

L 9 KR 275/13

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Leipzig (FSS)

Aktenzeichen

S 8 KR 123/11

Datum

24.09.2013

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 9 KR 275/13

Datum

27.03.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Krankenversicherung - Kostenerstattung-stationäre Krankenhausbehandlung- palliative Therapie bei unheilbarem cholangiozellulären Karzinom (Klatskin-Tumor) - kein Anspruch auf Durchführung in nicht zugelassener Privatklinik - Verfassungsrecht

1. Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, kann nicht losgelöst davon betrachtet werden, was die anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt.

2. Bei der Frage, ob eine Behandlung mit Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, ist zunächst das konkrete Behandlungsziel zu klären. Bietet die Schulmedizin nur noch palliative Therapien an, weil sie jede Möglichkeit kurativer Behandlung als aussichtslos erachtet, kommt die Alternativbehandlung nur dann in Betracht, wenn die auf Indizien gestützte

Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinaus reichenden Erfolg besteht (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 26. Februar 2013 - [1 BvR 2045/12](#) -, Rn. 15, juris). Soweit das Behandlungsziel keine Heilung ist, muss wenigstens eine Aussicht auf Heilung der Grunderkrankung selbst oder auf positive Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung als solcher bestehen (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - [B 6 KA 48/09 R](#) -, SozR 4-2500 § 106 Nr 30, Rn. 32, juris), sei es durch Aufhalten des

Fortschreitens der Krankheit oder Verhinderung von Komplikationen - etwa im Sinne eines spürbaren Aufhaltens oder Verlangsamens des Tumorwachstums und einer dadurch bewirkten Verlängerung der Lebenszeit - (BSG Urteil vom 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#), Rn. 43, juris; LSG Baden- Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2017 - [L 5 KR 1653/15](#) - Rn. 49, juris, Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 26. April 2017 - [L 1 KR 185/12](#) -, Rn. 66, juris).

3. In jedem Fall muss das Behandlungsziel auch im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung auf die Einwirkung auf diese selbst gerichtet sein (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - [B 6 KA 48/09 R](#) -, SozR 4-2500 § 106 Nr 30, Rn. 32, juris). Deshalb bleiben Behandlungen, die „nur“ auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielen (mag dies auch ein legitimes Behandlungsziel im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sein) - also z.B. auf eine Verbesserung des Allgemeinbefindens, der Mobilität oder der Nahrungsaufnahme - außer Betracht (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - [B 6 KA 48/09 R](#) - Rn. 33, juris; Landessozialgericht [LSG] Saarland, Urteil vom 21. Oktober 2015 - [L 2 KR 189/14](#) - juris Rn. 42; Bayerisches LSG, Urteil vom 09. November 2017 - [L 4 KR 49/13](#) - , Rn. 82, 84, juris).

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 24.09.2013 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger tragen die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 8.970 EUR festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger begehren der 2011 verstorbenen Y ... (Versicherte) die Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung in der X ...-Klinik in Bad W ... vom 20.07.2010 bis 28.08.2010. Die 1941 geborene und 2011 verstorbene Versicherte war bei der Beklagten krankenversichert. Im Zeitraum vom 29.03.2010 bis 14.04.2010 wurde im Klinikum V ..., U ... die Diagnose eines fortgeschrittenen Gallengangskarzinoms (Klatskin-Tumor) Bismuth Typ III gestellt. Es erfolgte u. a. eine Cholezystektomie, Choledochotomie, transcutane Embolisation des rechten Pfortaderastes und Stentimplantation. Im Zeitraum vom 22.06.2010 bis 06.07.2010 wurde die Versicherte erneut im Klinikum V ... behandelt und ein sehr fortgeschrittener Tumorbefund im Leberhilus unter Einbeziehung der rechten Leberarterie festgestellt. Der Befund wurde als

irresektabel eingestuft, ein kurativer Ansatz ausgeschlossen und die Indikation zu einer palliativen Chemotherapie gestellt. Eine erneute Stenteinlage erfolgte. Unter dem 08.07.2010 beantragte die Versicherte bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung in der X ...-Klinik in Bad W ... Eine palliative Chemotherapie sei für das Allgemeinbefinden nicht förderlich, zumal sich der Körper in einem reduzierten Allgemeinzustand befinde. Letztlich würde sie auch nicht zu einer Heilung führen. Durch die von der X ...-Klinik angebotene ganzheitliche Therapie sei zu erwarten, dass die Lebenserwartung bei guter Lebensqualität erhöht und eine eventuell später stattfindende Chemotherapie erfolgreicher überstanden werde. Die Versicherte legte neben Entlassungsberichten der behandelnden Ärzte des Klinikum V ... eine Verordnung für eine Krankenhausbehandlung von der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med.T ... vom 08.07.2010 und ein ärztliches Attest der X ...-Klinik vom 07.07.2010 vor, in dem als vorgesehene Therapien intensive immunbiologische Therapie in Kombination mit einer Hochdosis-Misteltherapie und einer lokalen Hyperthermie unter stationären Bedingungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung, Umstellung der Ernährung und Kostaufbau, intensive psychoonkologische Betreuung beschrieben wurden. Mit Bescheid vom 12.07.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab, da die Hochdosis-Misteltherapie und lokale Hyperthermie als neue Behandlungsmethoden nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen (G-BA) als zulässige Methoden anerkannt seien. Vom 20.07.2010 bis 27.08.2010 ließ sich die Versicherte in der X ...-Klinik stationär behandeln. Der Facharzt für Innere Medizin Prof. Dr. S ... berichtete in einem Arztbrief vom 25.08.2010, bei Aufnahme in der X ...-Klinik habe sich die Versicherte in einem erheblich reduzierten Allgemeinzustand sowie deutlich reduzierten psycho-vegetativen Zustand befunden. Sie habe über eine erhebliche Kraft- und Leistungsminderung und zunehmende Atemnot vor allem bei geringer Belastung geklagt. Daneben habe sie unter Inappetenz, Übelkeit, Blähungen sowie Gewichtsverlust sowie einem ausgeprägten psychovegetativen Erschöpfungszustand und einer reaktiven Depression gelitten. Im Rahmen des ganzheitlichen Therapiekonzepts habe sie unter anderem ozonisiertes Eigenblut, Selen- und Vitamin-Infusionen, pflanzliche Immunstimulantien und Homöopathica verabreicht bekommen. Ferner seien eine Autohormontherapie nach Schliephake, Heilstromdurchflutung von Leber und Milz, Biofeedback, Pneumatronbehandlung, Sauerstoffmehrschritttherapie, Farblichttherapie sowie Fußreflexzonenmassagen durchgeführt worden, um die körpereigene Abwehrleistung zu steigern und den Körper über eine Anregung der Stoffwechselfunktionen von Leber, Nieren, Haut und Schleimhäuten zu entlasten. Unter der fünfwöchigen Therapie habe sich ihr Allgemeinzustand deutlich gebessert. Die X ...-Klinik legte unter dem 28.08.2010 eine Rechnung für den stationären Aufenthalt von 39 Tagen à 230 EUR, insgesamt 8.970,00 EUR. Gegen den Bescheid vom 12.07.2010 legte die Versicherte mit Schriftsatz unter dem 09.08.2010 Widerspruch ein. Hinzu fügte sie einen ärztlichen Bericht der Fachärztin für Onkologie Dr. med. R ... vom 22.10.2010. Für fortgeschrittene Gallengangstumore seien eine Chemotherapie mit Gemcitabin und Cisplatin der Standard, da sie eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens um drei Monate versus Gemzar-Monotherapie ermöglichen, wenn sie konsequent und volldosiert durchgeführt werden könnten. Hauptnebenwirkungen seien eine Knochenmarktoxizität mit Infektionsanfälligkeit, Schleimhaut-Probleme und Inappetenz/Übelkeit. In Anbetracht der postoperativen Situation, dem deutlich reduzierten Allgemeinzustand der Versicherten, sei die onkologische Therapie nicht in vollem Umfang vertretbar und durchführbar gewesen. Die komplementäre Behandlung in der X ...-Klinik habe eine deutliche Verbesserung des Gesamtbefindens der Versicherten bewirkt. Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Stellungnahme des Facharztes für Strahlentherapie im Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), Dr. Q ..., vom 17.09.2010 ein. Bei der X ...-Klinik handele es sich nicht um ein zugelassenes Krankenhaus. Die von der Versicherten begehrte ganzheitliche immunbiologische Therapie sei vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) nicht anerkannt. Bei einem fortgeschrittenen inoperablen Gallengangkarzinom liege eine regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor, bei der das mediane Überleben in diesem Stadium nur wenige Monate betrage. Für die beantragte alternative Krebstherapie seien keinerlei wissenschaftlich belegte Ergebnisse bekannt, die diesen Einsatz rechtfertigen würden. Der Nutzen sei in diesem unheilbaren Stadium als äußerst fraglich zu bezeichnen. Es stünden allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethoden für die konkrete palliative Situation zur Verfügung, so die Chemotherapie, die Schmerztherapie und die Drainage der Gallenwege bei Stauungssymptomatik. Es werde empfohlen, in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand der Versicherten im Anschluss an die Chemotherapie eine Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen. Mit Schreiben vom 20.09.2010 teilte die Beklagte unter Bezugnahme auf diese sozialmedizinische Stellungnahme der Versicherten mit, dass die ganzheitliche immunbiologische Krebstherapie in der X ...-Klinik weiterhin abgelehnt werden müsse, da für diese keine wissenschaftlich belegten Ergebnisse bekannt seien. Für ein fortgeschrittenes inoperables Gallengangkarzinom gebe es anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende palliative Behandlungsmethoden. In Abhängigkeit vom Allgemeinzustand könne eine Rehabilitationsmaßnahme z. B. in der P ...-Klinik in O ..., die ebenfalls ganzheitlich arbeite, beantragt werden. In den Zeiträumen vom 29.09.2010 bis 02.10.2010, 04.11.2010 bis 08.11.2010, 06.12.2010 bis 16.12.2010, 17.01.2011 bis 22.01.2011, 15.02.2011 bis 23.02.2011 und 11.03.2011 bis 01.04.2011 wurde die Versicherte insbesondere wegen rezidivierender Cholangitis, Ikterus und Stentverschlüssen, seit 01/2011 mit Abszessbildungen im Klinikum V ... stationär behandelt. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.02.2011 zurück. Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sei schon deshalb abzulehnen, weil die X ...-Klinik eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag sei und deshalb die Kosten dafür nicht übernommen werden könnten. Darüber hinaus sei eine Kostenerstattung abzulehnen, da die durchgeführte immunbiologische Therapie zwar teilweise im Rahmen des vertraglichen Systems zu erbringen sei (Misteltherapie, Psychotherapie), in der Gesamtheit aber keine wissenschaftlich evaluierten Studien zum Nutzen-/Risikoverhältnis des Therapiekonzeptes vorhanden seien. Auch sei nicht nachgewiesen, dass die Behandlungsmethoden eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf hätten. Die Behandlung des Krebsleidens der Versicherten sei auch vertragskonform möglich gewesen. Am 19.04.2011 hat die Versicherte Klage zum Sozialgericht Leipzig (SG) erhoben. Das Gallengangkarzinom sei eine tödlich verlaufende Erkrankung. Die allgemein anerkannten dem medizinischen Standard entsprechenden Behandlungsmethoden seien ausgeschöpft gewesen. Eine Chemotherapie sei wegen des reduzierten Allgemeinzustandes und der zu erwartenden weiteren Komplikationen nur teilweise durchführbar gewesen. Mit der ganzheitlichen Behandlungsmethode habe eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestanden. Außerdem hätte die Beklagte sowieso die Kosten für eine Chemotherapie oder eine adäquate Rehabilitationsmaßnahme tragen müssen, so dass zumindest Kosten in vergleichbarer Höhe übernommen werden müssten. Am 25.04.2011 ist die Versicherte verstorben. Die Klage ist von ihren mit Erbschein des Amtsgerichts A ... vom 09.06.2011 (AZ: VI 0561/11) ausgewiesenen Erben aufgenommen und fortgeführt worden. Der ehemalige Kläger A ... (Ehemann der Versicherten) ist zwischenzeitlich ebenfalls verstorben. Das SG hat die Klage durch Urteil vom 24.09.2013 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, eine Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Leistungen eines nicht zugelassenen Krankenhauses, wie hier einer Privatklinik, sei gemäß [§§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) i. V. m. [§ 108 SGB V](#) ausgeschlossen. Bei dem Gallengangkarzinom handele es sich um einen inoperablen Tumor, bei dem ein kurativer Ansatz nicht mehr gegeben sei. Als Standardtherapie sei nur eine palliative Chemotherapie in Betracht gekommen, die die Versicherte aber nicht habe in Anspruch nehmen wollen. Bei der alternativen immunbiologischen Therapie des Gallengangkarzinoms handele es sich nicht um eine wissenschaftlich anerkannte Therapiemethode, weshalb auch aus diesem Grund die Kosten für die Krankenbehandlung nicht zu übernehmen seien. Die Erben haben gegen das am 22.11.2013 zugestellte Urteil am 20.12.2013 Berufung eingelegt. Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bestehe. Die palliative Chemotherapie sei bei dieser Krebsart nicht etabliert und wenig wirksam, so dass sie ärztlicherseits nicht empfohlen werde, wie sich aus einem der Versicherten

ausgehändigten Aufklärungsbogen des Klinikum V ... und einem im Deutschen Ärzteblatt vom 29.02.2008 veröffentlichten Artikel über Therapiekonzepte und Ergebnisse bei Klatskin-Tumoren erbe. Die Beklagte habe der Versicherten keine Behandlung zur Schmerzreduktion und Sterbegleitung unter vertragsärztlichen Bedingungen zur Verfügung stellen können. Die von ihr vorgeschlagene Mistel- und Psychotherapie wäre lebensverkürzender gewesen. Die Behandlung in der X ...-Klinik habe den Allgemeinzustand und den psychovegetativen Zustand der Versicherten deutlich verbessert und stabilisiert. Anstelle der ursprünglich vorhergesagten drei Monate habe sie noch ein Jahr und drei Monate überleben können. Wenn die Versicherte vertragsärztliche Leistungen, wie zum Beispiel die Chemotherapie in Anspruch genommen hätte, wären deutlich höhere Kosten als 8.970,00 EUR entstanden. Sie sei bis zum Todeszeitpunkt ohne Pflegedienst zu Hause betreut worden. Die Kläger beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 24.09.2013 sowie den Bescheid der Beklagten vom 12.07.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.03.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Klägern die Kosten für die stationäre Behandlung der Versicherten in der X ...-Klinik in Höhe von 8.970,00 EUR zu erstatten. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie hält das Urteil des SG für zutreffend. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidung waren.

Entscheidungsgründe:

I. Die zulässige Berufung der Kläger ist nicht begründet. Zu Recht hat das SG mit Urteil vom 24.09.2013 die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 12.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.03.2011 ist rechtmäßig und verletzt die Kläger nicht in ihren Rechten. Sie haben keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte ihnen die Kosten für die stationäre Behandlung der Versicherten in der X ...-Klinik vom 20.07.2010 bis 28.08.2010 in Höhe von insgesamt 8.970 EUR erstattet, weil die gesetzlichen Voraussetzungen einer Leistungsgewährung nicht vorliegen. Gegenstand der Klage ist eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#), 1. Alt., Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) gerichtet auf die Kostenübernahme eines stationären Aufenthaltes in einer Privatklinik. Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Grundsätzlich erhalten Versicherte die Leistungen der Krankenkassen als Sach- und Dienstleistungen ([§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), Abs. 2 SGB V). Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorsieht ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)). Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Mit dieser Regelung wird der Grundsatz des Sach- und Dienstleistungsanspruchs nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) für die Fälle ergänzt, in denen die Krankenkasse eine geschuldete Leistung nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen kann (BSG, Urteil vom 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 15](#); BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 20/08 R](#) –, [BSGE 105, 170-188](#), [SozR 4-2500 § 36 Nr. 2](#), [SozR 4-2500 § 33 Nr. 28](#), Rn. 10, juris). Jedoch besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung grundsätzlich nach beiden Tatbeständen des [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) nur dann, wenn die Voraussetzungen des primären Sachleistungsanspruchs vorliegen, d. h., dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt. Der Erstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender - primärer - Sachleistungsanspruch (st. Rspr.; vgl. BSG, Urteil vom 11. Mai 2017 – [B 3 KR 17/16 R](#) –, Rn. 15, juris, m. w. N.). Die Selbstbeschaffung der Leistung muss außerdem zu einer (zivil-) rechtlich wirksamen Kostenlast des Versicherten geführt haben (vgl. etwa BSG, Urteil vom 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#) – zur GOÄ und zum Preisrecht für Krankenhausleistungen). Ferner muss ein Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast bestehen (BSG, Urteil vom 30.06.2009, – [B 1 KR 5/09 R](#) –, juris). Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V (unaufschiebbare Leistung) setzt voraus, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (BSG, Urteil vom 08.09.2015, – [B 1 KR 14/14 R](#) –, juris). Unter Berücksichtigung dieser Maßgaben konnten bei der Versicherten zwar keine kurativen Therapien mehr durchgeführt werden und mit ihrem krankheitsbedingten Ableben musste binnen weniger Monate gerechnet werden. Die Erkrankung ist bereits im März 2010 – wenn auch zunächst nur als Verdachtsdiagnose – erkannt worden. Die Irresektabilität des Tumors ist im Juni 2010 festgestellt worden. Nach der Bismuth-Corlette-Klassifikation des Klatskin-Tumors (1992) Typ IIIb hat es sich um einen Tumor gehandelt, der bereits den linken Hauptast der Hepatikusgabel befallen hat (https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/09_zentren/cccf/pdf/cccf_kkr_kodierhilfe_gallengangstumor.pdf). Die mediane Überlebenszeit von Patienten mit einem irresektablen cholangiozellulären Karzinom beträgt nach Angaben des Abschlussberichts des GB-A zur Hyperthermie vom 15. Juni 2005 (GB-A-Abschlussbericht; Seite 62) nur sechs Monate, so dass der Versicherten nur mehr ein Zeithorizont bis Ende des Jahres 2010 verblieben wäre. Indessen ist die medizinische Unaufschiebbarkeit bzw. Dringlichkeit einer Behandlung nicht allein ausschlaggebend. Auch bei Vorliegen einer unaufschiebbaren Leistung i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. und [2. Alt](#) SGB V ist notwendig, dass die selbst beschaffte Leistung zu den von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Sachleistung zu gewährenden Leistungen (zu ihrem Leistungskatalog) gehört (BSG, Urteil vom 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#), juris). Davon ausgehend ist die Versicherte vorliegend nicht berechtigt gewesen, zu Lasten der Beklagten die stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorsieht. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) durch zugelassene Krankenhäuser ([§§ 39 Abs. 1 Satz 2](#), [108 SGB V](#)). Nach der Rechtsprechung des BSG ist eine Kostenerstattung wegen der Inanspruchnahme einer Leistung eines krankenversicherungsrechtlich nicht zugelassenen Leistungserbringers grundsätzlich ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr. 15](#), Rn. 32, juris). Die X ...-Klinik ist kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von [§ 108 SGB V](#). Schon allein aus diesem Grund kommt die Kostenerstattung mangels eines entsprechenden Primärleistungsanspruchs nicht in Betracht (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. April 2016 – [L 11 KR 3883/15](#) –, Rn. 24, juris). Die Regelung des [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) will Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Naturalleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Naturalleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke des Naturalleistungssystems besteht. Eine Versorgungslücke besteht nicht, wenn der

Versicherte eine GKV-Leistung in Anspruch nehmen kann, aber nicht will (BSG, Urteil vom 03. Juli 2012 – [B 1 KR 6/11 R](#) –, BSGE 111, 137-146, SozR 4-2500 § 13 Nr 25, Rn. 22, juris). Nur wenn die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstverschaffung des Versicherten erzwingt, gelten die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung (BSG, Urteil vom 11. September 2012 – [B 1 KR 3/12 R](#) –, BSGE 111, 289-301, SozR 4-2500 § 27 Nr 23, Rn. 33, juris). Der Leistungserbringer muss jedoch die entsprechende Qualifikation zur Ausübung der Heilkunde besitzen (BSG, Urteil vom 20.02.2004, [B 1 KR 10/03 B](#), juris). So liegt der Fall hier indes nicht. Bei der Versicherten war die Krebserkrankung im Juni 2010 in einem derart fortgeschrittenen Stadium, dass der Versicherten eine kurative Therapie (z.B. Tumoresektion, Lebertransplantation) mit Aussicht auf Heilung nicht mehr zur Verfügung stand und eine palliative Situation eingetreten war. Dies ergibt sich aus dem Arztbericht des Chefarztes der Abteilung Endokrine Chirurgie Prof. Dr. med. N ... vom 06.07.2010 und dem Zwischenbericht der Fachärztin für Onkologie Dr. med. R ... vom 22.10.2010 und war auch der Versicherten bekannt. Eine palliative Chemotherapie wurde aufgrund der schlechten Verträglichkeit nicht durchgeführt. In den Zeiträumen vom 29.09.2010 bis 02.10.2010, 04.11.2010 bis 08.11.2010, 06.12.2010 bis 16.12.2010, 17.01.2011 bis 22.01.2011, 15.02.2011 bis 23.02.2011 und 11.03.2011 bis 01.04.2011 wurde die Versicherte palliativ im Klinikum V ... behandelt, unter anderem mit Stentwechseln bzw. endoskopischen Verfahren zur Erhaltung der Galleableitung, Antibiotikatherapien und photodynamischen Therapien. Eine Versorgungslücke bestand somit nicht (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. April 2016 – [L 11 KR 3883/15](#) –, Rn. 26, juris – metastasierendes Mammakarzinom). Auch nach Maßgabe der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung steht der Versicherten in diesem Fall kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die palliative Therapie nach dem speziellen ganzheitlichen Konzept der X ...-Klinik zu (vgl. ebenso Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. April 2016 – [L 11 KR 3883/15](#) –, Rn. 34, juris). Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) unterliegt der Anspruch der Versicherten auf eine stationäre Krankenhausbehandlung grundsätzlich den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er erfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie im konkreten Fall nach Einschätzung des Versicherten oder seiner behandelnden Ärzte positiv verlaufen ist, bzw. wenn einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben (BSG, Urteil vom 04. April 2006 – [B 1 KR 12/05 R](#) –, [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#), Rn. 15, juris). Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungen wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (BVerfG, Beschluss vom 06. Dezember 2005 – [1 BvR 347/98](#) –, juris). Nur ausnahmsweise 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, nach dem mit Wirkung vom 01.01.2012 in Kraft getretenen [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), auch eine von [§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) abweichende Leistung (und damit eine Leistung, deren Qualität und Wirksamkeit entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse noch nicht feststeht) beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Damit hat der Gesetzgeber die Rechtsprechung des BVerfG im "Nikolaus"-Beschluss vom 06.12.2005 ([BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#), juris) aufgegriffen und gesetzlich fixiert (vgl. zusammenfassend BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 16](#) Rn. 12 ff m. w. N., juris). Demnach verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, dass ein neues Therapiekonzept vom allgemeinen Qualitätsgebot des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) abweicht, gegen [Art. 2 Abs. 1 GG](#) (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip sowie gegen die Schutzpflicht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#), wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 – [1 BvR 347/98](#) – Rn. 6, juris): • Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor. • Bezüglich dieser Krankheit steht eine schulmedizinische bzw. allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. • Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten Behandlungsmethode besteht eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Bei der Versicherten wurde im März 2010 ein cholangiozelluläres Karzinom diagnostiziert, bei dem es sich um eine lebensbedrohliche bzw. regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit handelte. Bei der am 23.06.2010 durchgeführten Operation wurden ein nicht mehr resektabler Gallengangtumor sowie die Indikation zur palliativen Chemotherapie festgestellt. Eine Heilung war nicht mehr möglich. Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, kann aber nicht losgelöst davon betrachtet werden, was die anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt. Bei der Frage, ob eine Behandlung mit Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, ist zunächst das konkrete Behandlungsziel zu klären. Bereits aus [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ergibt sich, dass hinsichtlich der therapeutischen Ziele der Krankenbehandlung zwischen der Heilung einer Krankheit, der Verhütung ihrer Verschlimmerung und der Linderung von Krankheitsbeschwerden differenziert wird. Dabei ist nach Möglichkeit die Heilung der Krankheit als das vorrangige Behandlungsziel anzustreben, während die Verhütung einer Verschlimmerung oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden regelmäßig nachrangige Behandlungsziele sind. Bietet die Schulmedizin nur noch palliative Therapien an, weil sie jede Möglichkeit kurativer Behandlung als aussichtslos erachtet, kommt die Alternativbehandlung nur dann in Betracht, wenn die auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinaus reichenden Erfolg besteht (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 26. Februar 2013 – [1 BvR 2045/12](#) –, Rn. 15, juris). Soweit das Behandlungsziel keine Heilung ist, muss wenigstens eine Aussicht auf Heilung der Grunderkrankung selbst oder auf positive Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung als solcher bestehen (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 – [B 6 KA 48/09 R](#) –, [SozR 4-2500 § 106 Nr 30](#), Rn. 32, juris), sei es durch Aufhalten des Fortschreitens der Krankheit oder Verhinderung von Komplikationen – etwa im Sinne eines spürbaren Aufhaltens oder Verlangsamens des Tumorwachstums und einer dadurch bewirkten Verlängerung der Lebenszeit – (BSG Urteil vom 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#), Rn. 43, juris; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2017 – [L 5 KR 1653/15](#) – Rn. 49, juris, Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 26. April 2017 – [L 1 KR 185/12](#) –, Rn. 66, juris). In jedem Fall muss das Behandlungsziel auch im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung auf die Einwirkung auf diese selbst gerichtet sein (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 – [B 6 KA 48/09 R](#) –, [SozR 4-2500 § 106 Nr 30](#), Rn. 32, juris). Deshalb bleiben Behandlungen, die "nur" auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielen (mag dies auch ein legitimes Behandlungsziel im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sein) – also z.B. auf eine Verbesserung des Allgemeinbefindens, der Mobilität oder der Nahrungsaufnahme – außer Betracht (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 – [B 6 KA 48/09 R](#) – Rn. 33, juris; Landessozialgericht [LSG] Saarland, Urteil vom 21. Oktober 2015 – [L 2 KR 189/14](#) – juris Rn. 42; Bayerisches LSG, Urteil vom 09. November 2017 – [L 4 KR 49/13](#) –, Rn. 82, 84, juris). Bei dieser palliativen Situation bestand das Behandlungsziel in der X ...-Klinik allein in der Linderung von Beschwerden und Verbesserung des Allgemeinzustandes und psychovegetativen Zustands der Versicherten und ihrer damit verbundenen Lebensqualität. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief des Facharztes für Innere Medizin Prof. Dr. S ... vom 25.08.2010, wonach die im Rahmen eines ganzheitlichen Therapiekonzepts durchgeführten Behandlungen dazu dienen sollten, die körpereigene Abwehrleistung zu steigern und den Körper über eine Anregung der Stoffwechselfunktionen von Leber, Nieren, Haut und Schleimhäuten zu entlasten, um dadurch den Allgemeinzustand zu verbessern. Die Verabreichung von ozonisiertem Eigenblut, Selen- und Vitamin-Infusionen, pflanzlichen Immunstimulantien und Homöopathica und Durchführung einer Autohormontherapie nach Schliephake, Heilstromdurchflutung von Leber

und Milz, Biofeedback, Pneumatronbehandlung, Sauerstoffmehrschritttherapie, Farblichttherapie sowie Fußreflexzonenmassagen zielten auf die Stabilisierung und Verbesserung des Allgemeinzustands der Versicherten, also "nur" auf die Abmilderung der Auswirkungen des Krebsleidens und nicht darauf, auf die lebensbedrohliche Erkrankung als solche einzuwirken. Einen Heilerfolg oder wenigstens ein spürbares Verlangsamtes oder gar Aufhalten des Wachstums des Klatskin-Tumors mit dem ganzheitlichen Therapiekonzept leisten zu können, gibt auch die Klinik nicht vor (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.04.2016, [L 11 KR 3883/15](#), Rn. 34, juris), und ist auch ihr nicht beabsichtigt, wie aus den Seiten 162 und 163 des auf der Homepage der X ...-Klinik abgedruckten Berichts der Judith S. Jacobson DrPH, MBA et al., Cancer Outcomes at the HUFELAND (Complementary/Alternative Medicine) Clinic: A Best-Case Series Review, Integrative Cancer Therapies, Vol 4, Number 2, 2005." hervorgeht: "But the Hufeland basic treatment program does not target the tumor and has no specific cytotoxic components. Tumor response is, from Hufeland's perspective, neither necessary nor sufficient; the Klinik's mission is to help patients to survive with good quality of life, and Dr. Woeppel selected cases for review with that mission in mind. However, he understood the requirements of the review and accepted them." Fälle von Patienten mit einem cholangiozellulären Karzinom ("bile duct cancer") - wie dem der Versicherten - sind in dem Bericht gar nicht behandelt worden. Der progrediente Verlauf des Tumorwachstums ist durch die ganzheitliche Therapie auch nicht aufgehalten worden, wie sich aus den Befundberichten der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med.T ... vom 13.02.2012 und der behandelnden Ärzte des Klinikum V ... vom 16.11.2010, 17.12.2010, 13.01.2011, 15.03.2011 und 09.05.2011 ergibt. Bereits in dem Zeitraum vom 29.09.2010 bis 02.10.2010 traten erneut ein Ikterus und eine Cholangitis auf, die einen Stentwechsel und eine Antibiotikatherapie erforderlich machten. Im ERCP vom 04.11.2010 wurde ein progredienter Gallenwegstumor Bismuth Typ IIIb und im ERCP vom 09.12.2010 ein Klatskintumor Bismuth Typ IV diagnostiziert. Soweit die Kläger meinen, dass die stationäre Behandlung in der X ...-Klinik wegen der Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten im Hinblick auf ihr Allgemeinbefinden und ihre Mobilität im Ergebnis erfolgreich gewesen sei und dies dem in [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) genannten Behandlungsziel "Krankheitsbeschwerden zu lindern" genüge, wird dieses allein auf Verbesserung der Lebensqualität eines schwerkranken Patienten gerichtete Behandlungsziel jedoch nicht von der Ausweitung der Leistungsansprüche der Versicherten gemäß dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 erfasst. Nach dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 ([BVerfGE 115, 25](#), 49 = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#), Rn. 33, juris) soll dem Patienten - bildlich gesprochen - der Strohhalm der Hoffnung auf Heilung, an den er sich klammert, nicht wegen Fehlens wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit verweigert werden. Hoffnungen in diesem Sinne kann ein Patient aber nur mit Behandlungsmethoden verbinden, die darauf gerichtet sind, auf seine mutmaßlich tödlich verlaufende Grunderkrankung als solche einzuwirken. Für Behandlungsverfahren, die dies nach ihrem eigenen methodischen Ansatz nicht leisten, gelten die reduzierten Wirksamkeitsanforderungen der Rechtsprechung des BVerfG von vornherein nicht (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - [B 6 KA 48/09 R](#) -, [SozR 4-2500 § 106 Nr 30](#), Rn. 34, juris). Da im Übrigen palliative stationäre Behandlungen bei unheilbaren Krebserkrankungen in verschiedener Form auch von zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt werden, die die Versicherte im Klinikum V ... auch regelmäßig in Anspruch genommen hatte, fehlte es nicht an einer Alternative einer allgemein anerkannten - d. h. nach dem Arzneimittelgesetz und dem SGB V zulässigen -, dem medizinischem Standard entsprechenden Behandlung. Damit fehlt es schon an den "Grund"voraussetzungen für eine Anwendung der BVerfG-Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - [B 6 KA 48/09 R](#) -, [SozR 4-2500 § 106 Nr 30](#), Rn. 36, juris). Auch unter dem Gesichtspunkt der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen ergibt sich nichts anderes. Zwar enthält das Behandlungskonzept der X ...-Klinik sicherlich Elemente, die auch im Rahmen einer Reha-Maßnahme erbracht werden. Insgesamt ist hier jedoch keine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden, sondern eine stationäre Krankenhausbehandlung. Dies wird von der X ...-Klinik auch selbst ausdrücklich so dargestellt im Rahmen des Attestes vom 07.07.2010, mit dem allein eine Leistungszusage für eine stationäre Krankenhausbehandlung beantragt wurde. Mangels Erbringung von Leistungen zur stationären Rehabilitation kann daher auch nicht eine Kostenübernahme im Hinblick auf das Bestehen eines Versicherungsvertrags nach [§ 111 SGB V](#) erfolgen (vgl. ebenso Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. April 2016 - [L 11 KR 3883/15](#) -, Rn. 27, juris). Die Kläger haben auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die stationären Behandlungen aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Die gesetzlichen Regelungen zur Eingrenzung des Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) dürfen nicht dadurch unterlaufen werden, dass weitergehende Rechte aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abgeleitet werden. Deshalb hat das BSG zu Recht klargestellt, dass der sozialrechtliche Herstellungsanspruch als Anspruchsgrundlage neben dem Naturalleistungen der GKV betreffenden Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) keine Anwendung findet (BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - Rn. 19 m.w.N., juris). Hinzu kommt, dass die Rechtsfolge des Herstellungsanspruchs für weitergehende Zahlungsansprüche nichts hergibt. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch greift nach den allgemeinen richterrechtlichen Grundsätzen bei einer dem zuständigen Sozialleistungsträger zuzurechnenden Pflichtverletzung ein, durch welche dem Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil oder Schaden entstanden ist. Auf der Rechtsfolgenseite muss durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers ein Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre. Als rechtmäßige Amtshandlung käme aber jeweils allenfalls die Erfüllung des Kostenerstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht (BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - Rn. 20, 22 m.w.N., juris). Soweit die Kläger einen Anspruch auf die "Sowieso-Kosten", sprich die fiktiven Kosten für eine Leistung der GKV, die ebenfalls in Frage gekommen wäre, oder die Kosten, die die Krankenkasse erspart hat, geltend machen, ist der Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ausgeschlossen, da die Regelung nur die beim Versicherten konkret entstandenen Kosten erfasst. Sonst würde der Versicherte nicht so gestellt wie bei unverzüglicher Anerkennung der Leistungspflicht durch die Krankenkasse sondern besser (vgl. BSG, Urteil vom 24. September 1996 - [1 RK 33/95](#) -, [BSGE 79, 125-128](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#), Rn. 17, juris).

II. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#). Die Erben der Versicherten sind nach [§ 183 Satz 1 SGG](#) nicht kostenprivilegiert. Da es nicht um laufende Geldleistungen geht, liegt eine Sonderrechtsnachfolge im Sinne von [§ 56 Sozialgesetzbuch Erstes Buch \(SGB I\)](#) nicht vor. Der Kostenerstattungsanspruch ist im Rechtssinne zwar auf "laufende" Geldleistungen gerichtet, wenn er über mehrere Zeitabschnitte selbst beschaffte Leistungen betrifft (grundlegend BSG, Beschluss vom 08. November 2011 - [B 1 KR 6/11 R](#) -, Rn. 8, juris; krit. Groth in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl. 2018, [§ 56 SGB I](#), Rn. 17, 18, juris). Ein solcher Fall liegt aber nicht vor, wenn es - wie hier - um die Kostenerstattung für eine konkrete stationäre Krankenhausbehandlung geht. Bei Aufnahme des Verfahrens durch einen sonstigen Rechtsnachfolger - hier die Erben - bleibt das Verfahren nur in dem Rechtszug kostenfrei ([§ 183 Satz 2 SGG](#)). Anders als das danach gerichtskostenfreie Verfahren vor dem SG unterfällt das Berufungsverfahren somit der Kostenregelung des [§ 197a SGG](#) (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. April 2016 - [L 11 KR 3883/15](#) -, Rn. 37, juris). III. Die Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz \(GKG\)](#) und entspricht dem Wert der streitigen Forderung. IV. Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS
Saved
2018-06-18