

## L 5 KR 52/12

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Landshut (FSB)  
Aktenzeichen  
S 1 KR 22/11  
Datum  
24.10.2011  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 KR 52/12  
Datum  
10.03.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Kein Anspruch auf ambulante Hyperthermie bei sekundärem Mammakarzinom im finalen Stadium

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 24. Oktober 2011 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger beantragt Kostenerstattung in Höhe von 11.053,50 EUR für ambulante Behandlungen seiner 1967 geborenen und am 24.5.2012 verstorbenen Ehefrau A ... Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte A. (im Folgenden: Versicherte) erkrankte im Jahr 1999 an einem Karzinom der rechten Brust. Dieses wurde mit operativen Methoden behandelt, gleichzeitig wurden sechs von 22 untersuchten Lymphknoten als mit Absiedelungen befallen festgestellt. Die nachfolgende Chemotherapie und Radiotherapie mit Stammzelltherapie führte dazu, dass die Krebserkrankung zunächst nicht weiter fortschritt. Bei stationären Behandlungen der Versicherten im Krankenhaus A.-B-Stadt August/September 2010 wurde ein Wiederauftreten des Karzinoms festgestellt in Gestalt eines Rippenfell-Tumors mit dortiger Erguss-Bildung bei multiplen osteoplastischen Metastasierungen sowie Lymphanginosis. Am 7.10. 2010 beantragte die Versicherte, ihr zum Einen die Kosten zu erstatten, die ihr seit 10.7.2010 infolge Verschreibung von homöopathischen Globuli, von Nahrungsergänzungsmitteln und von Vitaminen sowie Akupunkturbehandlungen durch die Allgemeinärztin und Naturheilkundlerin S.-R. sowie durch privatärztliche Behandlungen des Dr S. entstanden waren; wegen der Einzelheiten wird auf Bl 34 - 41 der Beklagtenakte (inhaltsgleich mit Blatt 1 - 8 des Anlagekonvolutes zum Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 30.8.2013). Zum anderen beantragte die Versicherte, ihr zukünftig Behandlungen der Hyperthermie und der Galvanotherapie als Sachleistungen zu erbringen. Die Beklagte holte dazu ein Gutachten des MDK Bayern ein (19.10.2010). Danach bestand wegen des Fortgeschrittenen Tumorstadiums mit multipler Metastasierung zwar keine kurative Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung. Palliativ standen Strahlentherapie und Chemotherapie bei unterstützender symptombezogener Behandlung sowie psycho-onkologische Begleitung zu Gebote. Für die begehrte ambulante Hyperthermie und Galvanotherapie bestand keine Heilungsaussicht, für erstere bestand zudem eine negative Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für die Gabe von Spurenelementen, Vitaminen sowie Enzymen bestand kein Wirksamkeitsnachweis, Akupunktur war zur Krebsbehandlung nicht zugelassen. Dem folgte die Beklagte mit antragsablehnendem Bescheid vom 26.10.2010. Ein dagegen erhobener Widerspruch, zu dem Dr. D. - Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums St. G., R. Str. 6 - 8, Bad A. - am 25.11.2010 eine Empfehlung zu Gunsten der Hyperthermie aussprach, blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 3.1.2011). Dagegen hat die Versicherte Klage zum Sozialgericht Landshut erhoben und Kostenerstattung für die von der Beklagten abschlägig beschiedenen ambulanten alternativen Behandlungsmethoden sowie für mittlerweile von Dr. D. durchgeführte ambulante Behandlungen beantragt. Sie hat zur Begründung vorgetragen, im Krankenhaus A.-B-Stadt sei sie chemotherapeutisch behandelt worden, was sie aber nicht hätte vertragen können. Dr. S. und Dr. D. hingegen hätten zunächst den Immun- und Hormonstatus ermittelt und das Immunsystem aufgebaut. Der Therapieverlauf zeige positive Effekte Das Sozialgericht hat die einschlägigen Befund- und Behandlungsberichte beigezogen und mit Urteil vom 24. Oktober 2011 die Klage abgewiesen. Die Versicherte habe keinen Anspruch auf die begehrten Leistungen. Die Hyperthermie sei eine neue Behandlungsmethode, die ausdrücklich mit Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses vom 14. Mai 2005 von der ärztlichen Versorgung ausgeschlossen sei, weil Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht belegt seien. Insoweit sei den sachverständigen Stellungnahmen des MDK zu folgen. Neue Erkenntnisse, welche die Einschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses als überholt erscheinen ließen, bestünden nicht. Die Galvanotherapie sei ebenfalls eine neue Behandlungsmethode, welche mangels Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfe. Die Beklagte müsse keine Kosten erstatten für Leistungen, die die Versicherte vor

Antragstellung bei der Beklagten in Anspruch genommen habe. Dagegen hat die Versicherte am 14.2.2012 Berufung eingelegt zur Weiterverfolgung ihres Begehrens. Nach dem Ableben der Versicherten am 24.5.2012 hat der Kläger als Rechtsnachfolger mit Schriftsatz vom 30.8.2013 erklärt, der bis dahin geltend gemachte Anspruch der Versicherten, ihr stationäre Hyperthermie sowie elektrochemische Tumortherapie als Sachleistung zu erbringen, werde nicht mehr weiterverfolgt. Der Kläger hat eine Zusammenstellung der aufgewendeten Heilbehandlungskosten der versicherten vorgelegt (insoweit wird auf Blatt 107 bis 109 Berufungsakte Bezug genommen) und den noch streitgegenständlichen Kostenerstattungsanspruch mit 11.053,50 EUR beziffert. Der Senat hat ein ärztliches Sachverständigengutachten des Dr. D. vom 10. Juli 2014 eingeholt einschließlich ergänzender Stellungnahme vom 29. November 2014. Der Sachverständige hat ausgeführt, die körperliche Verfassung der Klägerin hätte den Einsatz von leitlinienkonformen Standardtherapien mittels Chemotherapie zugelassen. Der Sinn einer lokalen Tiefen- Hyperthermie bei bereits systemisch metastasierendem Karzinom sei nicht nachvollziehbar, für die Behandlung der Knochenmetastasen der Versicherten fehle jegliche Evidenz. Eine Hyperthermie des Rippenfelles sei keine Tiefenhyperthermie. Zur Behandlung der Versicherten habe die Chemotherapie als zugelassene Methode zur Verfügung gestanden, zur Unterstützung eine psychoonkologische Unterstützung. Der Einschätzung des Dr. G., welche der Kläger zu seinem Vortrag gemacht hatte (insoweit wird auf Blatt 159 bis 165 Berufungsakte Bezug genommen), sei nicht zu folgen.

Der Kläger beantragt zuletzt,

das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 24.10.2011 sowie den Bescheid vom 26.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Behandlungskosten in Höhe vom 11.053,50 EUR zu erstatten.

Die Beklagten beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die Verwaltungsakten der Beklagten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtzüge wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 151 SGG](#)), aber unbegründet. Der Kläger hat als Sonderrechtsnachfolger der Versicherten ([§ 56 Abs. 1 SGB I](#); vgl. BSG, Urteil vom 3.7.2012 - [B 1 KR 6/11 R](#), Rn. 10 - zitiert nach juris) keinen Anspruch auf die begehrte Kostenerstattung. Das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 24.10.2011 ist damit ebenso wenig zu beanstanden wie der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten vom 26.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.01.2011. Gegenstand der Berufung sind die Leistungen, die der Kläger mit Schriftsatz vom 30.8.2013 einschließlich der dortigen Anlage geltend gemacht hat gem. § 99 Abs. 1 und Abs. 3 ebenso wie gem. [§ 99 Abs. 2 SGG](#) infolge der festzustellenden rügelosen Einlassung der Beklagten.

Nicht mehr Streitgegenstand ist die stationäre Behandlung in den M. Kliniken GmbH & Co. KG (Kommanditisten: Dr. F. D., St. G. Hospital GmbH), gesetzlich vertreten durch den persönlich haftenden Gesellschafter M. Kliniken Verwaltungs-GmbH, diese gesetzlich vertreten durch die Geschäftsführerin R. D ... Diese Behandlung war Gegenstand des Bescheides vom 24.3.2011/Widerspruchsbescheides vom 9.5.2011 und der Klage vor dem Sozialgericht Landshut S [1 KR 157/11](#), welche zu dem hier strittigen Verfahren [S 1 KR 22/11](#) hinzuverbunden war. Mit der Erklärung des Klägers im Schriftsatz vom 30.8.2013, diese Leistung werde nicht mehr weiterverfolgt und mit der alleinigen Stellung des Kostenerstattungsantrags ist insoweit die Erledigung des Rechtsstreites festzustellen.

1. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nicht, soweit der Kläger in der Zusammenstellung vom 30.8.2013 Erstattung von Zuzahlungen gem. [§ 61 SGB V](#) zu Rezepten der Versicherten verlangt, da die Belastungsgrenze gem. [§ 62 SGB V](#) zu keinem Zeitpunkt erreicht war.

Kosten iHv 267,14 EUR für eine verlorengegangene ärztliche Schlussrechnung sind mangels Nachweises nicht von der Beklagten zu erstatten.

2. Der hier strittige Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht im Übrigen nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse und setzt voraus: Bestehen eines Primär-(Natural-)leistungsanspruchs der Versicherten und dessen rechtswidrige Nichterfüllung, Ablehnung der Sachleistung durch die Krankenkasse sowie Geltendmachung einer entsprechenden, notwendigen Leistung durch die Versicherte aufgrund der Leistungsablehnung (BSG, Urteil vom 02. September 2014 - [B 1 KR 3/13 R](#)).

Ein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alt SGB V besteht damit nicht, soweit Kostenerstattung für Leistungen betroffen sind, die die Versicherte in der Zeit vor der Antragstellung am 7.10.2010 in Anspruch genommen hätte. Denn die Versicherte war nicht durch eine unrechtmäßige Sachleistungsverweigerung gezwungen, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen. Es fehlt insoweit an dem haftungsbegründenden Tatbestandsmerkmal des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Ablehnung und eingeschlagenem Beschaffungsweg (BSG vom 18.1.1996 - [1 RK 22/95](#)); die Kosten dürfen also erst nach Ablehnung durch die Beklagte entstanden sein (BSG 15.4.1997 - [1 RK 31/96](#)). Vorliegend hat sich die Versicherte vor ihren Therapieentscheidungen nicht um die Gewährung der Behandlung als Sachleistung bemüht, indem sie vorher mit der Beklagten Kontakt aufgenommen und deren Entscheidung abgewartet hätte. Dies wäre ihr trotz der Erkrankung im damaligen Stadium möglich und zumutbar gewesen. Nach der gesamten medizinischen Dokumentation lag kein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) oder eine andere dringliche Bedarfslage vor. Die Erkrankung der Versicherten war damals weder so weit fortgeschritten noch in einem solch akuten Zustand, das es der Versicherte unzumutbar gewesen wäre, eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten oder eine zugelassene Leistung durch einen zugelassenen Leistungserbringer zu beanspruchen.

3. Nach [§ 28 Abs. 1 SGB V](#) umfasst die vorliegend streitige ambulante ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes, die zur Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; entsprechendes gilt für die Versorgung mit Arzneimitteln gem. [§ 31 SGB V](#) und mit Hilfsmitteln gem. [§ 33 SGB V](#).

a) [§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) bestimmt dazu, dass die Leistungen der Krankenversicherung nach Qualität und Wirksamkeit dem allgemein

anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben.

Den Qualitätskriterien des [§ 2 Abs. 1 S 3 SGB V](#) schließlich entspricht eine Behandlung, wenn die "große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler)" die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Dieses setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein (BSG, Urteil vom 21.3.2013 - [B 3 KR 2/12 R](#), Rn. 12 - zitiert nach juris).

Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (ambulante Versorgung) 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](#) iVm [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistung verbindlich festgelegt (BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#)).

b) Zur Anwendung dieser Rechtsgrundsätze sind zunächst die nachfolgenden Feststellungen zu treffen. Die Versicherte war nach der vorgelegten und beigezogenen ärztlichen Dokumentation, nach den Stellungnahmen des MDK sowie nach den überzeugenden sachverständigen Ausführungen des Dr. D. im streitgegenständlichen Zeitraum ab Sommer/Herbst 2010 an einem fast 10 Jahre nach einem Mammakarzinom aufgetretenem bösartigen sekundären Rippenfell-Tumor mit Knochenmetastasen und Lymphangiosarkom erkrankt (TNM-Klassifikation, BSG vom 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R](#), Rn. 29). Zu dieser Neubildung war es trotz chirurgischer und chemotherapeutischer Behandlung sowie trotz Stammzelltransplantation des ursprünglichen Mamma-Karzinoms einschließlich anschließender rezeptoren-hemmender Medikation mit Tamoxifen gekommen. In diesem Stadium des sekundären metastasierten Karzinoms stand weder ein zugelassenes Arzneimittel noch eine zugelassene Methode zur Verfügung, mit welcher ein kuratives, d.h. die Erkrankung heilendes Behandlungsziel hätte verfolgt werden können. Eine chemotherapeutische Behandlung der Versicherten hatte im Sommer/Herbst 2010 palliative Ziele, d.h. die bei Nichtbehandlung auf nicht allzu lange Zeit zu prognostizierende Lebenserwartung zu verlängern und die Krankheitsfolgen zu lindern, nicht aber das Ziel einer Heilung.

4. Den unter 3.a) dargelegten Anforderungen an die Qualität der Behandlung der Erkrankung der Versicherten im unter 3.b) dargestellten Stadium entsprach die Versorgung mit Handschmeichlern durch den Versender H ...de nicht.

Das Nämliche gilt für die Versorgung mit Spurenelementen, mit homöopathischen Globuli, mit Nahrungsergänzungsmitteln, Gewürzauszügen (Kurkuma) und mit Vitaminen sowie für die Akupunkturbehandlungen, für welche der Kläger nach der Aufstellung vom 30.8.2013 Kostenerstattung begehrt. Nicht erstattungsfähig sind auch die dort aufgeführten Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, [§ 34 Abs. 1 S. 1 SGB V](#); insoweit ist festzustellen, dass keiner der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmefälle iSd [§ 34 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) vorlag. Nicht erstattungsfähig sind die geltend gemachten Kosten für die Arzneimittel, die nach [§ 34 Abs. 1 S. 6 SGB V](#) ausgeschlossen sind wie namentlich Emser Sole oder Klosterfrau Vitamin E.

Kosten für das Fiebermessgerät "Thermoscan IRT 4520" sind nicht zu erstatten, Fieberthermometer sind Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ([§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)).

5. Nicht erstattungsfähig sind die Leistungen, die Dr. D. (nach der Aufstellung vom 30.8.2013) abgerechnet hat mit Schlussrechnungen vom 19.11.2010, 29.11.2010, 20.12.2010, 7.3.2012 sowie 23.3.2012 für Behandlungen der Hyperthermie einschließlich Begleitbehandlungen.

a) Zum einen ergibt sich aus dem Briefkopf, der Absenderzeile sowie aus den angegebenen Bankverbindung der Rechnungen (Schlussrechnung 20.12.2010 einerseits und Stellungnahme des Dr. D. vom 25.11.2010 - Bl 64 Verwaltungsakte Beklagte andererseits), dass diese Leistungen erbracht und abgerechnet sind von der M. Kliniken GmbH & Co. KG. Diese ist eine stationäre Einrichtung, die nicht mit dem MVZ des zur ambulanten Versorgung zugelassenen Vertragsarztes Dr. D. identisch ist. Es handelt sich vielmehr um eine Klinik, die im hier streitigen Zeitraum nicht in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen war und auch im Übrigen kein zugelassenes Krankenhaus war, so dass die Beklagte dort keine Leistungen erbringen lassen durfte, [§ 108 SGB V](#). Zugleich ist festzustellen, dass es sich damit um eine andere, als die am 7.10.2010 beantragte ambulante Leistung handelt, zu welcher Dr. D. als Leiter des ambulanten MVZ im Widerspruchsverfahren die benannte Stellungnahme abgegeben hatte. Auch insoweit scheidet die Kostenerstattung an der fehlenden Kausalität.

Zu beachten ist insoweit, dass die Gesetzliche Krankenversicherung zwischen ambulantem und stationärem Behandlungsbereich unterscheidet ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, Nr. 5 SGB V](#); [§ 135 SGB V](#) einerseits und [§ 137c SGB V](#) andererseits; vgl. BSG, Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 27.11.2014, Rn. 17 ff - zitiert nach juris). Diese materielle Unterscheidung ist sachlich bereits begründet durch die umfassende, medizinisch und auch zeitlich stets gesicherte ärztliche Behandlungspräsenz im stationären Bereich, den die ambulante Versorgung nicht bietet. Es ist daher nicht zu begründen, dass die Beklagte die entsprechenden Kosten zu erstatten hätte, weil der ärztliche Leiter des MVZ und der M. Kliniken GmbH & Co. KG personenidentisch sind.

Soweit aber die Leistungen des Dr. D. als ambulante Leistungen anzusehen wären, scheiterte ein Anspruch des Klägers daran, dass für die Hyperthermie als neuer Behandlungsmethode für die Krebserkrankung der Klägerin im konkreten Stadium - wie vom MDK zutreffend mehrfach festgestellt - gem. [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ein negatives Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses bestanden hatte.

b) Etwas anderes ergibt sich im Ergebnis auch nicht aus einem verfassungsrechtlich begründeten grundrechtsorientierten Leistungsanspruch. Nach dem "Nikolausbeschluss" (Kingreen) des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 ([1 BvR 347/98](#)) ist es mit den Grundrechten aus [Artikel 2 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten,

- für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung
- eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht,
- von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen,
- wenn nach medizinischer Einschätzung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (vgl. [BR-Drs. 456/11](#) vom 2.8.2011 - S. 73 zur mittlerweile erfolgten gesetzgeberischen Umsetzung dieser Grundsätze in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#)).

Insoweit folgt der Senat den zutreffenden Einschätzungen des MDK und insbesondere den Feststellungen und Ausführungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen Dr. D. in dessen überzeugendem Gutachten vom 10. Juli 2014 einschließlich ergänzender Stellungnahme vom 29. November 2014, welche auf Auswertung der relevanten medizinischen Erkenntnisse sowie der Behandlungsunterlagen der Versicherten beruhen. Danach stand für die Behandlung der Tumorerkrankung der Versicherten in dem seit Oktober 2010 bestehenden fortgeschrittenen Stadium zwar keine anerkannte Methode der Heilung zur Verfügung; zur medizinisch anerkannten palliativen Behandlung des Sekundärtumors mit Metastasen stand die Chemotherapie mit begleitender, lindernder und unterstützender Medikation und Therapie sowie die psycho-onkologische Begleitung zur Gebote. Dem gegenüber bestanden und stehen für die strittige Hyperthermie keine medizinisch ausreichend gesicherten Erkenntnisse zur Verfügung, dass diese bei dem bereits im Skelettsystem mehrfach metastasierenden bösartigen sekundären Mammakarzinom der Versicherten eine Aussicht auf Heilung oder auf palliative, den Krankheitsverlauf entschleunigende Wirkung sowie auf die Lebensqualität positive Beeinflussung hätte bieten können. Es handelt sich vielmehr um eine experimentelle Behandlung. Dem schließt sich der Senat an. Die insoweit erhobenen Einwendungen des Klägers basieren im Wesentlichen auf nicht ausreichend mit gesicherten medizinischen Erkenntnissen unterfütterten Einschätzungen namentlich der behandelnden Ärzte, sie vermögen die fundierten Ausführungen des Sachverständigen nicht zu entkräften oder Anhaltspunkte für eine weitere Sachverhaltsermittlung zu bieten.

5. Für die am 13.11.2011 erbrachten Leistungen des Allgemeinmediziners Dr. H. auf dem Gebiete der Traditionellen Chinesischen Medizin besteht mangels rechtzeitiger Antragstellung sowie mangels medizinisch begründbarer Aussicht auf kurative oder palliative Effekte im konkreten, weit fortgeschrittenen Krankheitsstatus der Versicherten kein Erstattungsanspruch.

Zusammengefasst sind damit die für die Versicherte geltend gemachten Kostenerstattungsansprüche zu verneinen. Die Berufung bleibt damit vollumfänglich ohne Erfolg.

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

Gründe zur Zulassung der Revision ([§ 160 SGG](#)) sind nicht erkennbar.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-07-02