

L 4 KR 49/13

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 18 KR 968/10

Datum

25.10.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 49/13

Datum

09.11.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine zelluläre Immuntherapie mit dendritischen Zellen, natürlichen Killerzellen, inaktivierten onkolytischen Viren und Hyperthermie bei metastasiertem Mammakarzinom stellt eine neue Behandlungsmethode dar, für die eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (derzeit) nicht vorliegt.

2. Die nach der Rechtsprechung entwickelten und vom Gesetzgeber in [§ 2 Abs. 1](#) a SGB V aufgenommenen Grundsätze greifen nicht bei Vorliegen einer absolut palliativen Situation bereits zu Behandlungsbeginn.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. Oktober 2012 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Kosten in Höhe von 21.435,05 EUR für die bei der Ehefrau des Klägers und Versicherten S. G. von April 2010 bis August 2010 durchgeführte Immuntherapie, bestehend aus einer Therapie mit dendritischen Zellen, kostimulatorischen natürlichen Killerzellen und Hitzeschockproteinen, einer kombinierten Hyperthermie (aktiv und passiv) und einer Therapie mit onkolytischen Viren bei dem Arzt für Allgemeinmedizin G ...

Der Kläger begehrt als Rechtsnachfolger seiner Ehefrau S. G., geboren 1956, verstorben am 14.11.2010, die Erstattung der Behandlungskosten bei dem Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren G ... Die Versicherte litt an einem im Oktober 1997 beginnenden progredienten Mammakarzinom links. Im August 1999 kam es zu einem Lokalrezidiv links mit anschließender Operation und Bestrahlung. Ein erneutes Lokalrezidiv links trat im September 2003 auf mit Mammakarzinom rechts. Es erfolgte eine bilaterale Mastektomie und 4 Zyklen FEC-Chemotherapie mit anschließender Therapie mit Tamoxifen und Zoladex bis zum Jahre 2006. Im Jahr 2007 kam es zu einer generalisierten Metastasierung; es wurde eine palliative Hormontherapie eingeleitet. Wegen des weiteren Fortschreitens wurde eine palliative Chemotherapie von April 2008 bis September 2008 durchgeführt. Eine progrediente Metastasierung mit steigenden Tumormarkern ist im März 2010 dokumentiert. Neben einer onkologischen Betreuung vorwiegend in der Gemeinschaftspraxis Onkologie C-Stadt und stationär im Klinikum C-Stadt erfolgte auch eine palliative Betreuung bis zum Tod am 14. November 2010 über das Klinikum C-Stadt.

Mit Schreiben vom 06.05.2010 beantragte G. für die Ehefrau des Klägers die Kostenerstattung der Immuntherapie für metastasierendes Mammakarzinom mit dendritischen Zellen und kostimulatorischen natürlichen Killerzellen, Hitzeschockproteinen sowie kombinierter Hyperthermie und natürlichen Killerzellen. Aus dem dargestellten Krankheitsverlauf ergebe sich, dass es schulmedizinisch keine kurativen Therapieoptionen mehr gebe; ob es nur eine palliative gebe, sei wissenschaftlich nicht erwiesen. Was nun der Patientin an Chemotherapie angeboten werde, sei "wildes herum experimentieren" mit toxischen Substanzen in einem ethisch nicht zu rechtfertigenden Wirkung-Nebenwirkungsverhältnis. Deshalb sei der Versicherten entsprechend der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 die von ihm vorgeschlagene Therapie zu bewilligen. Die von ihm beabsichtigten Therapien wurden dargelegt. Beigefügt waren auch Befundunterlagen, Grafiken, bildgebende Untersuchungsberichte über die Therapie und die damit erzielten Erfolge bei anderen Patienten sowie veröffentlichte Aufsätze.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern kam in einer Stellungnahme vom 09.06.2010 zu dem Ergebnis, dass eine lebensbedrohliche Erkrankung der Versicherten vorliege. Er vertrat allerdings die Auffassung, dass allgemein anerkannte, dem

medizinischen Standard entsprechende Behandlungen in den zertifizierten Brustzentren zum Beispiel in B-Stadt Klinikum G., Klinikum I., Klinikum D. oder Klinikum H. zur Verfügung ständen. Für die beantragte Behandlungsmethode liege keine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung vor, so dass der Kasse die Kostenbeteiligung oder -übernahme nicht empfohlen werde.

Die Versicherte präzisierte am 10. Juni 2010 ihren Antrag dahingehend, dass jede der Einzeltherapien wie aktive Hyperthermie, Tiefenhyperthermie oder onkolytische Viren auch einzeln beurteilt werden sollten.

Mit Bescheid vom 11.06.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für eine Dendritische Zelltherapie bei dem Arzt G. ab. Die nicht vertragsärztliche Therapie könne nicht befürwortet werden, da nach Auskunft des MDK die Voraussetzungen auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BVerfG nicht vorlägen.

Gegen diese Ablehnung legten sowohl Herr G. als auch die Versicherte Widerspruch ein. Sie habe die dem Standard entsprechenden Therapien bereits durchlaufen; die zuletzt durchgeführte Chemotherapie sei nicht mehr wirksam gewesen. In Hinblick auf die massiven Nebenwirkungen könne sie diese Therapie deshalb nicht mehr weiterführen. Im Übrigen sei sie durch die Nebenwirkungen dieser Therapie so geschwächt, dass in regelmäßigen Abständen Bluttransfusionen benötigt würden und deshalb auch diese Therapie nicht fortgesetzt werden könnte. Die zwar noch nicht anerkannten Behandlungen durch den Arzt G. hätten in vielen Fällen Erfolge gezeigt.

Die Beklagte holte ein Gutachten des MDK vom 05.08.2010 ein. Zweifelsohne liege eine lebensbedrohliche, regelmäßig tödliche verlaufende Erkrankung vor. Ob derzeit eine notstandsähnliche Situation bestehe, könne anhand der Angaben nicht beurteilt werden. Da es sich bei dem Krankheitsbild der Versicherten um ein metastasierendes Mammakarzinom handle, sei das primäre Behandlungsziel palliativ, das bedeute, dass trotz Einsatzes der zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen nicht mit einer Heilung gerechnet werden könne. Behandlungsziel sei daher die Verbesserung der tumorbedingten Beschwerden, der Lebensqualität und der Versuch, die Überlebenszeit zu verlängern. Hierfür stünde eine Vielzahl von Therapien zur Verfügung, die im konkreten Fall der Versicherten nicht ausgeschöpft seien. Deshalb werde, wie im Vorgutachten schon empfohlen, dringend die Vorstellung in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Brustzentrum empfohlen. Für die Behandlung mit onkolytischen Viren seien zwar im Bereich der Grundlagenforschung Aktivitäten erkennbar, an klinischen Daten gebe es lediglich Einzelfallberichte und Pilotstudien mit Phase-I-Charakter, die nicht geeignet seien, Sicherheit und Wirksamkeit dieser Methode im Sinne der evidenzbasierten Medizin nachzuweisen. Die genannten Forschungsaktivitäten unter Zuhilfenahme gentechnischer Methoden an wissenschaftlichen Zentren seien allerdings in keinsten Weise mit dem von Herrn G. beantragten unkontrollierten Einsatz von Wildviren zu vergleichen. Aufgrund eines fehlenden Unbedenklichkeitsnachweises könne auch ein individueller Heilversuch wie hier beantragt nicht empfohlen werden. Die beantragte Behandlung mit onkolytischen Viren sei deshalb eine hoch experimentelle Methode, welche nach § 135 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) als neues Verfahren aufzufassen sei und zulasten der Krankenkasse nur angewandt werden könne, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sie als wirksam und therapeutisch zweckmäßig anerkannt habe. Dies sei bisher nicht geschehen, der Nutzen bzw. die Gefahren dieses Verfahrens seien gegenwärtig nicht abschätzbar. Bezüglich der dendritischen Zellen wies der MDK darauf hin, dass es mehrere Herstellungsverfahren und Anwendungsmodalitäten gebe und eine Standardisierung des Verfahrens zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erkennbar sei. In den Leitlinien werde wiederholt darauf hingewiesen, dass Immuntherapie, und dazu gehöre auch die Vakzination (Impfung) mit dendritischen Zellen, aufgrund des ungesicherten Überlebensvorteils, der hohen Toxizität und damit erheblichen Einschränkung der Lebensqualität, ausschließlich innerhalb von Studien durchgeführt werden sollten. Randomisierte Studien lägen bislang nicht vor, auch diese Therapie befände sich noch in der Phase der experimentellen klinischen Forschung. Sie sei vom G-BA bisher weder als wirksam noch als therapeutisch zweckmäßig anerkannt worden. Bezüglich der Hyperthermie-Verfahren habe der G-BA im Januar 2005 verschiedene Verfahren bewertet. Für alle überprüften Tumorindikationen sei aufgezeigt worden, dass der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auch im Vergleich zu bereits zulasten der Krankenkasse erbrachten Methoden nach gegenwärtigem Stand nicht valide belegt sei. Es sei deshalb eine Anwendung und Anerkennung nicht empfohlen worden, für den ambulanten Sektor liege ein negatives Votum des G-BA vor. Insgesamt seien daher die beantragten Behandlungsmethoden nicht zu übernehmen.

Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 17.09.2010 zurück.

Hiergegen hat die Versicherte Klage zum Sozialgericht München erhoben. Sie hat dargelegt, welche Behandlungsmethoden in der Zeit zwischen 1997 und 2010 bereits angewandt worden waren. Ferner hat sie einen Bericht des Klinikums C-Stadt vorgelegt, in dem sich die damalige Klägerin im Anschluss an die Behandlung bei Herrn G. vom 26.08.2010 bis 03.09.2010 in stationärer Behandlung befand. Dort wurde eine Untersuchung vor allem in Hinblick auf die nachgewiesenen Metastasen in der Wirbelsäule durchgeführt und der Versicherten empfohlen, sich in einer strahlentherapeutischen Einrichtung vorzustellen, mit der Bitte, dort die Möglichkeit einer Bestrahlung der Wirbelsäule sowie einer Schädelbestrahlung zu überprüfen. Zur Begründung der Klage ist vor allem darauf hingewiesen worden, dass es schulmedizinisch keine kurativen Therapiestrategien für die Ehefrau des Klägers mehr gegeben habe. Es sei nicht einmal wissenschaftlich erwiesen, ob es überhaupt eine palliative schulmedizinische Behandlungsstrategie gegen habe. Alle Standardtherapien seien vorliegend aber ausgeschöpft gewesen, daher sei es nur zu verständlich, dass sich die Versicherte in der aussichtslosen Situation im April 2010 in die Praxis von Hr. G. begeben habe, um sich dessen Therapie zu unterziehen. Im Unterschied zu den schulmedizinischen Behandlungsmethoden handle sich bei der zellulären Immuntherapie um eine kurative Behandlungsweise, mit der Hr. G. jahrzehntelangen Erfolg habe. Bereits vor der Therapie mit dendritischen Zellen sei eine Verminderung des Sehvermögens festgestellt worden und die weiterführenden Untersuchungen hätten eine Metastase am rechten Auge und mehrere Befunde am linken Auge ergeben. Im Hinblick auf die Bestätigung einer Hirnmetastase sei eine Bestrahlung in der strahlentherapeutischen Praxis des Klinikums S. durchgeführt worden. Die empfohlene Chemotherapie sei verantwortlich für den desolaten körperlichen Zustand der Versicherten während der ersten Chemotherapie 2003/2004 gewesen. Aufgrund der festgestellten Hirnmetastase und einer Schwäche des linken Beines sei eine Behandlung in der Palliativstation des Klinikums C-Stadt durchgeführt worden. Die Versicherte habe zwar beabsichtigt, die Therapie insbesondere mit dendritischen Zellen wieder aufzunehmen. Sie sei jedoch dann am 14.11.2010 infolge der multiplen Metastasen verstorben.

Im Hinblick auf die o.g. Entscheidung des BVerfG und die dort genannten Voraussetzungen hat der Kläger dargelegt, dass die Hyperthermie im Rahmen einer Untersuchung der Universität Freiburg als erfolgversprechend angesehen worden sei, so dass die grundsätzliche Wirksamkeit der Hyperthermie bei malignen Erkrankungen außer Frage stehe. Dies gelte auch für die Tiefenhyperthermie. Dieses Verfahren sei international in Wissenschaft und Praxis anerkannt, vor allem im asiatischen Raum. Diese Therapie sei nicht als Monotherapie anzuwenden, sondern eine Facette in einem immuntherapeutischen Gesamtkonzept. Daher sei sie nicht mit der Entscheidung des

damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu vergleichen, mit der deren Aufnahme in die früheren BuB-Richtlinien abgelehnt worden sei. Dabei sei darauf hinzuweisen, dass es eine Entscheidung des BVerfG vom 29.11.2007 gebe, wo die Hyperthermiebehandlung als Schmerztherapie bei einem Rectumkarzinom zugesprochen worden sei. Bezüglich der onkolytischen Viren laufe zurzeit eine Pilotstudie mit gegenwärtig 14 Patienten mit Glio- blastom. Da habe diese Methode besonderen Erfolg, da es keine Therapieoption gebe, die auch nur einen annähernd ähnlichen Erfolg einer Heilung von etwa 1/3 der Patienten mit sonst infauster Prognose habe. Die Methode mit dendritische Zellen habe beim metastasierenden Melanom eine Prüfung der Phase III bereits durchlaufen. Insgesamt sei festzustellen, dass bei der Ehefrau des Klägers die Vorgaben des BVerfG erfüllt gewesen seien, da kein Behandler mit Facharztqualität und keine Klinik mit onkologischer Ausrichtung benannt werden könnten, die die begehrte oder eine vergleichbare Therapie durchführen hätten können.

Mit Schriftsatz vom 16.02.2011 ist der Klageantrag dahingehend präzisiert worden, dass eine Zahlung von 21.435,05 Euro zusätzlich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen sind. Vorgelegt wurden die Rechnungen von G. für die Behandlungen vom 26.4.2010 bis 23.08.2010.

Die Beklagte hat die Abweisung der Klage beantragt und darauf hingewiesen, dass aus den Ausführungen des klägerischen Prozessbevollmächtigten zu entnehmen sei, dass er selbst davon ausgehe, dass die streitige Behandlungsmethode jedenfalls zum Zeitpunkt ihrer Anwendung nicht mehr geeignet gewesen sei. Die Beklagte hat ergänzend auf das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 16.11.2010 ([L 11 KR 1871/10](#)) verwiesen.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat der Auffassung der Beklagten widersprochen, die streitige Behandlungsmethode sei bereits zum Zeitpunkt ihrer Anwendung nicht mehr geeignet gewesen. Vielmehr sei darauf hinzuweisen, dass, hätte die Versicherte anstelle der Immuntherapie eine Chemotherapie erhalten, diese nicht nur ungeeignet gewesen wäre, sondern noch dazu die Lebensqualität extrem beeinträchtigt worden wäre, wenn nicht gar das Leben verkürzt worden wäre. Im Übrigen erkenne die Beklagte, dass es nicht um die Wirksamkeit der streitigen Behandlungsmethode gehe, sondern um eine auf Indizien gestützte, nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Dies habe das Landessozialgericht Baden-Württemberg in einer Entscheidung vom 14.03.2011 (Az.: [L 4 KR 4341/10 ER-B](#)) nochmals deutlich herausgestellt.

Die Beklagte hat sowohl auf die Rechtsprechung des BVerfG zur Hyperthermiebehandlung als auch auf die Frage des nicht eingehaltenen Beschaffungsweges hingewiesen. Außerdem sei darauf hinzuweisen, dass die zitierte Entscheidung des LSG Baden-Württemberg eine Entscheidung im Eilverfahren gewesen sei und der Senat dort ausgeführt habe, dass aufgrund des derzeitigen Sach- und Streitstandes nicht die Aussage getroffen werden könne, ob die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beklagten beständen.

Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Internisten Dr. R. (Klinikum B-Stadt H.) vom 18.07.2012 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, es habe sich zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns im April 2010 um eine regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung gehandelt; ob auch eine akut lebensbedrohliche Erkrankung vorgelegen habe, könne aus den zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht mit Sicherheit beurteilt werden. Es habe im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) alternative Behandlungsmöglichkeiten und zwar in Form einer Hormontherapie mit Gestagenen oder mit zu diesem Zeitpunkt noch verwendeten Zytostatikamedikamenten in wöchentlichen Verabreichungen gegeben. Diese Behandlungsmöglichkeiten hätten wohnortnäher durchgeführt werden können, zum Beispiel in den zertifizierten Zentren zur Brusttumorbehandlung in B-Stadt im Klinikum G., Klinikum I., R-Klinikum oder im Klinikum H ... Weiter hat der Gutachter ausgeführt, dass im konkreten Fall keine ernsthaften Hinweise auf eine nicht ganz fernliegende Heilungsaussicht oder zumindest eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die Therapie von Herrn G. bestanden habe. Dieser Beurteilung geht voraus eine ausführliche Auseinandersetzung mit den vorgelegten Unterlagen und den bekannten Ausführungen von Herrn G ...

Die Bevollmächtigte des Klägers hat dem Ergebnis der Begutachtung widersprochen. Da es offensichtlich auch in der schulmedizinischen Behandlung in diesem Stadium keinen entsprechenden Standard mehr gebe, habe auch der Gutachter einräumen müssen, wie vom MDK bereits dargestellt, dass es sich bei den genannten Therapien um "ungezieltes und wissenschaftlich nicht überprüftes Herumprobieren" handle. Damit stehe auch nach dem Gutachten fest, dass eine allgemein anerkannten medizinischen Standards entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung gestanden habe und die Methode von Herrn G. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung versprochen habe.

In der mündlichen Verhandlung vom 25.10.2012 ist eine grafische Darstellung der Entwicklung der Tumormarker für die Zeit vom 26.4.2010 bis 23.8.2010 vorgelegt worden. Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 25. Oktober 2012 die Klage abgewiesen und sich dabei auf das Gutachten des Dr. R. gestützt.

Zur Begründung der hiergegen eingelegten Berufung hat der Kläger ergänzend zum bisher Vorgebrachten auf eine Pilotstudie zur Hyperthermie der Universität I-Stadt sowie auf eine Studie der Universität Freiburg Bezug genommen.

Die Beklagte hat ebenfalls erneut ausgeführt, warum nach ihrer Auffassung die Voraussetzungen für die Kostenerstattung nicht vorliegen. Insbesondere handele es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung, da eine Standardtherapie zur Verfügung gestanden habe.

Der Kläger hat ferner u.a. Unterlagen zur Dendritischen Zelltherapie vorgelegt. Die Versicherte habe sich in einer lebensbedrohlichen Situation befunden. Er hat auf einen Beschluss des G-BA vom 20.01.2011 hingewiesen, der ausdrücklich festgelegt habe, dass der G-BA nicht den Einzelfall regelt, sondern dass der Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 auch bei ausgeschlossenen Methoden Gültigkeit habe.

In der mündlichen Verhandlung vom 25.03.2015 hat der Kläger angegeben, dass laufend eine weitere Behandlung seiner Frau auch während der Behandlung durch Hr. G. stattgefunden habe, insbesondere mit Xeloda (eine orale Chemotherapie mit Capecitabine). Der Rechtsstreit ist daraufhin vertagt worden.

Der Senat hat einen Befundbericht der Dr. C. vom 03.05.2015 eingeholt. Die Versicherte sei seit 2008 regelmäßig mit Xeloda behandelt worden. Sie habe die Versicherte von Ende 2008 bis November 2010 regelmäßig behandelt. Auch während der Behandlung durch Hr. G. sei

sie in ihrer onkologischen Behandlung gewesen; die Chemotherapie mit Capecitabine sei fortgesetzt worden, zusätzlich eine Bisphosphonat-Therapie ca. alle vier Wochen sowie eine Schmerztherapie und regelmäßige Bluttransfusionen bei Tumoranämie.

Der Senat hat weitere ärztliche Behandlungsunterlagen eingeholt, u.a. auch von der Praxisklinik G. vom 10.08.2015 zu den durchgeführten Therapien onkolytische Viren, dendritische Zellen und Hyperthermie. Der Patientenvertrag datiert vom 26.04.2010 mit Regelungen zu den Leistungen, die nicht Kassenleistungen sind.

Am 06.04.2016 hat eine zweite mündliche Verhandlung stattgefunden. Der Senat hat einen Vertagungsbeschluss zur Einholung eines Gutachtens durch Dr. S. nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) erlassen. Der Antrag ist abgeändert worden auf Einholung eines Gutachtens durch Prof. Dr. H. I., em. Professor für Immunologie an der Universität I-Stadt. Prof. I. hat in seinem Gutachten vom 23.08.2016 ausgeführt, dass folgende Therapien eingesetzt worden seien: zelluläre Immuntherapie mit Dendritischen Zellen, zelluläre Immuntherapie mit natürlichen Killerzellen, inaktivierte onkolytische Viren, Hyperthermie. Mit jeder der drei Therapie-Facetten (Hyperthermie, onkolytische Viren und dendritische Zellen) seien Heilungen auch in "unheilbaren" Stadien der Krebserkrankung dokumentiert worden. In Kombination wirkten sie überadditiv. Zusammenfassend werde die kombinierte Therapie vom Sachverständigen unterstützt. Es hätten im konkreten Fall ernsthafte Hinweise auf eine nicht ganz fernliegende Heilungsaussicht oder zumindest auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestanden. Der Kläger hat sich im Folgenden auf dieses Gutachten gestützt und ergänzend auf ein Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 19.03.2014 verwiesen (Az.: [L 5 KR 1496/13](#)).

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens nach [§ 106 SGG](#), auf Anraten der zunächst beauftragten Prof. Dr. L. und Prof. Dr. H., durch Prof. Dr. H. L. K., Gynäkologische Onkologie am Klinikum der Universität B-Stadt, vom 20.04.2017. Für die beteiligten Ärzte sei es im Jahre 2009/2010 eindeutig gewesen, dass eine absolut palliative Situation vorgelegen habe. Dementsprechend sei die Therapie gestaltet worden. Eine Heilung sei zum damaligen Zeitpunkt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen gewesen. Es sei um eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf gegangen. Der Verlauf seit 2007 spreche für ein aggressives Wachstum; das zusätzliche Vorhandensein von Lebermetastasen ab 2010 belege eindeutig, dass ein kuratives Behandlungsziel nicht mehr verfügbar gewesen sei. Zu Beginn der streitigen Behandlung habe es noch eine Reihe anerkannter palliativer Behandlungsmöglichkeiten gegeben, die auch wesentlich durch die Praxis für Hämato-Onkologie C-Stadt umgesetzt worden seien (Bluttransfusionen; Schmerzmedikation, Bestrahlungstherapien etc.). Die komplementäre Unterstützung durch Naturheilkunde wäre der richtige Weg gewesen, gemeinsam mit der betreuenden onkologischen Praxis. Es sei ein aufwändiger, wenn auch nebenwirkungsarmer, alternativer Behandlungspfad beschritten worden. Diese Therapie in den letzten Lebensmonaten sei nicht erfolgsversprechend gewesen. Entsprechend der 2010 gültigen S-3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms und auch entsprechend der damals gültigen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie (AGO), Gruppe Mamma, wäre es richtig gewesen, die psychoonkologische Intervention und Betreuung anstelle einer Polypragmasie zum Einsatz zu bringen. Hinsichtlich der Hyperthermie sei allerdings nach Ansicht des Sachverständigen eindeutig bewiesen, dass diese gemeinsam z.B. mit einer Chemotherapie oder einer bessere Ergebnisse bringe als letztgenannte Therapien allein. Es sei aber sehr fraglich, ob eine Tiefen-Hyperthermie bei der Versicherten entsprechend gezielt eingesetzt worden sei. Die systematische Therapie mit onkolytischen Viren und dendritischen Zellen sei bei einigen Tumorarten allenfalls im Anfangsstadium bisher in Erfahrungen und Studien erfolgreich gewesen, allerdings nicht beim Brustkrebs. Mit der Zielstellung Verbesserung der Lebensqualität hätten diese Therapien keine Funktion.

Die Beklagte hat aus dem Gutachten geschlossen, dass zu Beginn der Behandlung bei Hr. G. eine palliative Situation bestanden habe und dass diese palliative Situation durch die angebotenen Alternativbehandlungen nicht zu beeinflussen gewesen sei. Eine Heilung sei ausgeschlossen gewesen und eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht zu erwarten gewesen. Dies gelte auch vor dem Hintergrund, dass insbesondere im Hinblick auf die Hyperthermiebehandlung der Sachverständige Prof. Dr. I. von der Einschätzung des MDK und des gerichtlich bestellten Sachverständigen abweiche. Fachlich wäre die Zuführung einer psychoonkologischen Intervention und Betreuung richtig gewesen, aus ethischer Sicht wäre eine Therapiebegrenzung angezeigt gewesen.

Demgegenüber hat der Kläger auf das Gutachten des Prof. Dr. I. verwiesen. Abgesehen vom Bereich Hyperthermien werde die Kompetenz des Sachverständigen Prof. Dr. K. angezweifelt. Im Übrigen werden Einwendungen gegen das Gutachten vorgebracht. Die streitgegenständliche Behandlung sei im Ganzen zu sehen und könne nicht auf die Hyperthermie reduziert werden. Insgesamt sei somit dem Gutachten des Prof. Dr. I. zu folgen, der im konkreten Fall ernsthafte Hinweise auf eine nicht ganz fernliegende Heilungsaussicht oder zumindest auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die Therapien von Hr. G. gesehen habe. Verwiesen hat der Kläger hinsichtlich der Immuntherapie auf eine Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 22.02.2017 ([L 5 KR 1653/15](#)). Durch den Rückgang der Tumormarker sei nachgewiesen worden, dass wenigstens eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die Behandlung bei Hr. G. vorgelegen habe. Dabei sei die Behandlungsintention durch Hr. G. kurativ, nicht palliativ gewesen.

Auf gerichtliche Nachfrage hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 28.09.2017 mitgeteilt, dass es sich bei den Präparaten und Wirkstoffen "Gepon", "Immomax/Amp." um alternative, teils homöopathische Arzneimittel handle, die z.T. - wie das Präparat Gepon - nur im Ausland erhältlich seien. Eine Kostentragungspflicht bestehe für die Präparate und Mittel nicht. Akupunktur sei nur bei bestimmten Diagnosen als vertragsärztliche Leistung anerkannt; bei der Versicherten habe eine dieser Diagnosen nicht vorgelegen. Der G-BA habe Akupunktur für weitere Indikationsbereiche nicht als GKV-Leistung anerkannt; es ergebe sich folglich keine Kostenerstattungspflicht. Für alternative Krebsbehandlungen gelte der allgemeine Grundsatz, dass die Kosten nicht übernommen werden könnten, solange der G-BA keine positive Bewertung vorgenommen habe. Abweichende Satzungsbestimmungen bestünden bei der Beklagten nicht.

Auf gerichtlichen Hinweis hat der Kläger mit Schriftsatz vom 27. Oktober 2017 klargestellt, dass die Erstattung der Kosten in Höhe von 21.435,05 EUR nebst Zinsen begehrt werde. Inhaltlich werde an der Auffassung festgehalten, dass es sich bei von Hr. G. angewandten Therapien und verabreichten Medikamenten und Wirkstoffen um ein Gesamtkonzept gehandelt habe. Dies gelte auch für Gepon und Immunomax, die aus Russland importiert worden seien. Die gesamte Behandlung sei in ihrer Kombination sinnvoll und kurativ gewesen. Schließlich ist nochmals auf den Beschluss des G-BA vom 20.01.2011 hingewiesen worden.

Einem schriftsätzlich gestellten Antrag auf Einholung einer ergänzenden Stellungnahme durch Prof. Dr. I. nach [§ 109 SGG](#) ist der Senat nicht nachgekommen.

In der mündlichen Verhandlung vom 09.11.2017 sind vor allem die Gutachten des Prof. Dr. K. einerseits sowie des Prof. Dr. I. andererseits erörtert worden. Der Senat hat darauf hingewiesen, dass nach dem Gutachten des Prof. Dr. K. und auch des MDK von einer palliativen Situation auszugehen war. Hierzu hat der Senat auch nochmals den Verlauf der Tumormarker gesichtet. Demgegenüber hat der Kläger die Ansicht vertreten, dass hier, auf jeden Fall subjektiv, davon ausgegangen werden müsse, dass eine Aussicht auf Heilung oder ein positives Auswirken auf den Krankheitsverlauf bestanden habe. Auf die Niederschrift der Sitzung wird verwiesen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.10.2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11.06.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.09.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Therapie bei dem Arzt G. vom 26.04.2010 bis 23.08.2010 in Höhe von 21.435,05 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) zulässig. Zulässige Klageart ist eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)).

Der Kläger war zur Zeit des Todes der Versicherten der mit dieser in einem gemeinsam Haushalt lebende Ehegatte; er ist somit gemäß [§ 56 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) des Ersten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB I) als Sonderrechtsnachfolger prozessführungsbefugt. Er macht einen Anspruch auf laufende Geldleistungen im Sinne des [§ 56 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB I](#) geltend (vgl. BSG, Urt. v. 3. Juli 2012, [B 1 KR 6/11 R](#) - juris). Zum einen handelt es sich nach dieser Entscheidung des BSG bei einem Kostenerstattungsanspruch um einen Anspruch, der auf Geldleistungen gerichtet ist. Zum anderen handelt es sich hierbei auch um eine "laufende" Geldleistung jedenfalls dann, wenn er - wie vorliegend - über mehrere Zeitabschnitte selbst beschaffte Leistungen betrifft.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten für die Behandlung seiner Ehefrau nicht zu.

Als Rechtsgrundlage für den Erstattungsanspruch kommt hier nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Hierbei hat der Gesetzgeber wie bei [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) eine Ausnahme von dem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geltenden Sachleistungsgrundsatz im Sinne der [§§ 2 Abs. 2 Satz 1, 13 Abs. 1 SGB V](#) geschaffen. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gibt für den Ausnahmefall einen Kostenerstattungsanspruch, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann.

Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind dem Versicherten die Kosten einer selbstbeschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte (erste Fallgruppe) oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte (zweite Fallgruppe).

Die erste Fallgruppe erfasst nicht nur Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf, der sofort befriedigt werden muss). Unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn mit der Ausführung so lange gewartet wird, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann ([BSGE 73, 271](#), 287). Die zweite Fallgruppe setzt eine Kausalität zwischen Ablehnung und Kostenentstehung voraus. Der Kostenerstattungsanspruch setzt insoweit voraus, dass der Versicherte durch die Ablehnung der Krankenkasse veranlasst wird, sich die Behandlung auf eigene Kosten zu beschaffen (BSG, [Breith. 2002, 154](#) ff).

Stets ist es jedoch notwendig, dass die selbst beschaffte Leistung zu den von der GKV als Sachleistung zu gewährenden Leistungen, also zum Leistungskatalog der GKV, gehört (BSG, Urt. v. 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#) - juris).

Aus den vorgelegten Rechnungen ergibt sich, dass zunächst neben der Anamnese und Akupunktur vor allem die Tiefenhyperthermie durchgeführt wurde. Dazu wurden Mono Max bzw. Immunomax und Gepon verabreicht. Ferner wurde eine Acidum Ascorbicum-Therapie (30 g/100 ml) durchgeführt. Erstmals am 24.06.2010 kam hinzu eine Eigenblutbehandlung mit Ozon, die entsprechend den Rechnungen bis August 2010 weitergeführt wurde. Daneben ist erstmals am 24.06.2010 eine tumoradaptive onkolytische Virenbehandlung begonnen worden, die insgesamt im Juni dreimal erfolgte sowie im Juli und August fortgeführt wurde. Dendritische Zellen sind erstmals in der Rechnung am 13.08.2010 neben den tumoradaptierten onkolytischen Viren erwähnt. Am 06.08.2010 wurden offenbar mit Spenderlymphozyten die entsprechenden Behandlungsstoffe hergestellt.

Nach dem Gutachten des Prof. Dr. K. wurden folgende Therapien angewandt: - Akupunktur - Tiefenhyperthermie - Eigenblutbehandlung mit Ozon - Tumoradaptierte onkolytische Viren - Dendritische Zellen u.a. Eine nähere Differenzierung - außer nach den vorgelegten Rechnungen - war dem Gutachter im Hinblick auf die "höchst unterschiedlichen therapeutischen Ansätze für die personalisierte Krebsimmuntherapie" nicht möglich.

Prof. Dr. I. geht von den folgenden, eingesetzten Therapien aus: - Zelluläre Immuntherapie mit dendritischen Zellen, in Kombination mit einer - zellulären Immuntherapie mit natürlichen Killerzellen; - inaktivierte onkolytische Viren - Hyperthermie.

Der Sachverständige Prof. Dr. I. führt zu den onkolytischen Viren aus, dass derzeit über 50 klinische Studien zur Wirksamkeit onkolytischer Viren laufen, darunter auch Phase-III-Studien z.B. eines Herpes-Virus beim Schwarzen Hautkrebs und eines REO-Virus beim Pankreas-Karzinom. Es handelt sich nach seiner Einschätzung um einen hochaktuellen Forschungstrend. Eine Zulassung durch den G-BA liegt nicht vor.

Prof. Dr. I. beschreibt in seinem Gutachten auch die Kombination der Therapien Hyperthermie, onkolytische Viren und dendritische Zellen; in

Kombination wirkten diese zusätzlich als sog. danger-Signale für die Immuntherapie; sie seien überadditiv wirksam. Auch für die Kombination fehlt es jedoch an der notwendigen Zulassung durch den G-B

Die Behandlung erfolgte ambulant. Ein Anspruch auf Behandlung gemäß [§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen; zu erbringen sind nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung bedarf es gemäß [§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) einer positiven Empfehlung des G-BA über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#). Eine Empfehlung des G-BA zu den von Hr. G. angewandten Behandlungsmethoden liegt jeweils nicht vor.

Die genannten Therapien zur Behandlung des rezidierten Mammakarzinoms können vorliegend somit als ambulante ärztliche Leistung zu Lasten der GKV nur nach Maßgabe der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs bzw. nach dem seit 01.01.2012 geltenden [§ 2 Abs. 1](#) a SGB V erbracht werden. Auch nach Ansicht der Beteiligten kommt vorliegend eine Kostenerstattung nur im Hinblick auf die vom BVerfG am 06.12.2015 (BVerfG, a.a.O.) entwickelten Grundsätze in Betracht.

Das BVerfG hat in dem Beschluss vom 06.12.2005 dargelegt, dass es mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG](#) nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Zwar ist es dem Gesetzgeber nicht verwehrt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig geprüft werden, um die Anwendung dieser Methoden zu Lasten der Krankenkassen auf eine fachlich-medizinisch zuverlässige Grundlage zu stellen. Besonderheiten gelten jedoch in der extremen Situation einer krankheitsbedingten Lebensgefahr.

Unter Zugrundelegung dieser Entscheidung hat das BSG (Urt. v. 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#); Urt. v. 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#) - jeweils juris) näher ausgeführt, dass eine Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der GKV ausgeschlossen, weil der zuständige Bundesausschuss diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt hat, nach dieser Rechtsprechung des BVerfG gegen das Grundgesetz verstößt, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: - Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor. - Bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. - Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine "auf Indizien gestützte", nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (BVerfG, [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#) Rn. 33; zitiert: BSG, Urt. v. 07.11.2006, [a.a.O.](#), juris Rn. 21). Das BVerfG hat es dabei ausreichen lassen, dass die Erkrankung voraussichtlich erst in einigen Jahren zum Tod führt (BVerfG, Beschl. v. 06.02.2007, [1 BvR 3101/06](#) - juris).

Die Rechtsprechung hat der Gesetzgeber mit [§ 2 Abs. 1](#) a SGB V, eingefügt jedoch erst mit Gesetz vom 22.12.2011 ([BGBl. I S. 2983](#)), umgesetzt.

Der Senat geht vom (unstreitigen) Vorliegen der ersten Voraussetzung aus. Ob die zweite Voraussetzung gegeben ist, kann dahinstehen, da es jedenfalls an der dritten der genannten Voraussetzungen fehlt.

Dabei kommt es - anders als beim off-label-use von Arzneimitteln - nicht darauf an, ob Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das konkrete Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann. Entscheidend ist vielmehr, ob Indizien für eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht bestehen, dass entweder eine Heilung oder ein verlängertes progressionsfreies Überleben mit Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann.

Das BSG hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass bei der Frage, ob Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, zunächst das konkrete Behandlungsziel der streitigen Methode im Sinne von [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) zu klären ist. Es muss festgestellt werden, ob es um die Heilung einer Krankheit, die Verhütung ihrer Verschlimmerung oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden geht, ob eine Behandlung kurative oder palliative Ziele verfolgt. Ausgehend hiervon ist die Wirksamkeit der Therapie zu ermitteln und das Vorhandensein alternativer Methoden gerade auf das mit ihr beabsichtigte Behandlungsziel abzufragen (BSG, a.a.O., juris Rn. 31).

Dabei teilt der Senat im Grundsatz die Ausführungen des LSG für das Land Baden-Württemberg (Urt. v. 22.02.2017, [a.a.O.](#)), wonach die Anforderungen an das Merkmal der indiziengestützten nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im Einzelfall nicht überspannt werden dürfen (a.a.O., Rn. 48 m.w. Ausführungen). Die Indizien sind in ihrer Gesamtheit vom Senat zu würdigen. Dies stellt eine Rechtsfrage und keine dem Sachverständigenbeweis zugängliche Tatsachenfrage dar (so z.B. auch LSG Baden-Württemberg, a.a.O., juris Rn. 51).

Nicht ausreichend für die Bejahung dieser Voraussetzung ist das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt auf eine entsprechende Einschätzung oder Empfehlung des behandelnden Arztes (BSG, Urt. v. 07.11.2006, [a.a.O.](#), juris Rn. 32 f) - hier also wohl die Einschätzung der Versicherten sowie des Klägers, mit der Behandlungsmethode noch eine Wende im Krankheitsverlauf erreichen zu können, nach klägerischen Angaben gestützt auch auf Ausführungen des behandelnden Arztes G ... Ausgeschlossen sind auch rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt sind (BSG, Urt. v. 07.05.2013, [B 1 KR 26/12 R](#) - juris Rn. 21). Maßgeblich für das Vorliegen der Voraussetzungen ist auch hier gemäß [§ 15 SGB V](#) eine Beurteilung nach den Regeln der ärztlichen Kunst (BSG, Urt. v. 07.05.2013, [a.a.O.](#)).

Im Hinblick auf die Krankheitsgeschichte der Versicherten ist und war nach Überzeugung des Senats nicht mehr davon auszugehen, dass durch die von Hr. G. angewandte Behandlungsmethode eine "auf Indizien gestützte", nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder

wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestand. Bei der Versicherten war 1997 ein Mammakarzinom links aufgetreten. Bereits im August 1999 kam es zu einem Lokalrezidiv links mit anschließender Operation und Bestrahlung. Ein erneutes Lokalrezidiv links trat im September 2003 auf mit Mammakarzinom rechts. Es erfolgte eine bilaterale Mastektomie und 4 Zyklen FEC-Chemotherapie mit anschließender Therapie mit Tamoxifen und Zoladex bis zum Jahre 2006. Im Jahre 2007 wurde eine generalisierte Metastasierung festgestellt; es wurde eine palliative Hormontherapie eingeleitet. Wegen des weiteren Fortschreitens wurde eine palliative Chemotherapie von April 2008 bis September 2008 durchgeführt. Eine progrediente Metastasierung mit steigenden Tumormarkern ist im März 2010 dokumentiert. Im März 2010 sind eine Lebermetastasierung und gemäß Computertomographie eine Knochenmetastasierung belegt. Nach dem Befund des Hr. G. bestanden bei der Aufnahme seiner Therapie am 26. April 2010 ein "Progress (Knochen-Schmerzen im Beckenbereich)". Der Tumormarker lag an diesem Tag bereits bei 354. Er ist innerhalb weniger Tage auf 860 (3. Mai 2010) angestiegen und stabilisierte sich gegen Ende Mai zwischen 586 und 684, um dann wieder ab Juli auf den Spitzenwert von 907 (2. August 2010) anzusteigen. Zum Ende der Behandlung bei Hr. G. betrug er 539. Während der Behandlung ist die Metastasierung fortgeschritten bis hin zu Aderhautmetastasen links mit Gesichtsfeldausfall im August 2010.

Der Senat teilt im Hinblick auf diese Krankheitsentwicklung die Ansicht des Sachverständigen Prof. Dr. K. wie auch des Dr. R. sowie des MDK, dass hier eindeutig eine absolut palliative Situation vorlag. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. K. stand zu dem streitigen Zeitraum ab April 2010 ein kuratives Behandlungsziel nicht mehr zur Verfügung. Zu Beginn dieses Zeitraums gab es nur noch eine Reihe anerkannter palliativer Behandlungsmöglichkeiten. Diese sind nach dem Gutachter auch wesentlich durch die Praxis für Hämato-Onkologie C-Stadt umgesetzt worden, wie z.B. Bluttransfusionen, Schmerzmedikation, spezieller Medikamentenplan. Auch weitere palliative Optionen wie Bestrahlungstherapien oder eine niedrig dosierte Chemotherapie kamen zum Einsatz. Auch Prof. Dr. I. kam in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass eine fortschreitende Tumorerkrankung mit Leber-, Lymphknoten- und Knochenmetastasen sowie Schmerzen und behandlungsbedürftiger Symptomatik vorlagen. Er bestätigte, dass bereits zu Beginn der Behandlung durch Hr. G. der Verlauf der Erkrankung "unabwendbar tödlich" (Seite 3 des Gutachtens) war. Für den Senat nicht nachvollziehbar ist demgegenüber seine Einschätzung am Ende des Gutachtens, dass die Intention der von ihm als sinnvoll benannten Behandlungsmethoden durch Hr. G. als "kurativ" (Seite 8 des Gutachtens) bezeichnet wird. Dieser Widerspruch wird in dem Gutachten nicht überzeugend aufgeklärt. Entgegen dem Sachverständigen Prof. Dr. I. vermag der Senat, gestützt auch auf die Gutachten des Prof. Dr. K. und Dr. R., Indizien für eine "nicht ganz fernliegende Heilungsaussicht" oder zumindest eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf nicht zu erkennen. Nach dem Gutachten des Prof. Dr. K. ist die Bewertung des Prof. Dr. I. kritisch zu bewerten: Prof. Dr. K. spricht sich klar dafür aus, dass die neuen Therapien für die Versicherte keine Wende im Krankheitsverlauf bringen konnten. Der Einsatz einer ungewohnt neuen Methode wirke sich bei einer ausweglosen Situation allerdings durchaus psychologisch aufbauend aus. Es entsteht eine Illusion, die aber nur für begrenzte Zeit Auftrieb gibt, Lebenswillen fördert und die Lebensqualität anhebt. Für die Annahme von Indizien für eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG ist dies nicht ausreichend, zumal sowohl diese psychologische Auswirkung nur relativ kurz andauert als auch vorliegend die Behandlung bei Hr. G. wegen der weiteren Verschlechterung bereits nach wenigen Monaten abgebrochen wurde.

Soweit Herr G. die schulmedizinisch begründeten Behandlungsvorschläge als "wildes Herumexperimentieren" bezeichnet, ist dies dem Endstadium des 1997 begonnenen Krankheitsverlaufs geschuldet. Es lag, wie ausgeführt, keine kurative, sondern eine palliative Situation vor.

Zwar kann auch bei einer palliativen Situation noch eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehen. Diese muss sich jedoch auch für den Versicherten positiv auswirken bzw. "spürbar sein" (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.02.2017, [a.a.O.](#), juris Rn. 49, unter Verweis auf LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.11.2016, Az.: [L 11 KR 1180/15](#) - juris Rn. 33). Die von dem Arzt G. angewandte Methode führte jedoch gerade nicht - abgesehen von der oben dargestellten psychologischen Auswirkung des Einsatzes einer neuen Behandlungsmethode - zu einer positiven Auswirkung für die Versicherte, wie der Tumormarkerverlauf und die aggressive Ausbreitung des Tumors in Form von weiteren Metastasierungen auch während der Behandlung durch Hr. G. zeigen. Eine tatsächliche positive Auswirkung ist somit nach allen Gutachten nicht objektivierbar zu machen.

Palliative Methoden waren, wie Prof. Dr. K. darlegte, im April 2010 im Übrigen noch nicht ausgeschöpft. Der Sachverständige verweist auf die 2010 gültige S-3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms und die damals gültigen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft gynäkologischer Onkologie (AGO), Gruppe Mamma: Hiernach wären als zutreffende Methoden eine psychoonkologische Intervention und Betreuung anstelle einer Polypragmasie angezeigt gewesen.

Da somit bei der Versicherten bereits zu Behandlungsbeginn bei Hr. G. im April 2010 eine absolut palliative Situation bestand, kommen die vom BVerfG aufgestellten Grundsätze nicht zum Zuge. Ein Eingehen auf die einzelnen Therapien sowie auf das Gesamtkonzept der von Hr. G. angewandten Methoden erübrigt sich daher.

Der medizinische Sachverhalt war vor allem durch die Gutachten des MDK, des Dr. R. sowie des Prof. Dr. K. umfassend aufgeklärt. Dabei handelt es sich entgegen den klägerischen Ausführungen sowohl bei Dr. R. als im internistisch-onkologischen Bereich bzw. im interdisziplinären Tumorzentrum des Klinikums H. tätigen Arzt als auch bei Prof. Dr. K. als gynäkologischem Onkologen im Klinikum der Universität B-Stadt Tätigen um fachlich anerkannte Ärzte. Die Gutachten sind fachlich fundiert und für den Senat überzeugend.

Dem nur schriftsätzlich am 10.08.2017 gestellte Antrag, auch von Prof. Dr. I. eine ergänzende Stellungnahme einzuholen, war nicht zu folgen. Da sich der Antrag auf ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) bezieht, ist der Antrag auch auf Einholung einer ergänzenden Stellungnahme nach [§ 109 SGG](#) auszulegen. Es besteht jedoch kein Recht, dass stets zuletzt der nach [§ 109 SGG](#) beauftragte Gutachter zu hören ist. Die Einholung eines Gutachtens von Amts wegen nach Einholung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) führt nicht ohne Weiteres dazu, dass eine ergänzende Stellungnahme des nach [§ 109 SGG](#) beauftragten Gutachters einzuholen ist. Ein Anspruch auf Einholung einer ergänzenden Stellungnahme nach [§ 109 SGG](#) besteht nur, wenn sich durch das neue Gutachten - hier des Prof. Dr. K. - wesentliche Gesichtspunkte ergeben haben, zu denen sich der Gutachter nach [§ 109 SGG](#) noch nicht hatte äußern können (so z.B. auch: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., § 109 Rn. 10 b). Dies ist vorliegend im Hinblick auf die vorhandenen Vorgutachten nicht der Fall.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach auf [§ 193 SGG](#) (siehe hierzu oben unter Bezugnahme auf BSG, Urt. v. 03.07.2012, [B 1 KR 6/11 R](#)).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-12-15