.2006, - [B 1 KR 24/06 R](#) -; vgl. auch BSG, Beschluss vom 05.10.2015, - [B 1 KR 69/15 B](#) -; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.04.2012, - [L 4 KR 5054/10](#) -; Urteil des erkennenden Senats vom 27.07.2016, - [L 5 KR 4217/14](#) -; für vorläufige Rechtsschutzverfahren anders etwa LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22.02.2007, - [L 5 B 8/07 KR ER](#) - oder LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 15.07.2011, - [5 KR 99/11 B ER](#) -; diese Frage offen lassend LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24.06.2014, - [L 11 KR 3597/13](#) -; alle in juris); stichhaltige Gründe, aus denen der maßgebliche Beschluss des GBA beanstandet werden könnte, sind weder ersichtlich noch geltend gemacht.

Auch wenn man ungeachtet der genannten Richtlinienentscheidung des GBA einen verfassungs- bzw. grundrechtsunmittelbaren Leistungsanspruch (vgl. dazu etwa BVerfG, Beschluss vom 10.11.2015, - [1 BvR 2056/12](#) - und vom 26.03.2014, - [1 BvR 2415713](#) -, beide in juris) bzw. einen auf [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) gestützten Leistungsanspruch des Versicherten nicht von vornherein ausschließen wollte, wären die Voraussetzungen eines solchen Leistungsanspruchs jedenfalls nicht erfüllt.

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. Auch der MDK geht in seiner medizinischen Stellungnahme aufgrund der vorliegenden Befundberichte hiervon nicht aus.

Unabhängig davon sind bei der Erkrankung des Antragstellers 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.

Es fehlt vorliegend an der auf Indizien gestützten nicht ganz fernliegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (dazu näher, insbesondere zur abstrakten und konkret-individuellen Prüfung und Abwägung von Risiken und Nutzen der Behandlungsmethode, BSG, Urteil vom 02.09.2014, - [B 1 KR 4/13 R](#) -, in juris). Dieses Erfordernis darf einerseits zwar

nicht überspannt werden, etwa durch die Forderung eines Wirksamkeits- und Nutznachweises durch evidenzbasierte Studien (vgl. etwa Senatsurteil vom 19.03.2014, - [L 5 KR 1496/13](#) - (Krebsbehandlung durch dendritische Zellen), nicht veröffentlicht). Im Unterschied zur Anwendung von Arzneimitteln im Off-Label-Use (dazu BSG, Urteil vom 03.07.2012, - [B 1 KR 25/11 R](#) -; Urteil vom 08.11.2011, - [B 1 KR 19/10 R](#) -, beide in juris) genügen nämlich schon (Wirksamkeits-)Indizien, die sich auch außerhalb von Studien oder vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften finden können (vgl. bspw. BSG, Urteil vom 02.09.2014, - [B 1 KR 4/13 R](#) -: wissenschaftliche Verlaufsbeobachtung anhand von 126 operierten Menschen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle). Steht in den Fallgestaltungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) (lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche bzw. wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung) eine nach allgemeinem Standard anerkannte Behandlungsmethode generell nicht zur Verfügung oder scheidet sie im konkreten Einzelfall (nachgewiesenermaßen) aus, sind Differenzierungen im Sinne der Geltung abgestufter Evidenzgrade nach dem Grundsatz vorzunehmen "je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation, desto geringere Anforderungen an die ernsthaften Hinweise (so BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, - [1 BvR 347/98](#) -, in juris) auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg. Andererseits darf die in Rede stehende und im Einzelfall vielfach maßgebliche Voraussetzung für die grundrechtsorientierte (erweiternde) Auslegung des Leistungskatalogs auch nicht (gänzlich) aufgelöst werden. Das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt durch die entsprechende Einschätzung oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Erfahrungen bei Behandlungen der in Rede stehenden Art im Einzelfall, genügt für sich allein genommen nicht (vgl. dazu auch etwa BSG, Urteil vom 07.11.2006, - [B 1 KR 24/06 R](#) -, in juris).

Aus den vorliegenden MDK-Gutachten geht für den Senat überzeugend hervor, dass die vorstehend genannten Voraussetzungen für eine grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungskatalogs nicht erfüllt sind. Ein Wirksamkeitsnachweis anhand einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen aufgrund wissenschaftlicher Statistiken liegt für die beantragte Hyperthermie-Behandlung unter Gabe von Artesunat und Vitamin B 17 nicht vor. Dies ergibt sich für den Senat aus den Sozialmedizinischen Gutachten des MDK. Gleichzeitig stehen für die Erkrankung des Antragstellers schulmedizinisch anerkannte Behandlungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, zur Verfügung. Dies hat die Befragung der behandelnden Ärzte des Antragstellers als sachverständige Zeugen ergeben. Hiervon geht ebenfalls der MDK in den bereits angesprochenen Gutachten aus. Im Übrigen sind auch keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass durch die begehrte Behandlung eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung besteht, während die Standardtherapie lediglich der Linderung von Krankheitsbeschwerden zum Gegenstand hat, da eine Wirkung der begehrten Therapie bereits medizinisch nicht hinreichend glaubhaft ist.

Darüber hinaus ist für den Senat aber auch ein Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht. Konkrete Anhaltspunkte der Kosten der begehrten Therapie hat der Antragsteller nicht dargelegt. Der im Jahr 2015 durchgeführte Behandlungszyklus mit Tiefenhyperthermie, Artesunat und Vitamin B17 verursachte Kosten in Höhe von 885,57 EUR. Allein der pauschale Vortrag des Antragstellers, dass er diese Kosten zukünftig nicht mehr tragen könne, ist für die Geltendmachung eines Anordnungsgrundes nicht ausreichend. Es wurden weder die Einkommen- noch die Vermögensverhältnisse des Antragstellers im Einzelnen dargelegt. Dies wäre aber in Anbetracht der für einen Behandlungszyklus bislang angefallenen Kosten erforderlich. Allein die Vorlage des Rentenbescheids genügt insoweit 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