

L 5 KR 2665/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 5 KR 49/14

Datum

24.09.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 2665/16

Datum

21.06.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 24.09.2014 abgeändert und die Klage insgesamt abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger, (Sonder-)Rechtsnachfolger seiner verstorbenen Ehefrau (im Folgenden: Versicherte), begehrt die Erstattung der Kosten für eine Krebsbehandlung der Versicherten.

Die 1944 geborene und am 21.09.2015 verstorbene Versicherte war Mitglied der Beklagten. Im Jahr 1998 erkrankte sie an Brustkrebs. Nach operativer Entfernung der Brüste wurde sie 5 Jahre lang mit Chemotherapie behandelt. Ein Rezidiv dieser Krebserkrankung trat nicht auf.

Im November 2011 wurde bei der Versicherten eine (inoperable) Krebserkrankung der Gallengänge diagnostiziert. Deswegen wurde zunächst vom NCT (Nationales Centrum für Tumorerkrankungen) H. eine ambulante systemische Chemotherapie mit Cisplatin/Gemcitabine durchgeführt.

Am 09.07.2012 beantragte die Versicherte (über ihre Tochter) erstmals die Gewährung einer Krebsbehandlung durch ambulant zu erbringende transarterielle Chemoembolisation (TACE). Bei dieser Behandlungsmethode werden zytostatisch wirksame Substanzen (Chemotherapeutika bzw. Zellgifte) nach vorheriger Katheterisierung eines den Tumor versorgenden arteriellen Gefäßes injiziert. Sodann werden kleine Partikel (wie Gelatine, Schwamm oder Stärkekugeln) eingebracht, um das Gefäß zu verschließen (embolisieren). Dadurch sollen die Tumorzellen vom Blutkreislauf abgeschnitten und das Zytostatikum soll am Einwirkungsort gehalten werden. Die Behandlung sollte in der Privatambulanz des Prof. Dr. V. (Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Universitätsklinik F.) durchgeführt werden. Nach einer Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung H. an die D. vom 16.12.2005 verfügt(e) Prof. Dr. V. über eine Ermächtigung ([§ 95 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V) zur Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Überweisung durch Vertragsärzte u.a. für Patienten mit nachgewiesenen Metastasen oder anderen malignen Tumoren der Leber und konnte Chemoembolisationsbehandlungen nach Gebührenordnungsposition (GOP) 34286 EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen) 2000plus abrechnen (Zuschlag zu Leistungen nach GOP 34283 EBM 2000plus (Serienangiographie bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme, u.a. Embolisation)).

Die Versicherte legte zur Begründung ihres Leistungsantrags (u.a.) das Attest des Prof. Dr. Dr. h.c. mult. B. vom 28.06.2012 vor. Darin ist ausgeführt, bei der Versicherten liege zentral im rechten Leberlappen ein 8,6 cm großer solider Tumor vor, der in die Pfortader eingebrochen sei und zu einer Thrombose dieses Gefäßes geführt habe. Nach 4 Zyklen Chemotherapie mit Cisplatin/Gemcitabine habe ein Kontroll-MRT einen nunmehr 9,8 cm großen Tumor gezeigt. Nach weiteren 8 Zyklen der genannten Chemotherapie sei bei einem MRT vom 19.06.2012 ein unverändertes Ausmaß des Gallengangkarzinoms bei zentralem Tumoreinbruch mit Pfortaderverschluss beschrieben worden. Da die systemische Applikation der belastenden Chemotherapie zu einer erheblich eingeschränkten Lebensqualität (überwiegende Bettlägerigkeit) geführt habe, werde eine intraarterielle Chemotherapie über die Leberarterie für indiziert angesehen, um die noch verbleibenden Lebensmonate der Versicherten erträglicher zu gestalten.

In einem Attest des Prof. Dr. V. vom 02.07.2012 ist ausgeführt, aufgrund der komplexen Infiltrationscharakteristika des cholangio-zellulären Karzinoms zeigten die bisherigen Daten, dass eine regionale Chemotherapie unter Einsatz von Mitomycin, Cisplatin und Gemzar

intraarteriell in Form einer Chemoperfusion, kombiniert mit Okklusion und Embolisation hier Vorteile bezüglich der Tumorkontrolle und damit indirekt auch des Überlebens aufweise. Es werde um eine individuelle Kostenübernahme zur Durchführung der ambulanten regionalen Chemoperfusion, Okklusion und Embolisation gebeten.

Mit Schreiben vom 10.07.2012 legte die Beklagte die Antragsunterlagen der Versicherten dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) zur Begutachtung vor.

Im MDK-Gutachten nach Aktenlage vom 26.07.2012 führte Dr. U. aus, die von Prof. Dr. Dr. h.c. mult. B. befürwortete intraarterielle lokoregionale Chemotherapie unterscheide sich von der TACE dadurch, dass ausschließlich zytostatisch wirksame Medikamente und keine Partikel zur Embolisation eingebracht würden. Die TACE sei über den EBM abgebildet und bei inoperablem hepatozellulärem Karzinom eine Therapieoption. Bei der Versicherten liege eine lebensbedrohliche bzw. tödlich verlaufende Erkrankung vor. Die intraarterielle lokoregionale Chemotherapie könne an Universitätskliniken durchgeführt werden. Ferner könne bei Hyperbilirubinämie ein Stent gelegt werden zur Drainage. Insgesamt sei eine Palliativsituation gegeben. Ansonsten könnten palliativmedizinische Behandlungen im Vordergrund stehen (z. B. Schmerzlinderung, psychologische Betreuung, symptomatische Behandlung bei Übelkeit). Durch eine TACE-Behandlung sei eine Heilung oder Linderung der Krebserkrankung der Versicherten nicht zu erreichen. Die Versicherte habe Anspruch auf Vorstellung und Behandlung in einem onkologischen Zentrum oder in einer onkologischen Ambulanz einer nahegelegenen Universitätsklinik. Überlegenheit, medizinischer Nutzen und Wirtschaftlichkeit (der beantragten Behandlung) gegenüber anderen, vorstehend beschriebenen Verfahren seien bisher nicht belegt. Die Übernahme der Behandlungskosten in einer Privatklinik könne nicht empfohlen werden.

Mit Bescheid vom 02.08.2012 lehnte die Beklagte den Leistungsantrag der Versicherten ab. Zur Begründung führte sie unter Bezugnahme auf das MDK-Gutachten des Dr. U. vom 26.07.2012 aus, man könne sich an den Kosten einer TACE-Behandlung nicht beteiligen. Die Behandlungsmethode habe einen festen Stellenwert in der Therapie des hepatozellulären Karzinoms und hierfür könnten entsprechende Abrechnungsziffern angesetzt werden. Da es sich bei Vorliegen einer medizinischen Indikation um eine Vertragsleistung handele, sei die ambulante außervertragliche Abrechnung nicht möglich. Prof. Dr. V. habe auf Nachfrage bestätigt, dass er nicht über eine Kassenzulassung für die Erbringung der beantragten Behandlung verfüge. Möglich wären Vorstellung und Behandlung in einem onkologischen Zentrum bzw. in der Ambulanz einer nahegelegenen Universitätsklinik oder auch eine Behandlung durch selektive interne Radiotherapie (SIRT), die im Klinikum K. als Vertragsleistung angeboten werde.

Den dagegen am 29.08.2012 eingelegten Widerspruch der Versicherten wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 31.10.2012 zurück. Ergänzend führte sie aus, die ambulante regionale Chemoperfusion mit Okklusion und Embolisation (TACE-Behandlung) solle privatärztlich außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden und sei daher den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (i.S.d. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#)) zuzuordnen. Die für die Gewährung als (Sach-)Leistung der Krankenkassen erforderliche (positive) Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) liege nicht vor. Auch die Voraussetzungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) (grundrechtsorientierte erweiternde Auslegung des Leistungskatalogs) seien nicht erfüllt. Wie der MDK festgestellt habe, stünden vertragliche Behandlungsmethoden, wie die Durchführung einer intraarteriellen lokoregionalen Chemotherapie an einer Universitätsklinik bzw. andere palliativ-medizinische Therapien zur Verfügung. Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 31.10.2012 wurde nicht erhoben.

Mit bei der Beklagten am 22.04.2013 eingegangenem Schreiben vom 19.04.2013 beantragte die Versicherte erneut die Übernahme der Kosten einer - bereits im Dezember 2012 begonnenen - TACE-Behandlung durch Prof. Dr. V. ... Zur Begründung führte sie aus, sie werde seit dem 20.12.2012 von Prof. Dr. V. mit Erfolg behandelt. Ihr Zustand habe sich sehr verbessert und der Tumor sei kleiner geworden. Demgegenüber habe die vorherige (systemische) Chemotherapie im NCT H. keinen großen Erfolg gebracht. Die Versicherte legte (u.a.) einen MRT-Befund vom 09.04.2013 vor. Danach hatte sich der Tumor von zuvor 11,2 x 12,4 cm auf 9,0 x 9,0 cm verkleinert.

Die TACE-Behandlungen durch Prof. Dr. V. fanden am 20.12.2012, 28.01.2013, 04.03.2013, 09.04.2013, 10.05.2013, 17.06.2013, 05.08.2013, 02.09.2013, 14.10.2013 und 18.11.2013 statt. Hierfür stellte Prof. Dr. V. der Versicherten Kosten i.H.v. insgesamt 32.335,34 EUR in Rechnung. Die Versicherte hatte vor jeder TACE-Behandlung eine zur Datenübermittlung im Zuge der privatärztlichen Abrechnung notwendige Einverständniserklärung unterzeichnet, in der es (u.a.) heißt, "mir ist ferner bekannt, dass die beanspruchten Leistungen nicht von allen Kassen generell und vollständig erstattet werden."

Mit an den MDK gerichtetem Schreiben vom 29.04.2013 bat die Beklagte um Prüfung der von der Versicherten mit dem Antrag vom 19.04.2013 vorgelegten Unterlagen.

Mit an die Beklagte gerichtetem Schreiben vom 06.05.2013 führte der MDK in Person von Dr. W. aus, es fehlten noch wesentliche Informationen. Man möge weitere (im Einzelnen bezeichnete) Unterlagen vorlegen. Nach deren Eingang werde die Begutachtung zeitnah erfolgen.

Mit Schreiben vom 21.05.2013 teilte die Beklagte der Versicherten mit, ihr Antrag sei nochmals dem MDK vorgelegt worden. Dieser benötige für eine Beurteilung noch (im Schreiben näher bezeichnete) Unterlagen.

Mit Schreiben vom 30.06.2013 legte die Versicherte die angeforderten Unterlagen (u.a. den Bericht des Prof. Dr. V. vom 26.06.2013) vor. Sie sei im Januar 2012 eine Woche stationär in der Universitätsklinik H. behandelt worden. In der Universitätsklinik F. (bei Prof. Dr. V.) sei sie demgegenüber nie stationär behandelt worden. Während der (systemischen) chemotherapeutischen Behandlung im NCT H. von Dezember 2011 bis Dezember 2012 (34 Chemotherapien) sei der Tumor um 4 cm gewachsen. Während der Behandlung bei Prof. Dr. V. seit 20.12.2012 habe sich der Tumor schon nach 5 Chemotherapien um ein Drittel verkleinert. Auch hätten sich die Leberwerte sehr stark verbessert. Die von der Beklagten vorgeschlagenen Therapien hätten die Ärzte des NCT H. abgelehnt, weil sie bei ihr zu keinem Erfolg führen würden und teilweise auch zu gefährlich wären. Derzeit fühle sie sich sehr wohl und habe eine neue und gute Lebensqualität, auch weil sie nicht mehr jede Woche zur Chemotherapie müsse und es ihr durch die Therapie bei Prof. Dr. V. viel besser gehe.

Im Bericht vom 26.06.2013 führte Prof. Dr. V. aus, nach einem Beschluss im Tumorboard solle jetzt nach wiederholtem Progress des Karzinoms eine lokale Chemotherapie der Leber eingeleitet werden. Die erneute Einleitung einer systemischen Chemotherapie wäre um ein Vielfaches teurer und würde das Allgemeinbefinden der Versicherten wesentlich stärker beeinträchtigen. Eine Leberteilresektion sei zur Zeit

nicht durchführbar; sie würde die Versicherte außerdem zusätzlich schwächen. Bereits nach wenigen Tagen könne die Versicherte ihr gewohntes Leben bei sehr guter Lebensqualität fortführen. Eine stationäre Aufnahme zur Durchführung der in Rede stehenden Therapie sei aus medizinischen Gründen in keinem Fall indiziert. Wie langjährige Erfahrung gezeigt habe, könnten die Patienten die Klinik (bei ambulanter Durchführung der Behandlung) am Abend wieder verlassen. Zur Zeit seien 5 TACE-Behandlungen durchgeführt worden und es habe bereits eine Größenreduktion des Karzinoms erzielt werden können. Um einen erneuten Progress zu verhindern, seien weitere lokale Chemotherapien der Leber geplant. Pro Sitzung entstünden Kosten i.H.v. jeweils ca. 3.500,00 EUR.

In einer Bescheinigung vom 17.06.2013 führte Prof. Dr. V. aus, für die TACE-Behandlung sei eine Begleitperson aus medizinischen Gründen dringend erforderlich, da sonst die Behandlung (in der Universitätsklinik F.) nicht ambulant durchgeführt werden könne. Für Patienten, die außerhalb von F. wohnten, sei die Übernachtung in einem Hotel in der Nähe des Klinikums dringend erforderlich.

Mit Schreiben (Kurzmitteilung) vom 05.07.2013 übersandte die Beklagte die von der Versicherten mit Schreiben vom 30.06.2013 vorgelegten Unterlagen an den MDK.

Im MDK-Gutachten nach Aktenlage vom 10.07.2013 führte Dr. W. aus, nach der Erstdiagnose einer Leberraumforderung im November 2011 sei die Versicherte zunächst mit einem Zyklus Placitel behandelt, sodann bei Diagnose eines cholangiozellulären Karzinoms sei die Behandlung auf Cisplatin/Gemcitabine umgestellt worden. Im April 2012 sei der Tumor im MRT rückläufig gewesen. Im November 2012 sei es sodann (nach Deeskalation der Chemotherapie wegen Nebenwirkungen auf Gemcitabine Monotherapie) zu einer minimalen Progredienz am Leberhilus mit weiterbestehender Cholestase und Verdrängung der Lebervenen gekommen. Es habe eine zunehmende Minderperfusion des rechten Leberlappens bei zunehmender Kompression der zuführenden Gefäße bestanden; der Tumormarker sei angestiegen. Man habe weiter mit Gemcitabine (als Monotherapie) behandelt. Laut NCT H. habe eine stabile Situation gemäß RECIST-Kriterien bestanden. Die Versicherte habe sodann eine Vorstellung und Weiterbehandlung bei Prof. Dr. V. gewünscht und im Juli 2012 erstmals die Übernahme der Kosten der TACE-Behandlung beantragt. Seit dem 20.12.2012 werde sie von Prof. Dr. V. ambulant privatärztlich behandelt. Die TACE sei ein anerkanntes Behandlungsverfahren, das nur bei inoperablem Primärtumor ohne Fernmetastasen (hepatozelluläres Karzinom) und bei Patienten in gutem Allgemeinzustand und guter Leberfunktion angewendet werden solle. Die ambulante Leistungserbringung sei derzeit im EBM nicht abbildbar und werde im Bewertungsausschuss weiter abgeklärt. Prinzipiell sprächen die Komplexität des Eingriffs und das Risiko für Komplikationen für eine stationäre Leistungserbringung. Deshalb werde die TACE in Krankenhäusern in Baden-Württemberg (z. B. in der Universitätsklinik H.) nur stationär erbracht. Die TACE sei mit OPS-Ziffer (Operationen- und Prozedurenschlüssel des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information) und DRG (Diagnosis Related Groups) abbildbar und werde in mehreren Kliniken auch stationär abgerechnet. Die TACE sei bislang in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen. Ein entsprechender Antrag liege beim GBA nicht vor. Bei der (diagnostisch gesicherten) Krebserkrankung der Versicherten handele es sich um eine tödlich verlaufende Krankheit. Ein akuter Notstand habe bei Beginn der TACE-Behandlung durch Prof. Dr. V. aber nicht vorgelegen. Die Universitätsklinik H. sei von einer stabilen Situation ausgegangen. Zur Behandlung des Tumors im fortgeschrittenen Stadium im Rahmen vertragsärztlicher Möglichkeiten stehe hier die systemische Chemotherapie zur Verfügung; unter Gemcitabine sei eine stabile Situation vorhanden gewesen. Die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V seien nicht erfüllt, weil alternative Therapien zur beantragten Behandlung verfügbar gewesen seien. Von einer Überlegenheit der Therapie des Prof. Dr. V. gegenüber verfügbaren Alternativen könne bei bisher fehlendem Nachweis nicht ausgegangen werden. Prof. Dr. V. habe die Versicherte in seiner Privatsprechstunde (nicht als Patientin der Universitätsklinik F.) behandelt. Er hätte bei Abschluss des Behandlungsvertrags auf die Möglichkeit der vertraglichen Leistungserbringung hinweisen müssen, in jedem Fall auf die stationäre Durchführung als einzig vertraglich mögliche Alternative. Ob eine entsprechende Aufklärung der Versicherten stattgefunden habe, gehe aus den Unterlagen nicht hervor. Aus sozialmedizinischer Sicht habe eine Notfallsituation nicht bestanden. Es gebe keinen evidenzbasierten Hinweis, dass die TACE einer systemischen Chemotherapie (z. B. mit Gemcitabine) überlegen sei. Außerdem hätte die Therapie im Rahmen einer stationären Behandlung in einem spezialisierten Zentrum (wie in H.) erfolgen können. Sollten die behandelnden Ärzte zu der Entscheidung gelangt sein, dass bei der Versicherten eine lokoregionäre Therapie zu priorisieren gewesen wäre, hätte diese (auch als TACE) als vertraglich geregelte stationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen werden können.

Mit Bescheid vom 18.07.2013 lehnte die Beklagte den Antrag der Versicherten auf Übernahme bzw. Erstattung der Kosten der Behandlung ihrer Krebserkrankung mit TACE unter Bezugnahme auf das MDK-Gutachten des Dr. W. vom 10.07.2013 (erneut) ab. Als vertragsärztliche Behandlungsmethode stehe die systemische Chemotherapie zur Verfügung. Unter der Behandlung mit Gemcitabine habe eine stabile Situation vorgelegen. Außerdem gebe es keinen evidenzbasierten Hinweis darauf, dass die TACE der systemischen Chemotherapie überlegen wäre. Schließlich hätte die Therapie im Rahmen einer stationären Behandlung in einem spezialisierten Zentrum (z. B. in H.) durchgeführt werden können. Zusammenfassend sei festzustellen, dass die medizinischen Voraussetzungen für die in Rede stehende Therapie nicht erfüllt seien. Aufgrund der beschriebenen Sachlage könne man sich an den Behandlungskosten nicht beteiligen.

Am 12.08.2013 legte die Versicherte Widerspruch ein. Die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V seien erfüllt. Adäquate Behandlungsmethoden stünden für sie nicht mehr zur Verfügung. Unter der TACE-Behandlung habe sich ein stabiler Krankheitsverlauf ergeben. Die Ärzte des NCT H. befürworteten nunmehr ebenfalls die Anwendung der TACE.

Die Versicherte legte ein Attest des behandelnden Internisten Dr. Sch. und einen Bericht des NCT H. vor.

Dr. Sch. führte im Attest vom 09.09.2013 aus, unter einem 5. Zyklus Gemcitabine sei es zu Komplikationen in Form von kolikartigen Beschwerden mit erhöhten Cholestaseparametern gekommen. Da die Datenlage bei der Krebserkrankung der Versicherten begrenzt sei und es deswegen keine klaren Empfehlungen für die weitere Therapie gegeben habe, sei im NCT H. eine Fortführung der Gemcitabine-Therapie empfohlen worden. Ein lokales Verfahren zur Chemoembolisation sei seinerzeit in H. nicht angeboten und durchgeführt worden. Deshalb habe sich die Versicherte auf Empfehlung auch des NCT H. wegen einer Zweitmeinung bei Prof. Dr. V. vorgestellt. Bei der sodann mehrfach durchgeführten TACE-Behandlung unter Einsatz von Mitomycin, Gemcitabine und Cisplatin sei es bei insgesamt weiterhin palliativer Situation zu einem Mixresponse mit deutlichem Abfall der anfänglich stark erhöhten Leberwerte gekommen. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen der Universitätsklinik F. sowie des NCT H. sei davon auszugehen, dass durch die TACE-Behandlung zumindest ein für die Lebensqualität der Versicherten zufriedenstellender stabiler Befund erreicht worden sei. Deswegen werde die Weiterführung der TACE-Behandlung auch vom NCT H. für sinnvoll erachtet. In der schwierigen Lage der Versicherten müssten eigentlich alle therapeutischen Optionen ausgeschöpft werden, auch wenn es hierzu nicht immer Studien mit großen Fallzahlen gebe. Die TACE-Behandlung habe zumindest für eine gewisse Zeit bei der Versicherten angeschlagen.

Das NCT H. führte im Bericht vom 21.08.2013 aus, die Versicherte habe sich am 15.08.2013 in gutem Allgemein- und normalem Ernährungszustand zur Beurteilung des bisherigen Therapieverlaufs vorgestellt. Sie habe subjektiv sehr gutes Wohlbefinden und keinerlei neue Beschwerden angegeben. Sie sei sehr aktiv und habe ein stabiles Gewicht. Nach der Diagnose der Krebserkrankung sei bei inoperabler Situation die aktuelle Standardchemotherapie durchgeführt worden. Nach der Chemotherapie mit Cisplatin/Gemcitabine gebe es aktuell keine Standardbehandlung. Nach der Valle-Studie werde nach 8 Zyklen Chemotherapie mit Cisplatin und Gemcitabine eine Therapiepause gemacht. Weil es dabei unweigerlich zu einem Progress komme (das mediane Überleben in der Valle-Studie habe 11,7 Monate betragen), empfehle man in der Regel bei guter Verträglichkeit eine Erhaltungstherapie mit Gemcitabine, die bei der Versicherten auch durchgeführt worden sei. Nach 4 Zyklen Gemcitabine habe sich im September 2012 eine stabile Tumorerkrankung gezeigt. Im Dezember 2012 habe man die weitere Therapie mit der Versicherten diskutiert und ihr erläutert, dass wegen der begrenzten Datenlage keine klare Empfehlung für die weitere Behandlung gegeben werden könne. Man habe ihr aber am ehesten die Fortführung der Gemcitabine-Therapie empfohlen. Lokale Verfahren, wie die Chemoembolisation, habe man ihr am NCT nicht angeboten, weil es sich bei der Krebserkrankung der Versicherten in aller Regel rasch um eine systemische Erkrankung handle, so dass man eine systemische Chemotherapie vorziehe. Da die beste Therapie in der Situation der Versicherten jedoch unklar gewesen sei, habe man ihr durchaus geraten, sich an einem anderen Tumorzentrum wegen einer Zweitmeinung vorzustellen. Die Versicherte habe sich daraufhin bei Prof. Dr. V. in der Universitätsklinik F. vorgestellt, wo mittlerweile mehrere lokale Behandlungen stattgefunden hätten. Laut schriftlichem Befund werde von einem guten bis partiellen Ansprechen berichtet; die Kollegen (in F.) hätten der Versicherten einen 8. Zyklus empfohlen. Die Versicherte selbst berichte von gutem Wohlbefinden unter der TACE-Behandlung. Im CT-Thorax seien Fernmetastasen ausgeschlossen worden. Im interdisziplinären Tumorboard sei bildgebend eine stabile Erkrankung von 11/2012 bis jetzt unter der TACE-Behandlung bestätigt worden. Aufgrund des nun langen stabilen Verlaufs gehe man trotz früherer Skepsis davon aus, dass die lokalen Therapieverfahren erfolgreich gewesen seien und man schließe sich der Empfehlung der F. Kollegen an und halte eine Weiterführung der TACE-Behandlung für sinnvoll. Bei entsprechendem Wunsch der Versicherten könne die nächste TACE-Behandlung im NCT H. durchgeführt werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.12.2013 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Behandlung der Versicherten hätte auch von Vertragsärzten bzw. stationär in einem spezialisierten Zentrum, etwa im NCT H., als vertragliche Leistung erbracht werden können. Die Inanspruchnahme eines zur vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassenen oder ermächtigten Arztes sei daher nicht notwendig gewesen, insbesondere habe eine Notfallsituation (i.S.d. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) nicht bestanden.

Am 07.01.2014 erhob die Versicherte Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG). Zur Begründung trug sie vor, die nach der Diagnose ihrer Krebserkrankung im November 2011 durchgeführte systemische Chemotherapie (insgesamt 34 Therapien) hätten ihre Lebensqualität stark eingeschränkt. Sie sei überwiegend bettlägerig gewesen und habe unter starkem Schwindel und Übelkeit gelitten. Bei Kontrolluntersuchungen am 19.06.2012 und am 27.08.2012 habe sich gezeigt, dass der Tumor weitergewachsen sei. Bei dem im Dezember 2012 durchgeführten 5. Zyklus der systemischen Chemotherapie - jetzt als Monotherapie mit Gemcitabine - seien Komplikationen aufgetreten mit passageren kolikartigen Beschwerden und erhöhten Cholestaseparametern. Nachdem ihr das NCT H. im Dezember 2012 eine lokale Therapie, wie die TACE, nicht angeboten und zur Einholung einer Zweitmeinung geraten habe, habe sie sich bei Prof. Dr. V. vorgestellt und bei ihm sodann die TACE-Behandlung durchführen lassen, die gute Erfolge gezeitigt habe. Ihre Lebensqualität sei erheblich besser geworden, der Tumor habe sich verkleinert und die Leberwerte hätten sich gebessert. Für die TACE-Behandlung habe sie insgesamt 32.335,34 EUR aufgewendet. Sie habe sich erneut im NCT H. vorgestellt. Dort habe man ihr mitgeteilt, man habe zunächst gedacht, die TACE-Behandlung werde keinen Erfolg bringen und ihr diese Therapie deshalb nicht angeboten. Die TACE-Behandlung werde im NCT (durch Prof. Dr. R.) aber erbracht und bei ihr dort seit Januar 2014 auch angewendet. Nach einer TACE-Behandlung müsse sie 2 Tage in stationärer Behandlung bleiben. Die Kosten würden nunmehr von der Beklagten getragen. Die Beklagte müsse aber auch die Kosten für die TACE-Behandlung bei Prof. Dr. V. übernehmen. Seinerzeit habe es für ihre tödlich verlaufende Krebserkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht gegeben. Die Ärzte des NCT H. hätten ihr eine klare Therapieempfehlung nicht geben können und zur Einholung einer Zweitmeinung bei einem anderen Tumorzentrum geraten. Die TACE-Behandlungen stellten keine einheitliche Therapie dar. Vielmehr werde über jede weitere TACE-Behandlung nach der jeweils vorhergehenden neu entschieden, da das Ansprechen des Tumors nicht vorhersehbar sei. Sie habe, so die Versicherte unter Vorlage der von ihr unterzeichneten Vergütungsvereinbarungen, deshalb vor jeder TACE-Behandlung eine (neue) Erklärung unterzeichnet für die privatärztliche Abrechnung der Kosten des Prof. Dr. V. und hinsichtlich der Belehrung, dass die Kosten von der Krankenkasse möglicherweise nicht getragen würden. Ein Kostenvoranschlag sei von Prof. Dr. V. nicht erstellt worden. Im September 2012 sei zwar eine stabile Tumorerkrankung dokumentiert, jedoch sei es im November 2012 zu einer Verschlechterung gekommen.

Die Versicherte legte folgende Rechnungen des Prof. Dr. V. ... über als ambulante privatärztliche Leistung erbrachte TACE-Behandlungen vor:

Behandlungstag	Rechnungsdatum	Betrag EUR
20.12.2012	20.02.2013	1.315,41
20.12.2012	29.01.2013	1.989,74
28.01.2013	08.04.2013	1.325,58
28.01.2013	25.03.2013	1.912,23
04.03.2013	02.05.2013	1.266,33
04.03.2013	30.04.2013	2.487,92
09.04.2013	23.05.2013	1.266,33
09.04.2013	22.05.2013	709,28
06.04.2013	22.05.2013	1.662,53
10.05.2013	04.07.2013	1.266,33
10.05.2013	18.06.2013	1.620,00
17.06.2013	16.08.2013	1.266,33
17.06.2013	25.07.2013	2.334,18
05.08.2013	18.10.2013	1.251,55
05.08.2013	30.09.2013	1.619,90
02.09.2013	27.11.2013	1.251,55
02.09.2013	28.10.2013	1.956,36
14.10.2013	02.12.2013	1.251,55
14.10.2013	28.11.2013	1.936,48
18.11.2013	19.12.2013	1.227,20
10.05.2013	19.12.2013	1.418,56
Summe		32.335,34

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die TACE-Behandlungen durch den an der vertragsärztlichen Versorgung nicht teilnehmenden Prof. Dr. V. scheide aus, weil der Versicherten vertragliche Behandlungsalternativen im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung in einem spezialisierten Zentrum (z. B. in H.) zur Verfügung gestanden hätten. Außerdem habe man im NCT H. am ehesten die Fortführung der systemischen Gemcitabine-Therapie empfohlen. Die TACE stelle eine anerkannte Behandlungsmethode in der (ambulanten) vertragsärztlichen Versorgung nicht dar.

Ein vom SG vorgeschlagener Vergleich (Erstattung der Kosten (nur) für die Behandlungen vom 17.06.2013, 05.08.2013, 02.09.2013, 14.10.2013 und 18.11.2013) kam nicht zustande; die Versicherte nahm den Vergleichsvorschlag an, die Beklagte lehnte ihn ab.

Am 24.09.2014 fand die mündliche Verhandlung des SG statt. Die Versicherte gab an, nach der ambulanten Behandlung im NCT H. habe sie noch einige Zeit benötigt, um sich für die Fortführung der Behandlung dort zu entschließen, zumal sie zunächst ein Gespräch mit dem Hausarzt geführt habe und anschließend einige Zeit vergangen sei, um bei Prof. Dr. R. einen Termin zur Durchführung der TACE-Behandlung (in der Universitätsklinik H.) zu bekommen.

Mit Urteil vom 24.09.2014 verurteilte das SG die Beklagte unter Änderung des Bescheids vom 17.06.2013 und des Widerspruchsbescheids vom 05.12.2013, der Versicherten die Kosten der am 17.06.2013, 05.08.2013 und 02.09.2013 durchgeführten Behandlungen bei Prof. Dr. V. zu erstatten. Im Übrigen wies es die Klage ab. Zur Begründung führte das SG aus, eine unaufschiebbare Leistung i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V stehe nicht in Rede. Bei Antragstellung am 22.04.2013 sei die TACE-Behandlung bei Prof. Dr. V. nicht unaufschiebbar gewesen, da die Behandlungen im Anstand von 7 Wochen stattgefunden hätten und die letzte Behandlung vor Antragstellung am 22.04.2013 erst am 09.04.2013 durchgeführt worden sei. Der in [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V geregelte Kostenersatzanspruch setze einen Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung voraus. Die (vorherige) Leistungsablehnung sei aber entbehrlich, wenn die Entscheidungsfristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht eingehalten worden seien. Gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 1](#) und 5 SGB V hätte die Beklagte über den am 22.04.2013 gestellten Leistungsantrag der Versicherten binnen 5 Wochen, also spätestens am 27.05.2013, entscheiden oder der Versicherten mitteilen müssen, weshalb eine fristgerechte Entscheidung nicht möglich sei. Das sei nicht geschehen. Die von der Versicherten selbst beschaffte Leistung gelte daher gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) und 7 SGB V als genehmigt und die Beklagte müsse der Versicherten die entstandenen Aufwendungen erstatten, sofern die Leistung erforderlich gewesen sei. Das sei hier der Fall. Dem Erstattungsanspruch stünden die bestandskräftigen (Ablehnungs-)Bescheide vom 02.08.2012 bzw. 31.10.2012 nicht entgegen. Die von Prof. Dr. V. von Dezember 2012 bis November 2013 erbrachten TACE-Behandlungen stellten sich nicht als unteilbare, einheitliche Therapie dar. Die Versicherte habe sich jeweils neu entscheiden können, da jede Chemoperfusion des Tumors mit der jeweiligen Embolisation der den Tumor versorgenden Arterie abgeschlossen werde. In der Sache seien die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) erfüllt. Seit Dezember 2012 habe für die Versicherte keine allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende Therapie mehr zur Verfügung gestanden; das folge aus dem Bericht des NCT H. vom 21.08.2013. Der Fortführung der systemischen Chemotherapie, die das Tumorstadium auch nicht habe verhindern können, hätten die damit verbundenen Nebenwirkungen entgegengestanden. Das NCT H. habe der Versicherten seinerzeit eine klare Therapieempfehlung nicht geben können. Nachdem bereits im MRT vom 10.05.2013 ein Tumorrückgang auf 8,0 x 8,0 cm zu verzeichnen gewesen sei, habe bereits zu diesem Zeitpunkt wie auch später am 15.08.2013 bei der Untersuchung im NCT H. davon ausgegangen werden können, dass die von Prof. Dr. V. durchgeführte TACE-Behandlung erfolgreich gewesen sei. Bei einem Ablauf dieser Art sei für den entscheidungserheblichen Zeitraum ab 17.05.2013 davon auszugehen, dass die TACE-Behandlung im Fall der Versicherten eine nahe liegende Aussicht auf weitere spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf gehabt habe. Der Erstattungsanspruch ende allerdings mit der TACE-Behandlung am 02.09.2013. Danach habe der Versicherten die Behandlungsleistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Verfügung gestanden. Dem Inhalt des Bescheids vom 18.07.2013 habe die Versicherte nicht entnehmen können, dass man ihr die von Prof. Dr. V. ambulant erbrachte Behandlung als stationäre Krankenhausbehandlung anbiete. Die Ausführungen in diesem Bescheid seien widersprüchlich. Zum einen sei, auf die Vergangenheit bezogen, davon die Rede, die Therapie hätte stationär erbracht werden können, zum anderen und in Widerspruch dazu werde ausgeführt, die medizinischen Voraussetzungen für die Therapie seien nicht erfüllt. Unerheblich sei, dass der Versicherten im NCT H. bei der Vorstellung am 15.08.2013 angeboten worden sei, die TACE-Behandlung stationär in H. durchzuführen. Tatsächlich habe ihr die Leistung erst nach der Behandlung durch Prof. Dr. V. am 02.09.2013 zur Verfügung gestanden. Die Versicherte habe glaubhaft angegeben, sie habe zunächst mehrere Wochen auf die erforderliche vorbereitende Diagnostik in der Universitätsklinik H. warten müssen. Es sei davon auszugehen, dass auch im Zeitpunkt der Behandlung durch Prof. Dr. V. am 02.09.2013 die TACE-Behandlung als stationäre Kassenleistung nicht erreichbar gewesen sei. Anderes gelte erst ab der nächsten Behandlung bei Prof. Dr. V. am 14.10.2013. Das Leistungsangebot der Universitätsklinik H. habe die Versicherte sodann erst ab Januar 2014 in Anspruch genommen. Ab diesem Zeitpunkt liege ein Systemversagen (i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V) nicht mehr vor.

Gegen das ihr am 08.10.2014 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28.10.2014 Berufung eingelegt (Verfahren L 5 KR 4483/14). Die Versicherte hat gegen das ihr am 13.10.2014 zugestellte Urteil (Anschluss-)Berufung nicht eingelegt. Sie ist am 21.09.2015 verstorben. Der Kläger, der als Ehemann der Versicherten mit dieser bis zu deren Tod in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat, führt den Rechtsstreit fort.

Die Beklagte trägt zur Begründung ihrer Berufung vor, die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) seien nicht erfüllt. Sie habe die Versicherte binnen der in dieser Vorschrift festgelegten Fünfwochenfrist gebeten, die vom MDK für die Begutachtung benötigten Unterlagen vorzulegen und ihr damit auch mitgeteilt, weshalb eine Entscheidung innerhalb von 5 Wochen nach Antragstellung nicht möglich sei. In der Sache seien die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht erfüllt. Ein Notfall habe nicht vorgelegen. Für die ambulante Erbringung der TACE liege eine positive Empfehlung des GBA nicht vor, weshalb sie zu Lasten der Krankenkasse nicht durchgeführt und abgerechnet werden könne ([§ 135 Abs. 1 SGB V](#)). Der MDK habe ergänzend auf die Möglichkeit der stationären Leistungserbringung in einem Krankenhaus (etwa in der Universitätsklinik H.) hingewiesen. Die Voraussetzungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) seien ebenfalls nicht erfüllt. Ein akuter Notfall habe bei Beginn der TACE-Behandlung durch den (zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassenen oder ermächtigten) Prof. Dr. V. nicht vorgelegen, vielmehr habe sogar eine stabile Situation bestanden. Mit der systemischen Chemotherapie habe zudem eine vertragliche Behandlungsalternative zur Verfügung gestanden. Für die Überlegenheit der TACE-Behandlung gebe es keinen Beleg. Die Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlungsleistungen sei nicht notwendig gewesen. Dass die einzelnen TACE-Behandlungen als getrennte Behandlungsschritte einzustufen seien, sei spekulativ. In diesem Fall hätte für jede TACE-Behandlung ein Behandlungsvertrag abgeschlossen und es hätten jeweils neue Anträge bei ihr gestellt werden müssen. Das sei nicht geschehen. Die Versicherte habe erst im April 2013 die Erstattung der Kosten für die seit Dezember 2012 durchgeführten TACE-Behandlungen beantragt und sich die Leistung daher nicht erst nach Ablauf der in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) festgelegten Fristen beschafft. Sie habe auch spätestens seit Ergehen des Bescheids vom 18.07.2013 gewusst, dass die TACE-Behandlung stationär als vertragliche Leistung erbracht werden könne.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 24.09.2014 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angefochtene Urteil. Das Schreiben vom 21.05.2013, in dem die Beklagte Unterlagen für den MDK angefordert habe, sei der Versicherten erst nach Ablauf der Fünfwochenfrist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) zugegangen. In diesem Schreiben sei auch nicht

hinreichend dargelegt worden, weshalb eine fristgerechte Entscheidung nicht möglich sei. Der Versicherten sei dadurch auch erstmals bekannt geworden, dass der MDK mit der Angelegenheit nochmals befasst werde. Auf die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) komme es nicht mehr an. Davon abgesehen, seien die TACE-Behandlungen - die nicht als Teil einer einheitlichen Therapie einzustufen seien - gem. [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) zu gewähren gewesen, da die systemische Chemotherapie das Tumorwachstum nicht habe aufhalten können und auch mit erheblichen Nebenwirkungen bzw. Komplikationen verbunden gewesen sei. Vertragsärzte hätten die bei Prof. Dr. V. in Anspruch genommene Behandlungsleistung nicht angeboten. Im NCT H. sei der Versicherten die TACE-Behandlung ebenfalls nicht angeboten, sondern ihr sei geraten worden, sich an einen anderen Behandler zu wenden bzw. eine Zweitmeinung einzuholen; hätte sie die TACE-Behandlung seinerzeit im NCT H. erhalten können, hätte sie sie dort auch (sogleich) durchführen lassen. Die TACE-Behandlung hätte die Versicherte in Vertragskrankenhäusern nicht erhalten können. Die Behandlung bei Prof. Dr. V. habe zur Verkleinerung des Tumors geführt und die Versicherte habe ihr gewohntes Leben bei sehr guter Lebensqualität fortführen können. Wäre die TACE-Behandlung im NCT H. möglich gewesen, hätte die Versicherte sie dort durchführen lassen.

Mit Beschluss vom 09.12.2015 ist das Ruhen des Verfahrens bis zum Abschluss des beim Bundessozialgericht (BSG) anhängigen Revisionsverfahrens [B 1 KR 25/15 R](#) angeordnet worden.

Am 19.07.2016 hat der Kläger das Verfahren wieder angerufen; es wird unter dem Aktenzeichen [L 5 KR 2665/16](#) fortgeführt.

Der Kläger trägt unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 08.03.2016 (- [B 1 KR 25/15 R](#) -, in juris) ergänzend vor, die Übernahme der Kosten einer TACE-Behandlung sei mit bei der Beklagten am 22.04.2013 eingegangenem Schreiben vom 19.04.2013 erneut beantragt worden. Das Schreiben der Beklagten vom 21.05.2013, mit dem sie mitgeteilt habe, die Angelegenheit sei nochmals dem MDK vorgelegt worden und es würden noch Unterlagen benötigt, werde den Anforderungen des [§ 13 Abs. 3a Satz 5](#) und 6 SGB V (dazu näher: BSG, Urteil vom 08.03.2016, [a.a.O.](#)) nicht gerecht. Die Beklagte habe nicht angegeben, wie lange die Prüfung durch den MDK dauern solle; die Prüfungsdauer müsse zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion nach der Rechtsprechung des BSG aber taggenau angegeben werden. Für die todkranke Versicherte sei daher nicht ersichtlich gewesen, wann über den Antrag entschieden werde. Sie habe keine Klarheit darüber erlangen können, ob die Entscheidung fristgerecht ergehen werde oder die Selbstbeschaffung der Leistung zulässig sei. Die Beklagte hätte ihr mitteilen müssen, welchen Zeitraum die Prüfung des MDK in Anspruch nehme und dass der Leistungsantrag während dieser Zeit noch nicht als genehmigt gelte. Das sei nicht geschehen. Erst über 8 Wochen nach dem Schreiben der Beklagten vom 21.05.2013 sei der Ablehnungsbescheid ergangen. Der - hinreichend bestimmte - Leistungsantrag gelte daher als genehmigt, da die Versicherte die begehrte Behandlung als erforderlich und nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegend habe ansehen dürfen. Sie habe auf Grund der Ausführungen ihrer behandelnden Ärzte, insbesondere des Prof. Dr. V., von der Erforderlichkeit der Behandlung ausgehen dürfen. Rechtsmissbrauch habe nicht vorgelegen. Die Versicherte habe nicht sicher wissen können, dass für die Übernahme der Behandlungskosten kein Raum sei und sie diese ohnehin selbst tragen müsse, zumal die Beklagte im Bescheid vom 02.08.2012 ausgeführt habe, die beantragte Therapie habe nach Ansicht des MDK einen festen Stellenwert in der Behandlung des hepatozellulären Karzinoms und es könnten entsprechende Abrechnungsziffern zugrunde gelegt werden. Die herkömmliche Chemotherapie habe keine Verbesserung erbracht und man habe der Versicherten weder weitere Behandlungen anbieten noch eine weitere Therapieempfehlung geben können.

Die Beklagte trägt hierzu vor, der Leistungsantrag sei nicht ausreichend bestimmt gewesen. Bei Antragstellung am 22.04.2013 sei ein Kostenvoranschlag nicht vorgelegt worden. Dem Leistungsantrag und den beigefügten Arztunterlagen seien weder der geplante Behandlungsumfang (z.B. Behandlungszahl) noch die voraussichtlichen Behandlungskosten zu entnehmen gewesen. Daher scheide eine fiktive Genehmigung schon mangels konkreter Erkenntnisse zum Behandlungsumfang aus. Die Behandlungskosten seien erstmals mit der Klageschrift vom 07.01.2014 und der Klagebegründung vom 18.02.2014 beziffert worden; auch habe man erst jetzt Abrechnungsunterlagen über die durchgeführte Therapie bei Prof. Dr. V. vorgelegt. Die Versicherte habe Behandlungen schon am 20.12.2012, 28.01.2013, 04.03.2013 und 09.04.2013 und damit vor Antragstellung am 22.04.2013 bzw. Ablauf der Fristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) durchführen lassen. Gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) sei sie, die Beklagte, daher zur Kostenerstattung nicht verpflichtet. Mangels Ursachenzusammenhangs zwischen der Kostenbelastung der Versicherten und der Ablehnungsentscheidung könne offen bleiben, ob sie innerhalb der Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) entschieden bzw. hinreichende Gründe für die Nichteinhaltung der Frist mitgeteilt habe. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 08.03.2016, [a.a.O.](#)) sei die Krankenkasse zur Kostenerstattung erst verpflichtet, wenn sich der Leistungsberechtigte eine erforderliche Leistung nach Fristablauf beschafft habe. Für die Frage des Ursachenzusammenhangs zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung komme es auf den am 09.07.2012 gestellten (ersten) Leistungsantrag nicht an, weil dieser Antrag mit bestandskräftig gewordenem Bescheid vom 02.08.2012 (Widerspruchsbescheid vom 31.10.2012) abgelehnt worden sei. Die Versicherte habe die Übernahme der Kosten der am 20.12.2012 aufgenommenen Behandlung bei Prof. Dr. V. erst am 22.04.2012 und damit nach dem bestandskräftigen Abschluss des ersten Verwaltungsverfahrens beantragt. Angesichts der bestandskräftigen Ablehnung des ersten Leistungsantrags habe die Versichert auch subjektiv davon ausgehen müssen, dass eine außervertragliche Behandlung in Rede stehe. Im Bescheid vom 02.08.2012 sei darauf hingewiesen worden, dass Prof. Dr. V. nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei. Im Widerspruchsbescheid vom 31.10.2012 habe man verdeutlicht, dass die ambulant durchgeführte TACE-Behandlung nicht zu den Vertragsleistungen gehöre. Der Versicherten dürfe also klar gewesen sein, dass eine vertragliche Leistung nicht vorliegen könne. Zuletzt hat die Beklagte Vertragseinrichtungen benannt, an denen eine Behandlung des Gallengangkarzinoms im Wege der TACE-Behandlung hätte durchgeführt werden können.

Der Kläger wendet abschließend ein, der Leistungsantrag sei (auch schon) vor Klageerhebung ausreichend bestimmt gewesen. Der am 22.04.2013 (erneut) gestellte Leistungsantrag habe auf den bisherigen Behandlungsverlauf und den bereits am 09.07.2012 gestellten und auch aus Sicht der Beklagten offensichtlich ausreichend bestimmten Leistungsantrag Bezug genommen. Bei der erneuten Antragstellung seien die genaue Art der Behandlung, der Behandler und der Behandlungsort angegeben worden. Die Beklagte habe auch gewusst, dass bereits 3 Behandlungen stattgefunden hätten. Wie viele Behandlungen noch erforderlich sein würden, habe die Versicherte seinerzeit nicht absehen können; Angaben hierzu seien nicht möglich gewesen. Bei der in Rede stehenden Behandlung handele es sich nicht um ein einheitliches Behandlungskonzept, bei dem eine bestimmte Zahl notwendiger Behandlungen von vornherein feststehe. Vielmehr werde nach jeder Behandlungsmaßnahme über den Behandlungsfortgang neu entschieden, zumal nicht im Vorhinein absehbar sei, wie der Tumor auf die Behandlung ansprechen werde. Daher habe die Versicherte auch keine Kostenvoranschläge vorlegen können. Das Ausmaß der Therapie sei der Beklagten im Übrigen schon aus den im ersten Antragsverfahren vorgelegten Arztunterlagen bekannt gewesen. In diesen Unterlagen sei die Behandlung umfassend beschrieben worden, so dass der Beklagten die Prüfung der Kostenübernahme möglich gewesen sei. Unschädlich sei, dass die Versicherte die Behandlung schon vor Antragstellung am 22.04.2013 aufgenommen habe. Das stehe der

Genehmigungsfiktion im Hinblick auf den Zweck des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#), das Bewilligungsverfahren zu beschleunigen, nicht entgegen. Die Versicherte habe bereits am 09.07.2012 einen Leistungsantrag hinsichtlich der gleichen Behandlungsmaßnahmen gestellt und die Kostenübernahme nach Ablehnung dieses Antrags erneut beantragt. Sie sei seinerzeit bereits unheilbar todkrank gewesen. Die Behandlung habe keinen weiteren Aufschub mehr geduldet. Die Fristvorschriften in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) dürften nicht zu Lasten der Versicherten angewendet werden. Das SG habe die Beklagte außerdem zur Übernahme der Kosten für Behandlungen vom 17.06.2013, 05.08.2013 und 02.09.2013 verurteilt; all diese - jeweils für sich zu bewertenden - Behandlungen hätten nach Antragstellung am 22.04.2013 stattgefunden. Der Versicherten habe nicht bewusst sein müssen, dass eine Leistung außerhalb des Leistungskatalogs der GKV begehrt werde, zumal die Beklagte zur Frage der Leistungspflicht selbst ein zweites MDK-Gutachten erhoben habe. Rechtsmissbrauch stehe nicht in Rede, da die Therapie von den behandelnden Ärzten der Versicherten für notwendig erachtet worden sei und die Regelung des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) eine Leistungspflicht für Fälle der vorliegenden Art vorsehe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung der Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist die Erstattung der Aufwendungen, die der Versicherten für die am 17.06.2013, 05.08.2013 und 02.09.2013 durch Prof. Dr. V. durchgeführten TACE-Behandlungen entstanden sind. Das SG hat die Beklagte zur Erstattung dieser Aufwendungen verurteilt; dagegen richtet sich die Berufung der Beklagten. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) (750 EUR) SGG ist bei einem streitigen Erstattungsbetrag von 9.679,87 EUR überschritten. Nicht Streitgegenstand ist die Erstattung der Aufwendungen für die übrigen TACE-Behandlungen der Versicherten bei Prof. Dr. V ... Die darauf gerichtete Klage der Versicherten hat das SG abgewiesen. Dagegen ist Berufung nicht eingelegt worden. Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung der Beklagten richtet sich zu Recht gegen den Kläger. Dieser ist als Ehegatte der Versicherten gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) deren Sonderrechtsnachfolger und damit für das Berufungsverfahren passiv prozessführungsbefugt, da er mit der Versicherten zur Zeit ihres Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat. Der streitgegenständliche Erstattungsanspruch (aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bzw. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#)) stellt auch einen Anspruch auf eine laufende Geldleistung i.S.d. [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I](#) dar (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris Rdnr. 20; Urteil vom 18.11.2014, - [B 1 KR 8/13 R](#) -, in juris Rdnr. 10; Urteil v. 03.07.2012, - [B 1 KR 6/11 R](#) -, in juris Rdnr. 11).

II. Die Berufung der Beklagten ist begründet. Sie muss dem Kläger die Aufwendungen der Versicherten für die am 17.06.2013, 05.08.2013 und 02.09.2013 von Prof. Dr. V. privatärztlich ambulant erbrachten TACE-Behandlungen nicht erstatten.

Da die Versicherte Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) (unstreitig) nicht gewählt hatte, kommen als Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs nur die Regelungen in [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) (Erstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion) und in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) (Erstattungsanspruch aufgrund Eilfalls bzw. rechtswidriger Leistungsablehnung) in Betracht. Die Voraussetzungen beider Vorschriften sind jedoch nicht erfüllt.

1.) Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) (Erstattungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion) sind nicht erfüllt.

Gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) (eingefügt mit Wirkung vom 26.02.2013 durch Gesetz vom 20.02.2013, [BGBl. I S. 277](#)) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse die Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Grundvoraussetzung des Erstattungsanspruchs aufgrund Genehmigungsfiktion ist, dass die beantragte Leistung nach Fristablauf als genehmigt gilt ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)), wobei nicht jeder Fall des Ablaufs der Fristen nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1](#) (oder Satz 4) SGB V genügt. Der Erstattungsanspruch setzt nach seinem inneren Zusammenhang mit der Mitteilungspflicht ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)) und dem Eintritt der Genehmigungsfiktion ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)) vielmehr voraus, dass die Krankenkasse keinen oder keinen hinreichenden Grund mitgeteilt hat. Nur im Fall grundlos nicht fristgerechter Leistungserbringung kann sich der Versicherte aufgrund der Regelung die erforderliche Leistung selbst beschaffen und Kostenerstattung von der Krankenkasse verlangen. Die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes bewirkt für die von der Krankenkasse prognostizierte, taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes, dass die Leistung trotz Ablaufs der Frist noch nicht als genehmigt gilt. Stellt sich nach Mitteilung einer ersten, sachlich gerechtfertigten Frist heraus, dass diese zunächst prognostizierte Frist sich aus hinreichenden Sachgründen als zu kurz erweist, kann die Krankenkasse zur Vermeidung des Eintritts der Genehmigungsfiktion dem Antragsteller die hinreichenden Gründe mit der geänderten taggenauen Prognose erneut - ggf. wiederholt - mitteilen. Erst wenn sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der letzten, hinreichend begründeten Frist eine erforderliche Leistung selbst beschaffen, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (BSG, Urteil vom 08.03.2016, - [B 1 KR 25/15 R](#) -, in juris Rdnr. 20).

Damit die Leistung nach Fristablauf als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. Da der Verwaltungsakt (Genehmigung) nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von [§ 33 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch

Zehntes Buch (SGB X) hinreichend bestimmt ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016, - [B 1 KR 25/15 R](#) -, a.a.O. Rdnr. 23). Zweifel gehen zu Lasten des Versicherten; die Vorlage eines Kostenvoranschlags ist aber nicht notwendig (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.02.2017, - [L 11 KR 2090/16](#) -, in juris Rdnr 28). Die fingierte Genehmigung ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)) begründet zugunsten des Leistungsberechtigten einen Naturalleistungsanspruch, dem der naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch ([§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#)) im Ansatz entspricht. Sie bleibt wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (vgl. [§ 39 Abs. 2 SGB X](#); BSG, Urteil vom 08.03.2016, [a.a.O.](#) Rdnr. 25, 31).

Die (selbst beschaffte) Leistung muss schließlich (i.S.d. [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#)) erforderlich sein. Hierfür ist notwendig (und ausreichend), dass der Versicherte die beantragte Leistung subjektiv für erforderlich halten durfte und dass die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen (BSG, Urteil vom 08.03.2016, [a.a.O.](#) Rdnr. 26).

Davon ausgehend wäre der am 22.04.2013 gestellte Antrag der Versicherten (vom 19.04.2013) - auch ohne Kostenvoranschlag - grundsätzlich fiktionsfähig gewesen, freilich nur im Hinblick auf die nach Antragstellung anstehende nächste TACE-Behandlung, da jede TACE-Behandlung einen eigenständigen Therapieschritt darstellt und der Antrag vom 19.04.2013 den für notwendig erachteten Behandlungsumfang (Zahl der TACE-Behandlungen) - und sei es auch bedingt durch die Eigenart der TACE-Behandlung - nicht weiter konkretisiert hat (vgl. etwa LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.02.2017, - [L 11 KR 2090/16](#) -, in juris Rdnr 28: einmalige Krebsbehandlung mit dendritischen Zellen); eine Bezugnahme auf die bislang stattgehabten TACE-Behandlungen bzw. auf den am 09.07.2012 gestellten ersten Leistungsantrag würde für die Fiktion einer i.S.d. [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) ausreichend bestimmten (fingierten) Genehmigung nicht genügen. Im dargestellten Umfang hätte auch die Genehmigungsfiktion ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)) eintreten können, da die Beklagte der Versicherten binnen der hier maßgeblichen Fünfwochenfrist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1](#) 2. Alt. SGB V mit Schreiben vom 21.05.2013 lediglich mitgeteilt hat, dass der Antrag dem MDK vorgelegt worden ist und zur Begutachtung noch weitere Unterlagen benötigt werden, nicht jedoch taggenau die (prognostizierte) Dauer des Begutachtungsverfahrens (BSG, Urteil vom 08.03.2016, - [B 1 KR 25/15 R](#) -, in juris Rdnr. 20). Der Ablehnungsbescheid vom 18.07.2013 ist zweifellos nach Ablauf der in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) festgelegten Fristen ergangen.

Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) (für die TACE-Behandlungen der Versicherten, die Streitgegenstand des Berufungsverfahrens sind) scheitert aber am Merkmal der Erforderlichkeit der Leistung i.S.d. [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#). Die Versicherte durfte die ambulant privatärztliche TACE-Behandlung durch Prof. Dr. V. subjektiv nicht für erforderlich halten. Das folgt freilich nicht aus der Eigenart der TACE-Behandlung; auch rechtsmissbräuchliches Verhalten kommt (unstreitig) nicht in Betracht. Die Versicherte hat die Leistungsgrenzen der GKV bei der erneuten Antragstellung am 22.04.2013 jedoch dadurch auch aus ihrer subjektiven Sicht überschritten, dass sie sich für die Leistungserbringung an einen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung weder zugelassenen noch ermächtigten Leistungserbringer gewandt hat ([§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Leistungen durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene (oder ermächtigte) Leistungserbringer liegen offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV und werden von der Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) daher nicht erfasst; die Genehmigungsfiktion bezieht sich (im Unterschied zur Regelung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), dazu sogleich) auf den geltend gemachten Primäranspruch, der - mit Ausnahme von Notfällen - nur auf eine Behandlung innerhalb des Systems der GKV gerichtet sein kann (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.11.2016, - [L 11 KR 5297/15](#) -, in juris Rdnr. 31). Die Versicherte hat bei Antragstellung am 22.04.2013 sicher gewusst, dass Prof. Dr. V. nicht zum Kreis der Leistungserbringer gehört, die TACE-Behandlungen zu Lasten der GKV ambulant erbringen dürfen. Die Beklagte hat die Versicherte hierauf im Bescheid vom 02.08.2012 (über die Ablehnung des am 09.07.2012 gestellten ersten Leistungsantrags) unmissverständlich hingewiesen und ausgeführt, Prof. Dr. V. habe auf Nachfrage bestätigt, dass er nicht über eine Kassenzulassung für die Erbringung der beantragten Behandlung verfüge. Prof. Dr. V. hat dies der Versicherten auch vor jeder einzelnen - privatärztlich erbrachten - TACE Behandlung, auch vor den TACE-Behandlungen, die Gegenstand des Berufungsverfahrens sind, offengelegt.

2.) Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) (Erstattungsanspruch aufgrund Eilfalls bzw. rechtswidriger Leistungsablehnung) sind ebenfalls nicht erfüllt.

[§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (zu den Voraussetzungen der in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) geregelten Erstattungstatbestände näher BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14714 R](#) - in juris; auch etwa Senatsurteil vom 22.03.2017, - [L 5 KR 1036/16](#) -, in juris Rdnr. 43 ff.).

Eine unaufschiebbare Leistung i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V steht nicht in Rede. Die Versicherte hat die Übernahme der Kosten einer TACE-Behandlung nach chemotherapeutischer Behandlung ihrer Krebserkrankung im NCT H. erstmals am 09.07.2012 beantragt und nach Ablehnung des Leistungsantrags durch Bescheid vom 02.08.2012 (Widerspruchsbescheid vom 31.10.2012) und nach Beratung im NCT H. sowie nach Einholung einer Zweitmeinung bei Prof. Dr. V. und nach Abwägung des Für und Wider ab Dezember 2012 planmäßig TACE-Behandlungen in mehrwöchigen Abständen planmäßig durchführen lassen; eine Eilfallsituation hat daher nicht vorgelegen.

Die Beklagte hat die Gewährung der in Rede stehenden Behandlung auch nicht gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V zu Unrecht abgelehnt. Der Erstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse. Er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, die die Krankenkassen ihrer Art nach oder allgemein als Sachleistung zu erbringen haben (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris Rdnr. 17 m.w.N.).

Die Beteiligten streiten nicht darüber, dass die bei der Versicherten ambulant erbrachte TACE-Behandlung eine ärztliche Behandlungsmethode darstellt; sie erschöpft sich nicht in der Verabreichung eines Arzneimittels (Chemotherapeutikum), da die ärztliche Tätigkeit des Einbringens des Arzneimittels in den Körper für den angestrebten Therapieerfolg ebenso wichtig ist wie das Wirkprinzip des in den Körper eingebrachten Stoffes (vgl. näher etwa BSG, Urteil vom 19.10.2004, - [B 1 KR 27/02 R](#) -, in juris Rdnr. 23; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.05.2012, - [L 11 KR 5817/10](#) -, in juris Rdnr. 42). Die Versicherte hat die (streitige) TACE-Behandlung nicht als Leistung der (stationären) Krankenhausbehandlung durch die gemäß [§ 108 Nr. 1 SGB V](#) zur Krankenhausbehandlung auf Kosten der

Krankenkassen befugte Universitätsklinik F., sondern als ambulant privatärztlich erbrachte Leistung des Prof. Dr. V. in Anspruch genommen. Ein Sachleistungsanspruch gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) (Krankenhausbehandlung) kommt daher von vornherein nicht in Betracht. Die TACE ist, wie Dr. W. im MDK-Gutachten vom 10.07.2014 abschließend (und klarstellend) ausgeführt hat, als abrechnungsfähige ambulante (vertrags-)ärztliche Leistung im EBM nicht enthalten und stellt daher eine neue Behandlungsmethode i.S.d. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) dar (BSG, Urteil vom 08.07.2015, - [B 3 KR 5/14 R](#) -, in juris Rdnr. 32), für die die zur ambulanten Leistungserbringung auf Kosten der GKV notwendige und hier auch nicht entbehrliche positive Richtlinienentscheidung des GBA nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) nicht vorliegt. Ein Sachleistungsanspruch aus [§ 27 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) (ärztliche Krankenbehandlung) kommt daher ebenfalls nicht in Betracht. Auch das ist unter den Beteiligten nicht streitig; sie streiten allein über einen Sachleistungsanspruch aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) (grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungskatalogs). Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind jedoch nicht erfüllt.

Gemäß [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) 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 [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht; [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) sieht vor, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. In [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) hat der Gesetzgeber die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entwickelten Rechtsgrundsätze zur grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs der GKV kodifiziert; die Vorschrift ist daher nach den Maßgaben der einschlägigen Rechtsprechung des BVerfG auszulegen.

In seinem grundlegenden Beschluss vom 06.12.2005 (- [B 1 BvR 347/98](#) -, in juris) hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und mit der objektiv-rechtlichen Schutzpflicht des Staates für das Leben aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar erklärt, einen gesetzlich Krankenversicherten, für deren 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 diese Behandlungsmethode eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht (BVerfG, a.a.O. Rdnr. 64). Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts ist in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr (im vom BVerfG entschiedenen Fall durch die Duchenne'sche Muskeldystrophie) verfassungswidrig. Übernimmt der Staat mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten, so gehört die Vorsorge in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung unter den genannten Voraussetzungen zum Kernbereich der Leistungspflicht und der von [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) geforderten Mindestversorgung (BVerfG, a.a.O., Rdnr. 65). Das BSG hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben seiner Rechtsprechung zugrunde gelegt und näher konkretisiert. Danach - so etwa BSG, Urteil vom 07.05.2013, - [B 1 KR 26/12 R](#) -, in juris Rdnr. 15; auch BSG Urteile vom 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -, und vom 04.04.2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) -, beide in juris, - verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der GKV 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 Grundgesetz, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: Es liegt (1.) eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Krankheit vor. Für diese Krankheit steht (2.) eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. Beim Versicherten besteht (3.) hinsichtlich der ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (zu alledem näher auch Senatsurteile vom 18.03.2015, - [L 5 KR 3861/12](#) -, vom 27.07.2016, - [L 5 KR 442/16](#) -, vom 22.03.2017, - [L 5 KR 1036/16](#) - und vom 22.02.2017, - [L 5 KR 1653/15](#) -, alle in juris).

Nach der Rechtsprechung des BVerfG liegt eine Gefährdungslage, bei der die grundrechtsorientierte (erweiternde) Auslegung des Leistungskatalogs statthaft ist, erst in einer notstandsähnlichen Situation vor, in der ein erheblicher Zeitdruck für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Anknüpfungspunkt eines (unmittelbar) verfassungsrechtlich gebotenen Leistungsanspruchs ist deswegen allein das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage (BVerfG, Beschluss vom 11.04.2017, - [1 BvR 452/17](#), in juris Rdnr. 22 m.w.N.; auch BVerfG, Beschluss vom 10.11.2015, - [1 BvR 2056/12](#) - und vom 26.03.2014, - [1 BvR 2415/13](#) -, beide in juris). Unbeschadet dessen, dass das BVerfG es in einer speziellen Situation (Apharesebehandlung in einem besonderen Fall) hat ausreichen lassen, dass die Erkrankung voraussichtlich erst in einigen Jahren zum Tod führt (BVerfG, Beschluss vom 06.02.2007, - [1 BvR 3101/06](#) -, in juris;), muss sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf nach den Umständen des konkreten Falles grundsätzlich innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen (BSG, Urteil vom 13.12.2016, - [B 1 KR 1/16 R](#) -, in juris Rdnr. 21; auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.02.2017, - [L 11 KR 2090/16](#) -, in juris Rdnr. 24).

Bei der Versicherten hat unstreitig eine regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung (Krebserkrankung der Gallengänge) vorgelegen; die Versicherte ist an dieser, erstmals im November 2011 diagnostizierten, Erkrankung auch am 21.09.2015 verstorben. Die TACE wird von zur Leistungserbringung für gesetzlich Versicherte befugten Krankenhäusern (i.S.d. [§ 108 SGB V](#)) als Krankenhausbehandlung erbracht und stellt - so Dr. W. im MDK-Gutachten vom 10.07.2013 - ein anerkanntes (palliatives) Behandlungsverfahren dar, das durch OPS-Kodes und DRGs erfasst und abrechenbar ist. Sie bietet damit ohne Weiteres (zumindest) hinreichende Aussichten auf spürbare Einwirkung auf den Krankheitsverlauf i.S.d. [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) (zu den Anforderungen an dieses Merkmal des [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#), namentlich bei palliativem Behandlungsziel, näher Senatsurteil vom 22.03.2017, - [L 5 KR 1036/16](#) -, in juris Rdnr. 55; Senatsurteil vom 22.02.2017, - [L 5 KR 1653/15](#) -, in juris Rdnr. 49), wenn sie nicht (sogar) als allgemein anerkannte Behandlungsmethode i.S.d. [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und nicht (mehr) als alternative Behandlungsmethode i.S.d. [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) einzustufen ist. Es fehlt aber an den übrigen Voraussetzungen eines Sachleistungsanspruchs aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#).

So erscheint zweifelhaft, ob bei Durchführung der streitigen TACE-Behandlungen am 17.06.2013, 05.08.2013 und 02.09.2013 eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage vorgelegen hat, die das BVerfG und des BSG für die grundrechtsorientierte (erweiternde) Auslegung des Leistungskatalogs verlangen. Dafür wird das Bestehen einer schweren Erkrankung, namentlich einer Krebserkrankung, die unbehandelt zum Tode führen wird (vgl. auch etwa LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.02.2017, - [L 11 KR 2090/16](#) -, in juris Rdnr. 24) und auch das Bestehen einer palliativen Behandlungssituation ohne Aussicht auf Heilung für sich allein nicht genügen können. Wie Dr. W. im MDK-Gutachten vom 10.07.2013 unter Hinweis auf die im NCT H.

festgestellte stabile Krankheitssituation der Versicherten (Bericht des NCT H. vom 21.08.2013) dargelegt hat, hat ein akuter Notstand - mit erheblichem Zeitdruck für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf - nicht vorgelegen; er hat dabei auch die weitere Krankheitsentwicklung, etwa die von der Versicherten im Klageverfahren betonte Verschlechterung im November 2012 in die sozialmedizinische Bewertung einbezogen.

In jedem Fall haben aber vertragliche Behandlungsmöglichkeiten - im Rahmen von stationären Behandlungen in (Vertrags-)Krankenhäusern i.S.d. [§ 108 SGB V](#) - zur Verfügung gestanden, die es ausschließen, die Kosten der als privatärztlich ambulante Behandlung in Anspruch genommenen TACE-Therapien bei Prof. Dr. V. in grundrechtsorientierter (erweiternder) Auslegung des Leistungskatalogs der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten aufzuerlegen. Dabei geht der Senat davon aus, dass eine (weitere) systemische Chemotherapie wegen erheblicher Nebenwirkungen nicht mehr durchführbar und deswegen eine regionale Chemotherapie angezeigt gewesen ist. Als Alternative zur privatärztlichen TACE-Behandlung ist insoweit aber zunächst die Durchführung einer von Prof. Dr. Dr. h.c. mult. B. im Bericht vom 28.06.2012 befürworteten intraarteriellen lokoregionalen Chemotherapie ohne Embolisation in Betracht gekommen. Diese wird - so Dr. U. im MDK-Gutachten vom 26.07.2012 - in Universitätskliniken als Leistung der GKV (Krankenhausbehandlung i.S.d. [§§ 27 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 5, 108 SGB V](#)) erbracht. Die TACE-Behandlung wird ebenfalls als Leistung der GKV in (Vertrags-)Krankenhäusern (i.S.d. [§ 108 SGB V](#)), nicht ausschließlich in der Universitätsklinik H. (NCT H.), erbracht; das gilt auch für die hier streitige Zeit (Juni bis September 2013). Der Senat entnimmt das dem MDK-Gutachten des Dr. W. vom 10.07.2013, wonach die TACE in Baden-Württemberg in Krankenhäusern stationär erbracht wird; Dr. W. hat hierfür die Universitätsklinik H. nur beispielhaft erwähnt. Er hat in seinem Gutachten betont, dass die TACE - bei Priorisierung einer lokoregionalen Chemotherapie an Stelle einer systemischen Chemotherapie - als vertraglich geregelte Krankenhausbehandlung (im System der GKV) hätte in Anspruch genommen werden können. Dass die Ärzte des NCT H. eine TACE-Behandlung zunächst - aus medizinischen Gründen nicht befürwortet und der Versicherten zur Einholung einer Zweitmeinung geraten haben, bedeutet deshalb nicht, dass die TACE-Behandlung als Leistung der GKV (gar) nicht zu erlangen und die Versicherte deshalb gezwungen gewesen wäre, sich diese Behandlung außerhalb der GKV als privatärztliche Leistung zu beschaffen. Unerheblich ist, dass die TACE als GKV-Leistung grundsätzlich nicht ambulant, sondern - wegen der Komplexität des Eingriffs und des Komplikationsrisikos (so Dr. W. im MDK-Gutachten vom 17.07.2013) - nur als stationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat weitere Ermittlungen in medizinischer Hinsicht nicht auf.

Das SG hat der Klage zu Unrecht teilweise stattgegeben, weshalb sein Urteil auf die Berufung der Beklagten abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen ist.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-08-02