

## L 5 KR 2600/13

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 1695/11  
Datum  
27.03.2013  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 2600/13  
Datum  
18.03.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 27.03.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin - Rechtsnachfolgerin des 2011 verstorbenen Versicherten (im Folgenden: Versicherter) - begehrt die Erstattung der Kosten einer Krebsbehandlung des Versicherten durch lokoregionale Chemotherapie im M. Klinikum, B. (O.).

Der 1943 geborene Versicherte war an einem Pankreaskarzinom erkrankt (Erstdiagnose Oktober 2009). Nach Operation (Pankreatogastrostomie im Universitätsklinikum F. im Oktober 2009) und einer Rehabilitationsbehandlung im Dezember 2009/Januar 2010 wurde er ab 25.01.2010 im Sch.-B.-Klinikum, V.-Sch., mit einer adjuvanten systemischen Chemotherapie behandelt. Da dies zu belastenden Nebenwirkungen führte und es gleichwohl zu einem Tumorprogress und zur Metastasenbildung bzw. zum Metastasenwachstum in Leber und Lunge kam (u.a. Bericht des Sch.-B.-Klinikum vom 21.02.2011), wandte sich der Versicherte zur Durchführung einer lokoregionalen Chemotherapie an das M. Klinikum, B ... Das M.-Klinikum ist eine Privatklinik und kein Vertragskrankenhaus der gesetzlichen Krankenkassen.

Mit Schreiben vom 12.01.2011 beantragte Dr. G. (Oberärztin am M. Klinikum, B.) bei der Beklagten für den Versicherten die Gewährung bzw. die Übernahme der Kosten einer Hochdosis lokoregionale Chemotherapie in Form einer isolierten Oberbauch-/Thoraxperfusion mit Chemoinfiltration. Zur Begründung wurde ausgeführt, beim Versicherten liege ein hepatisch und (verdachtsweise) lymphatisch (rechter Lungenhilus, mesenterial) metastasierendes Pankreaskarzinom vor. Der Versicherte habe sich am 07.01.2011 zur Einholung einer Zweitmeinung vorgestellt. Nachdem es vor ca. zwei Monaten zu einem Anstieg des Tumormarkers (CA 19-9) gekommen sei, habe man bei Verdacht auf Lymphknotenmetastasen im Bereich des rechten Lungenhilus und im Bereich der Arteria mesenterica superior im PET/CT von November 2010 seit Oktober 2010 die systemische Chemotherapie mit Gemcitabin auf Tarceva erweitert. Auch ein Kontroll-CT des Abdomens vom Dezember 2010 habe einen Progress der Leberfiliae mit Zunahme derselben an Größe um 5-6 mm zum Oktober 2010 gezeigt. Man empfehle dem Versicherten eine Hochdosis regionale Chemotherapie in Form einer isolierten Oberbauch-/Thoraxperfusion mit Chemoinfiltration. Bei dieser intraoperativ, via Femoralgefäße mit teils speziellen Ballonkathetern durchgeführten Hochdosis regionaler Chemotherapie erreiche man im Vergleich zu einer systemischen Chemotherapie bis 80-fach höhere lokale Zytostatikakonzentrationen, vor allem im Bereich der ersten 5 Minuten der arteriellen Anflutphase. Durch die gleichzeitig durchgeführte Blutwäsche seien jedoch systemische Nebenwirkungen, wie Haarausfall, Übelkeit und Knochenmarksuppression wesentlich geringer oder träten gar nicht erst auf; hierzu werde auf eine (unter Beteiligung des M. Klinikum) erstellte Studie mit 265 Patienten verwiesen. Dabei habe bei den meist systemisch vortherapierten Patienten die mediane Überlebenszeit neun Monate betragen. 30 % der Patienten hätten ein Jahr und länger, 25 % 18 Monate gelebt. Die Resektabilitätsrate bei den Langzeitüberlebenden habe 39 % betragen. Mit ihrem Behandlungsschema würden durchweg bessere Ergebnisse erzielt als mit der herkömmlichen systemischen Chemotherapie (mediane Überlebenszeit bei alleiniger systemischer Chemotherapie mit Gemcitabin 5,9 Monate, bei Kombination mit Erlotinib 6,4 Monate). Sollte sich nach einem Zyklus regionaler Chemotherapie in Form einer isolierten Oberbauch-/Thoraxperfusion, wobei hier eben nicht nur die Leber, sondern auch der gesamte Oberbauch und die Lunge mittherapiert werden könnten, kein deutlicher Abfall des Tumormarkers zeigen, würde man eine Chemosensitivitätstestung empfehlen. Bei deutlichem Ansprechen des Tumors seien nach Protokoll sechs Therapiezyklen geplant. Man bitte um Übernahme der Kosten im Rahmen einer Einzelfallentscheidung.

Die Beklagte befragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Im MDK-Gutachten vom 20.01.2011 führte Dr. H. aus, bei der beantragten regionalen Chemotherapie in Form einer isolierten Becken-/Thoraxperfusion zur Behandlung des

metastasierten Pankreaskarzinoms handele es sich nicht um eine vertragliche Leistung, sondern um eine so genannte neue Behandlungsmethode. Die Behandlung solle außerdem in einer Privatklinik durchgeführt werden. Beim Versicherten liege zwar eine lebensbedrohliche bzw. regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor, allerdings existierten vertragliche Behandlungsmethoden im Rahmen der vertraglichen Versorgung in Vertragseinrichtungen. Zugelassene Arzneimittel hierfür seien neben Erlotinib (Tarceva) und Gemcitabin (Gemzar und Generica), auch Präparate mit den Wirkstoffen 5-FU und Mitomycin. Nach der einschlägigen S3-Leitlinie sei die Anwendung von Gemcitabin (Empfehlungsgrad A, Evidenzstärke 1, Konsens) Erstlinientherapie. Nachdem inzwischen Erlotinib zugelassen worden sei, stehe auch dieses Medikament, ggf. in Kombination, zur Verfügung. Die palliative Zweitlinientherapie bestehe in der Kombination von Gemcitabin mit Platin analog oder der Kombination aus 5-FU/Folinsäure bzw. Capecitabin mit Oxaliplatin. Die intraarterielle Chemotherapie habe keinen Stellenwert in der palliativen Therapie des Pankreaskarzinoms (Empfehlungsgrad B, Evidenzstärke 4, starker Konsens). Valide Studien, die eine Überlegenheit im Vergleich zur vertraglichen Versorgung belegten, seien nicht bekannt. Bei der von Dr. G. angeführten Studie handele es sich offenbar nicht um eine randomisierte, kontrollierte Studie. Die Voraussetzungen für die Kostenübernahme seien nicht erfüllt. Empfohlen werde die Vorstellung des Versicherten an einem universitären Zentrum.

Mit Bescheid vom 25.01.2011 lehnte die Beklagte die Gewährung bzw. Kostenübernahme der beantragten Behandlung ab. Sie bezog sich auf das MDK-Gutachten des Dr. H. vom 20.01.2011; die in Rede stehende regionale Chemotherapie gehöre nicht zu den anerkannten schulmedizinischen Behandlungsmethoden. Neue Behandlungsmethoden dürften in der vertragsärztlichen Versorgung aber nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Empfehlung über die Anerkennung des therapeutischen Nutzens abgegeben habe. Das sei hier nicht der Fall. Außerdem handele es sich bei dem M. Klinikum um eine Privatklinik, die nicht zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sei. Es stünden auch alternative vertragliche Behandlungsmöglichkeiten, wie die palliative Erst- und Zweitlinientherapie, zur Verfügung. Der Versicherte möge sich ggf. in der Universitätsklinik F. oder T. vorstellen.

Der Versicherte erhob Widerspruch. Er legte weitere Arztunterlagen vor und machte geltend, die bisherigen Behandlungen, die der MDK empfehle, hätten keine Erfolge erzielt und nur seine Lebensqualität beeinträchtigt. Demgegenüber könne das M. Klinikum mit den dort angewandten Behandlungsmethoden schon einige, auch in der Schulmedizin anerkannte Erfolge bei der Krebsbehandlung vorweisen.

Die Beklagte befragte erneut den MDK. Dr. W. führte im MDK-Gutachten vom 23.02.2011 aus, über die offenbar mittlerweile durchgeführte Behandlung im M. Klinikum liege ein Bericht nicht vor. Den vorliegenden Unterlagen sei zu entnehmen, dass der Versicherte an einem duktalem Pankreaskopfkarzinom erkrankt sei. Nach Durchführung einer pyloruserhaltenden partiellen Pankreatoduodenektomie mit Pankreatogastrotomie (Whipple-Operation) sei histologisch die Diagnose eines invasiv duktalem Karzinoms G3 (schlecht differenziert) gestellt worden (UICC-Klassifikation pT3 pN1 (1/24), pMX L0 V0 pN1 R0). Damals habe es sich bei der Lymphknotenmetastase um ein Einwachsen des Tumors per continuitatem in einen direkt am Tumor gelegenen Lymphknoten gehandelt. Aufgrund der neueren Befunde sei von einer diffusen Metastasierung des Tumors auszugehen insbesondere in die Leber, den rechten Lungenhilus und in die in der Nähe der Vena mesenterica gelegenen Lymphknoten. Die Gewährung bzw. Übernahme der Kosten einer lokoregionalen Chemotherapie mit isolierter Oberbauch-/Thoraxperfusion im M. Klinikum könne nicht empfohlen werden. Wie bereits ausgeführt, handele es sich insoweit um eine Methode, zu deren Wirksamkeit keine kontrollierten Studien vorlägen. Die Behandlungsmethode sei weder im EBM aufgeführt noch liege eine positive Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Die Überlegenheit der begehrten Behandlungsmethode gegenüber den vertraglichen Behandlungsmethoden sei nicht belegt. Zur Behandlung der (lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich verlaufenden) Erkrankung des Versicherten gebe es vertragliche Behandlungsmethoden. In einem (vorgelegten) Bericht des Internisten und Onkologen Dr. K. vom 09.12.2010 werde für den Fall eines Befundprogresses unter der damals aktuellen Therapie eine Ausweichmöglichkeit beschrieben, nämlich das Umsteigen auf eine oxaliplatinhaltige Medikation. Ob der Versicherte diesen Vorschlag befolgt habe, könne den vorliegenden Unterlagen nicht entnommen werden. Empfohlen werden könne indessen die Fortsetzung der Therapie in Form einer Chemotherapie nach Maßgabe des den niedergelassenen Onkologen vertragsärztlich Möglichen oder die Vorstellung des Versicherten in einem universitären Zentrum.

Vom 14.03.2011 bis 21.03.2011 wurde der Versicherte im M. Klinikum stationär behandelt. Im Bericht der Klinik vom 25.03.2011 ist ausgeführt, am 16.03.2011 sei ein erster Zyklus regionaler Chemotherapie in Form einer isolierten Oberbauch-/abdominellen stopflow-Infusion/hypoxisch abdominelle Perfusion mit anschließender Chemoinfiltration via rechte A. und V. femoralis unter Verwendung von Cisplatin, Adriamycin und Mitomycin C, lokale TEA der A. femoralis erfolgt. Der Verlauf sei komplikationslos, der Versicherte habe die Therapie gut toleriert. Der Tumormarkerverlauf spreche für ein Ansprechen der regionalen Chemotherapie. Empfohlen würden regelmäßige Labor- und Befundkontrollen sowie der Fadenzug am zwölften postoperativen Tag. Mit dem Versicherten sei eine erneute stationäre Vorstellung am 10.04.2011 zur Fortführung der regionalen Chemotherapie vereinbart worden.

Am 07.04.2011 teilte der Versicherte der Beklagten telefonisch mit, er habe die empfohlenen (vertragsärztlichen) Behandlungen durchgeführt. Es sei zu starken Nebenwirkungen gekommen und er habe deswegen ins Krankenhaus aufgenommen werden müssen; er sei - so der Versicherte - fast gestorben. Im M. Klinikum sollten noch 5-6 Behandlungen erfolgen. Er beantrage die Erstattung seiner Aufwendungen und die Übernahme der Kosten für die zukünftigen Behandlungen im M. Klinikum.

Weitere stationäre Behandlungen des Versicherten im M. Klinikum zur Fortführung der lokoregionalen Chemotherapie fanden vom 10.04.2011 bis 17.04.2011, vom 08.05.2011 bis 14.05.2011 und vom 06.06.2011 bis 12.06.2011 statt. Im Bericht des M. Klinikum vom 20.04.2011 ist ausgeführt, der Versicherte (in gebessertem Allgemein- und Ernährungszustand) habe über eine deutliche Besserung des Allgemeinzustandes berichtet. Der Tumormarkeranstieg spreche für einen Tumorzerfall nach der regionalen Chemotherapie. Im Bericht vom 20.05.2011 heißt es, der Versicherte (in weiterhin leicht reduziertem Allgemein- und kachektischem Ernährungszustand) habe über leichten Gewichtsverlust seit der letzten Therapie, die er mäßig vertragen habe, berichtet.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.05.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, eine Notfallbehandlung stehe nicht in Rede. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe die lokoregionale Chemotherapie mit isolierter Oberbauch-/Thoraxperfusion in den einschlägigen Richtlinien den Behandlungsmethoden zugeordnet, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürften. Für die Behandlung der Krebserkrankung des Versicherten stünden ausreichende, zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehörende, Behandlungsmethoden zur Verfügung. Außerdem handele es sich beim M. Klinikum nicht um ein zugelassenes Krankenhaus.

Am 06.06.2011 erhob der Versicherte Klage beim Sozialgericht Reutlingen. Außerdem suchte er am 05.08.2011 um vorläufigen Rechtsschutz nach (Verfahren S 9 KR 2353/11 ER).

Der Versicherte legte den Arztbrief des M. Klinikum vom 22.06.2011 vor. Darin ist ausgeführt, der Versicherte habe seit Beginn der regionalen Chemotherapie eine deutliche Besserung des Allgemeinzustandes erfahren. Er leide nicht mehr unter den Schmerzen und Nebenwirkungen der systemischen Chemotherapie; seine Lebensqualität habe sich auch deutlich gebessert. Werde die Therapie aus finanziellen Gründen abgebrochen, sei sehr schnell mit einem Tumorprogress der Leber- und Lungenmetastasen und dem Tod des Versicherten zu rechnen. Die Weigerung der Beklagten zur Übernahme der Behandlungskosten sei aufgrund des bislang messbaren Erfolgs unverständlich.

Mit Beschluss vom 18.08.2011 (- S 9 KR 2353/11 ER -) lehnte das Sozialgericht die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes ab.

Am 24.08.2011 ist der Versicherte verstorben. Rechtsnachfolger sind die Klägerin als Ehefrau des Versicherten und seine beiden Kinder (Erben zu je 1/3 Erbteil). Die Klägerin hatte mit dem Versicherten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt und war von ihm auch wesentlich unterhalten worden.

Zur Begründung der Klage wurde vorgetragen, wegen seiner Krebserkrankung habe sich der Versicherte zunächst einer systemischen Chemotherapie unterzogen. Da es gleichwohl zu einem Tumorprogress gekommen sei, habe er sich an das M. Klinikum gewandt und dort eine regionale Chemotherapie durchführen lassen. Dies habe zu einer deutlichen Verbesserung der Tumorwerte ohne Nebenwirkungen geführt. Für die (unstreitig) lebensbedrohliche Erkrankung des Versicherten habe angesichts der Erfolglosigkeit der systemischen Chemotherapie eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung gestanden. Die Überlegenheit der regionalen Chemotherapie gehe (u.a.) aus Studien der italienischen Gesellschaft für regionale Tumorthherapie und einer Studie des M. Klinikum hervor. Damit habe eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf wenigstens eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestanden. Die systemische Chemotherapie bewirke - regelmäßig bei schwerwiegenden Nebenwirkungen - lediglich eine Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit um 1 bis 2 Monate. Die regionale Chemotherapie ermögliche in vielen Fällen auch, den Tumor nach Verkleinerung zu operieren. Es komme für die grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungskatalogs nicht darauf an, ob eine Behandlungsmethode vom Gemeinsamen Bundesausschuss (bereits) befürwortet oder abgelehnt worden sei (vgl. etwa BVerfG, Beschl. v. 29.11.2007, - [1 BvR 2496/07](#) -).

Die Beklagte trug vor, der Versicherte hätte in einem Vertragskrankenhaus behandelt werden können; (schon) deswegen könnten die Kosten für die Behandlung in einer Privatklinik nicht erstattet werden. Aus den Gutachten des MDK gehe hervor, dass auch eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung für die Krebserkrankung des Versicherten zur Verfügung gestanden habe. Nach der Operation im Oktober 2009 sei bis einschließlich Februar 2011 die systemische Chemotherapie angewendet worden, die das Überleben des Versicherten ersichtlich gewährleistet habe. Einen Beweis für den besseren Therapieerfolg der regionalen Chemotherapie habe das M. Klinikum nicht erbracht.

Vorgelegt wurden folgende Rechnungen über die Krebsbehandlung des Versicherten im M. Klinikum:

Rechnungssteller Datum Zeitraum Betrag M. Klinikum 06.04.2011 14. - 21.03.2011 2.907,68 EUR M. Klinikum/Prof. A. 06.04.2011 456,62 EUR Pathologie K. 28.03.2011 117,81 EUR Pathologie K. 09.05.2011 29,83 EUR M. Klinikum 05.04.2011 14. - 21.03.2011 5.383,00 EUR Anästhesiearzt 28.04.2011 916,44 EUR M. Klinikum 03.05.2011 10. - 17.04.2011 5.383,00 EUR M. Klinikum/Prof. A. 09.06.2011 244,61 EUR M. Klinikum 23.05.2011 08. - 14.05.2011 5.383,00 EUR Anästhesiearzt 24.06.2011 799,75 EUR M. Klinikum 28.06.2011 ohne Datum 5.383,00 EUR Anästhesiearzt 25.03.2011 751,85 EUR M. Klinikum/Prof. A. 04.05.2011 10. - 17.04.2011 2.904,86 EUR Anästhesiearzt 23.05.2011 630,56 EUR M. Klinikum/Prof. A. 09.06.2011 08. - 14.05.2011 2.854,54 EUR M. Klinikum/Prof. A. 06.07.2011 06. - 12.06.2011 2.619,40 EUR Summe: 36.765,95 EUR

Mit Urteil vom 27.03.2013 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die Klage der Kinder des Versicherten (Kläger Nr. 2 und 3 des sozialgerichtlichen Verfahrens) sei unzulässig. Der Kostenerstattungsanspruch gehe vorrangig auf die Sonderrechtsnachfolger, hier allein die Ehefrau des Versicherten, über ([§ 56 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch, SGB I), soweit er über mehrere Zeitabschnitte selbst beschaffte Leistungen betreffe (BSG, Urt. v. 03.07.2012, - [B 1 KR 6/11 R](#) -). Die (zulässige) Klage der Ehefrau des Versicherten sei unbegründet. Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) seien schon deshalb nicht erfüllt, weil es sich bei dem M. Klinikum, in dem der Versicherte behandelt worden sei, nicht um ein Vertragskrankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), sondern um eine Privatklinik handele. Mangels entsprechender Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses könne die lokoregionale Chemotherapie als ambulante Behandlung nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Sie hätte von der Beklagten auch nicht nach Maßgabe der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs gewährt werden müssen. Als anerkannte Behandlungsmethode zur Therapie der Krebserkrankung des Versicherten habe die systemische Chemotherapie zur Verfügung gestanden. Im Hinblick auf geltend gemachte Nebenwirkungen hätte sich der Versicherte, wie vom MDK empfohlen, zur Einholung einer Zweitmeinung in einem Universitätsklinikum vorstellen können. Die lokoregionale Chemotherapie werde auch von (zur Behandlung gesetzlich Versicherter befugten) Universitätskliniken angeboten.

Auf das ihnen am 23.05.2013 zugestellte Urteil haben die Klägerin (und die Kinder des Versicherten) am (Montag, dem) 24.06.2013 Berufung eingelegt. Die Kinder des Versicherten haben die Berufung am 05.06.2014 zurückgenommen; das Berufungsverfahren wird (allein) von der Klägerin fortgeführt.

Zur Begründung der Berufung bekräftigt die Klägerin das bisherige Vorbringen. Für die lokoregionale Chemotherapie hätten ausreichende Indizien für die Aussicht auf eine (wenigstens) spürbar positive Einwirkung auf die Krebserkrankung des Versicherten bestanden. Demgegenüber hätte die Fortführung der systemischen Chemotherapie unter Anwendung immer neuer Zytostatikakombinationen ohne hinreichenden Überlebensvorteil zu erheblichen Nebenwirkungen geführt. Die lokoregionale Chemotherapie werde an Vertragskrankenhäusern oder Universitätskliniken nicht angeboten. Eine anerkannte Behandlungsmethode habe für die Therapie der Krebserkrankung des Versicherten nicht vorgelegen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 27.03.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 25.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.05.2011 zu verurteilen, ihr den Betrag von 36.765,95 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Nach Auffassung des MDK sei die lokoregionale Chemotherapie beim Versicherten absolut kontraindiziert gewesen. Davon abgesehen gebe es keinen Rechtsanspruch auf Behandlung mit einer bestimmten Methode oder in einer bestimmten Klinik.

Auf Nachfrage des Berichterstatters hat die Beklagte mitgeteilt, die lokoregionale Chemotherapie werde zur Krebsbehandlung an den Universitätskliniken E. und L. angeboten. Diese Behandlungsmethode sei nach ärztlicher Aussage bei der Erkrankung, an der der Versicherte gelitten habe, aber kontraindiziert gewesen.

Die Beklagte hat auf weitere Nachfrage des Berichterstatters die MDK-Gutachten des Dr. T. (Leiter des Fachreferats Onkologie) vom 08.07.2014 und vom 27.08.2014 vorgelegt.

Im MDK-Gutachten vom 08.07.2014 hat Dr. T. ausgeführt, im Gegensatz zur systemischen Chemotherapie sei die regionale oder lokale Chemotherapie eine Behandlung, die auf ein Organ oder eine Körperregion beschränkt bleibe. Es gebe mehrere Verfahren der lokoregionalen Chemotherapie: Bei der intraarteriellen Chemotherapie werde ein Katheter in der Regel über die Leistenarterie in die Tumorregion vorgeschoben, um dadurch die Chemotherapie zu verabreichen. Die transarterielle Chemoembolisation kombiniere die Gabe von Chemotherapie mit der gezielten Verstopfung (Embolisation) von arteriellen Blutgefäßen; dieses Verfahren könne bei Leberkrebs bzw. Lebermetastasen angewendet werden. Bei der isolierten Perfusion werde ein Organ oder eine Körperregion mithilfe eines (Ballon-)Kathetersystems angegangen und anschließend die Chemotherapie arteriell gegeben. Hinsichtlich der Anbieter der lokoregionalen Chemotherapie könnten alle deutschen Kliniken, die eine der dargestellten lokoregionalen Chemotherapieformen anböten, nicht aufgelistet werden. Das Leistungsspektrum verschiedener Kliniken in Deutschland berücksichtige aber die lokoregionalen Formen der Chemotherapie. So werde die transarterielle Chemoembolisation von den Universitätskliniken F., H. und L. angeboten. Die hier vom M. Klinikum angewandte konkrete Form der lokoregionalen Chemotherapie - die isolierte Oberbauchperfusion (abdominale Perfusion) - werde nach einer orientierenden Internetrecherche offenbar an einer deutschen Universitätsklinik nicht durchgeführt. Um den derzeitigen Stellenwert der lokoregionalen Chemotherapie beim metastasierten Pankreaskarzinom innerhalb der Fachwelt zu beschreiben, werde auf die aktuelle nationale, evidenzbasierte S3-Leitlinie zum exokrinen Pankreaskarzinom (Herausgeber Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und Deutsche Krebshilfe e.V., federführende Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten) verwiesen. In dieser Leitlinie werde keine der vorstehend aufgeführten Formen der lokoregionalen Chemotherapie erwähnt. Sowohl für die kurative wie die palliative Therapie würden andere Behandlungsmethoden benannt. Ungeachtet der Frage, ob die Indikation zur lokoregionalen Chemotherapie beim Versicherten medizinisch begründbar gewesen sei oder nicht, böten verschiedene Kliniken, darunter mindestens zwei Universitätskliniken in Baden-Württemberg (F. und H.), grundsätzlich eine oder mehrere Formen der lokoregionalen Chemotherapie für Patienten mit Lebermetastasen an. Es gebe keinen Grund für die Annahme, dass die spezielle Form der isolierten Oberbauchperfusion - wie sie in der M. Klinik durchgeführt werde - an einem universitären Zentrum in Deutschland aus technischen oder kompetenzbedingten Gründen nicht umsetzbar wäre. Vielmehr deute die vorliegende Sachlage darauf hin, dass die Fachwelt für diese Form der lokoregionalen Chemotherapie keinen Mehrwert für die Patientenversorgung erkennen könne.

Die Klägerin hat eingewandt, beim Metastasierungsmuster des Versicherten habe nur die Perfusion des Oberbauchs Erfolg zeitigen können. Demgegenüber wäre die von Dr. T. angeregte und an Universitätskliniken durchführbare alleinige arterielle Infusion der Leber weit weniger aussichtsreich gewesen, da diese Therapie die multiplen Absiedlungen, etwa in den Lymphknoten, nicht hätte erreichen können. Die Leitlinien der Fachgesellschaften seien nicht allein maßgeblich, zumal von ihnen in begründeten Einzelfällen auch abgewichen werden könne oder müsse.

Im (abschließenden) MDK-Gutachten vom 27.08.2014 hat Dr. T. hierzu ausgeführt, die Einschätzung, beim Versicherten hätte nur eine Perfusion des Oberbauches Erfolg zeitigen können, sei nicht evidenzbasiert. Es gebe keine validen wissenschaftlichen publizierten Daten, die bei der vorliegenden Indikation eine Überlegenheit dieser Methode z.B. gegenüber einer modernen leitliniengerechten systemischen Chemotherapie belegen könnten. Im Hinblick auf die Regelung in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) habe dem Versicherten vor dem Hintergrund der schon in den Jahren 2010/2011 gültigen S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie eine dem medizinischen Standard entsprechende (Behandlungs-)Leistung zur Verfügung gestanden. Hinsichtlich des Pankreaskarzinoms sei danach in der Zweitlinientherapie die Kombination aus 5-FU/Folinsäure und Oxaliplatin einer alleinigen Behandlung mit 5-FU/FA als überlegen angesehen worden. Diese Empfehlung werde in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung des Pankreaskarzinoms noch deutlicher ausgesprochen (Empfehlung 8.11: Bei Progress unter einer Therapie mit Gemcitabin solle bei einem ECOG kleiner oder gleich 2 eine Zweitlinientherapie mit 5-FU und Oxaliplatin durchgeführt werden). Da der allgemein anerkannte medizinische Standard im vorliegenden Einzelfall eine palliative Therapie sei, müsse darüber hinaus geprüft werden, ob eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestanden habe. Davon könne im Fall des Versicherten nicht ausgegangen werden, da keine validen Hinweise für eine Überlegenheit (im Sinne einer Nutzen-Risiko-Abwägung) der isolierten Oberbauchperfusion gegenüber einer modernen leitliniengerechten systemischen Chemotherapie (z.B. 5-FU und Oxaliplatin) vorlägen. Die für den geltend gemachten Anspruch aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) bzw. nach den Grundsätzen im Beschluss des BVerfG vom 26.02.2013 (- [1 BvR 2045/12](#) -) notwendige Aussicht auf einen kurativen Behandlungserfolg, der über den mit Mitteln der Schulmedizin erreichbaren palliativen Nutzen hinausgehe, liege hier nicht vor. Bei der Oberbauchperfusion handele es sich zudem um einen durchaus risikobehafteten invasiven therapeutischen Eingriff. Vor dem Hintergrund einer wegweisenden Nutzen-Risiko-Abwägung sollte aus sozialmedizinischer Sicht ein deutlicher Nutzen durch den Eingriff zu erwarten sein, um die möglichen Risiken zu vernachlässigen. Hinweise für einen solchen Nutzen gebe es im vorliegenden Fall nicht. In Deutschland erkrankten pro Jahr ca. 16.000 Menschen an einem Pankreaskarzinom. Eine medizinische Konstellation wie im Fall des Versicherten ergebe sich daher sehr häufig. Es handele sich damit nicht um eine nicht-erforschbare singuläre

Fallkonstellation. Prof. Dr. A. wende die regionale Chemotherapie im M. Klinikum schon seit vielen Jahren an, so dass die Methode im eigentlichen Sinne nicht neu sei. Wenn aber eine Behandlungsmethode seit vielen Jahren praktiziert werde und dies bei einer häufigen onkologischen Erkrankung, erscheine es aus sozialmedizinischer Sicht notwendig, hierfür eine überzeugende wissenschaftliche Evidenz zu schaffen. Die vorstehend erwähnte Zweitlinientherapie (5-FU/Oxaliplatin) stelle ein Phase-III-geprüftes Therapiekonzept dar. Beim Versicherten sei die Entscheidung zur Durchführung einer Oberbauchperfusion offenbar nicht im Rahmen einer spezialisierten (universitären) Tumor-Konferenz gefällt worden, wie es für die Therapieplanung bei komplexen onkologischen Erkrankungen eigentlich am sinnvollsten sei.

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist bei einem geltend gemachten Erstattungsbetrag von 36.765,95 EUR überschritten. Die Berufung ist auch sonst zulässig ([§ 151 SGG](#)), jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die Kosten der im M.-Klinikum zur Behandlung der Krebserkrankung des Versicherten stationär erbrachten lokoregionalen Chemotherapie zu erstatten. Die Klägerin hat darauf keinen Anspruch.

I. Die Klägerin ist prozessführungsbefugt. Sie ist (unstreitig) Sonderrechtsnachfolgerin des verstorbenen Versicherten i. S. d. [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I](#), da sie zur Zeit des Todes des Versicherten mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hatte und von ihm auch wesentlich unterhalten worden war. Sie ist daher Inhaberin fälliger Ansprüche des verstorbenen Versicherten auf laufende Geldleistungen geworden. Zu den Ansprüchen auf laufende Geldleistungen i. S. d. [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I](#) gehören Erstattungsansprüche nach (der hier allein in Betracht kommenden Vorschrift des) [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) jedenfalls dann, wenn sie, wie hier, über mehrere Zeitabschnitte selbst beschaffte Leistungen betreffen (BSG, Ur. v. 03.07.2012, - [B 1 KR 6/11 R](#) -). Ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) wird auch mit seinem Entstehen fällig ([§ 41 SGB I](#)).

II. Dem Versicherten stand ein Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten für die während der streitigen Zeit (zwischen März und Juni 2011) im M.-Klinikum durchgeführte lokoregionale Chemotherapie jedoch nicht zu. Die Beklagte hat die Gewährung dieser Leistung zu Recht versagt.

Rechtsgrundlage des mit Klage und Berufung verfolgten Erstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Danach sind Kosten für (notwendige) selbst beschaffte Leistungen zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V). Beides ist hier nicht der Fall gewesen.

Eine unaufschiebbare Leistung i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V steht (unstreitig) nicht in Rede. Streitgegenstand sind die Kosten für stationäre lokoregionale Chemotherapie-Behandlungen zwischen dem 14.03.2011 und dem 12.06.2011. Der Versicherte hat die Übernahme der Kosten für die Behandlung mit lokoregionaler Chemotherapie im M.-Klinikum (über Dr. G.) unter dem 12.01.2011 (nach Erstvorstellung im M.-Klinikum am 07.01.2011) beantragt; die Beklagte hat den Antrag nach Befragung des MDK (MDK-Gutachten des Dr. H. vom 20.01.2011) mit Bescheid vom 25.01.2011 abgelehnt und auf den dagegen eingelegten Widerspruch des Versicherten das weitere MDK-Gutachten des Dr. W. vom 23.01.2011 erhoben. Erst danach - (im Wesentlichen) während des durch Widerspruchsbescheid vom 18.05.2011 abgeschlossenen Widerspruchsverfahrens - haben die hier streitgegenständlichen Behandlungen (zwischen März und Juni 2011) stattgefunden. Der Versicherte hat danach den für die Selbstbeschaffung von Behandlungsleistungen außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich vorgeschriebenen Beschaffungsweg gewählt und auch eingehalten (vgl. dazu etwa Senatsurteil vom 19.03.2014, - [L 5 KR 1496/13](#) -) und keine unaufschiebbare (Notfall-)Behandlung in Anspruch genommen. Das M.-Klinikum hat (folgerichtig) dem Versicherten privatärztlich erbrachte Behandlungsleistungen in Rechnung gestellt und nicht bei der Beklagten die Kosten einer Notfallbehandlung geltend gemacht (vgl. dazu etwa BSG, Ur. v. 18.07.2006, - [B 1 KR 24/05 R](#) -).

Die Beklagte hat die Gewährung der in Rede stehenden Behandlung auch nicht gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V zu Unrecht abgelehnt.

Der Erstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse. Er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistungen zu erbringen haben (BSG, Ur. v. 03.07.2012, - [B 1 KR 6/11 R](#) -).

Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) grundlegend umschrieben. Danach haben sie Anspruch auf Krankenbehandlung - auch im Krankenhaus ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) -, wenn diese notwendig ist, um (u. a.) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Allerdings haben die Krankenkassen nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt vielmehr den in [§§ 2 Abs. 1](#) und 12 Abs. 1 SGB V gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Gem. [§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) kann der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag des Spitzenverbands Bund, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger (u.a.) überprüfen, ob im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandte Behandlungsmethoden diesen Anforderungen genügen und die Behandlungsmethode ggf. aus der Leistungserbringung zu Lasten der Krankenkassen ausschließen (vgl. [§ 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)); der (weiter reichende) Erlaubnisvorbehalt in [§ 135 SGB V](#) gilt nur für die ambulante vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Versorgung (dazu etwa Senatsurteil vom 30.8.2006, - [L 5 KR 281/06](#) -).

Die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle

Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung ([§ 28 SGB V](#)), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung ([§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung aber nur durch zugelassene Krankenhäuser i. S. d. [§ 108 SGB V](#) erbringen. Dazu gehören (u.a.) Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben ([§ 108 Nr. 3 SGB V](#)).

Der Versicherte hat im M.-Klinikum eine stationär erbrachte ärztliche Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen; darüber streiten die Beteiligten nicht. Die lokoregionale Chemotherapie stellt eine ärztliche Behandlungsmethode dar. Sie erschöpft sich nicht in der Verabreichung eines Arzneimittels (Chemotherapeutikum), da die ärztliche Tätigkeit des Einbringens des Arzneimittels in den Körper - hier durch Oberbauchperfusion - für den angestrebten Therapieerfolg ebenso wichtig ist wie das Wirkprinzip des in den Körper eingebrachten Stoffes (vgl. näher BSG, Urt. v. 19.10.2004, - [B 1 KR 27/02 R](#) -, LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.05.2012, - [L 11 KR 5817/10](#) -). Eine Richtlinienentscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu dieser Behandlungsmethode nach [§ 137c SGB V](#) besteht nicht.

Bei der M.-Klinik handelt es sich jedoch um eine Privatklinik und nicht um ein zugelassenes Krankenhaus i. S. d. [§ 108 SGB V](#), insbesondere besteht kein Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#). Die Krankenkassen dürfen für Versicherte eine Krankenhausbehandlung durch diese Klinik daher nicht erbringen ([§ 108 SGB V](#)). Schon aus diesem Grund hat die Beklagte die Behandlungsleistung, die sich der Versicherte in der M.-Klinik selbst beschafft hat, nicht zu Unrecht abgelehnt (vgl. auch Senatsurteil vom 03.03.2010, - [L 5 KR 2035/09](#) -: lokoregionale Chemotherapie im M.-Klinikum bei Mammakarzinom). Anderes gilt nur im Fall des Systemversagens, wenn der Versicherte sich die in Rede stehende Krankenhausbehandlung also deshalb in einer Privatklinik hätte beschaffen müssen, weil sie - systemmangelbedingt - von Vertragskrankenhäusern nicht angeboten wird. Das ist hier jedoch nicht der Fall gewesen. Insoweit ist im MDK-Gutachten des Dr. T. vom 08.07.2014 zunächst dargelegt worden, dass die lokoregionale Chemotherapie als solche grundsätzlich auch von Krankenhäusern erbracht werden könnte, die zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind, darunter etwa die Universitätskliniken F., H. und L ... Dabei fällt nicht ausschlaggebend ins Gewicht, dass die in diesen Kliniken mögliche lokoregionale Chemotherapie andere Therapievarianten als die im M.-Klinikum konkret angewandte Therapievariante der isolierten Oberbauchperfusion umfasst. Jedenfalls wäre eine Krebsbehandlung nicht nur durch systemische, sondern auch durch lokoregionale Chemotherapie auf Wunsch des Versicherten ggf. in Vertragskrankenhäusern möglich gewesen, weshalb - so Dr. T. im MDK-Gutachten vom 18.07.2014 - nicht angenommen werden kann, dass auch die lokoregionale Chemotherapie durch isolierte Oberbauchperfusion in universitären Zentren, wie den Universitätskliniken F. oder H., nicht ebenfalls hätte erbracht werden können; bei diesen Kliniken hatte der Versicherte seinerzeit aber um die Anwendung der in Rede stehenden Behandlung nicht nachgesucht und es hatte offenbar auch eine Therapieplanung im Rahmen einer onkologischen Tumorkonferenz nicht stattgefunden. Davon abgesehen kann ein Systemversagen der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich solcher Leistungen, die (auch) Vertragskrankenhäuser zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht erbringen dürften, von vornherein nicht in Betracht kommen. Das gilt insbesondere für Behandlungen, die nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Das ist bei der lokoregionalen Chemotherapie (durch isolierte Oberbauchperfusion) aber der Fall (vgl. auch bereits Senatsurteil vom 03.03.2010, - [L 5 KR 2035/09](#) - zur lokoregionalen Chemotherapie bei Mammakarzinom). Die regionale Chemotherapie entspricht beim Pankreaskarzinom in Qualität und Wirksamkeit nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Das geht aus den vorliegenden MDK-Gutachten überzeugend hervor. Dr. H. hat bereits im MDK-Gutachten vom 20.01.2011 dargelegt, dass die intraarterielle Chemotherapie (als Unterform der lokoregionalen Chemotherapie) keinen Stellenwert in der palliativen Therapie des Pankreaskarzinoms hat. Valide Studien hierzu, die eine Überlegenheit im Vergleich zu den Behandlungsmethoden der vertraglichen Versorgung belegen würden, existieren nicht. Dr. W. hat diese Einschätzung im Gutachten vom 23.02.2011 bestätigt und weiter untermauert. Er hat bekräftigt, dass es zur Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsmethode kontrollierte Studien nicht gibt. Dr. T. hat im MDK-Gutachten vom 08.07.2014 weiter betont, dass die lokoregionale Chemotherapie in keiner ihrer Therapievarianten in den einschlägigen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften - hier: Leitlinie zur Behandlung des exokrinen Pankreaskarzinoms der Deutschen Krebsgesellschaft, Deutschen Krebshilfe und Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten - auch nur erwähnt wird. Vielmehr werden dort sowohl für die kurative wie für die palliative Therapie ausschließlich andere Behandlungsmethoden benannt. Daran hat Dr. T. im abschließenden MDK-Gutachten vom 27.08.2014 festgehalten. Die Einschätzung des MDK überzeugt auch den Senat. Bei dieser Sachlage besteht - ebenso wie hinsichtlich der lokoregionalen Chemotherapie zur Behandlung des Mammakarzinoms (Senatsurteil vom 03.03.2010, [a. a. O.](#)) - keine Grundlage für die Annahme, wegen Defiziten in der Erbringung der lokoregionalen Chemotherapie zur Behandlung des Pankreaskarzinoms könnte ein Systemversagen im Leistungsangebot der Vertragskrankenhäuser bestehen.

Die neuere Rechtsprechung des BVerfG zur grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung - worauf der geltend gemachte Erstattungsanspruch auch in erster Linie gestützt wird - kann dem Begehren der Klägerin ebenfalls nicht zum Erfolg verhelfen; die die Rechtsprechung des BVerfG kodifizierende Regelung in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) ist von vornherein nicht anzuwenden, da die Behandlung des Versicherten zwischen März und Juni 2011 und damit vor Inkrafttreten des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) zum 01.01.2012 stattgefunden hat.

In seinem grundlegenden Beschluss vom 06.12.2005 (- [B 1 BvR 347/98](#) -) hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar erklärt, 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. Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts sei in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr (im vom BVerfG entschiedenen Fall durch die Duchenne'sche Muskeldystrophie) verfassungswidrig. Das BSG hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben seiner Rechtsprechung zugrunde gelegt und näher konkretisiert. Danach - so etwa BSG, Urt. v. 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -; Urt. v. 04.04.2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) - verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe, gegen das Grundgesetz, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: Es liegt (1.) eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Krankheit (BSG, Urt. v. 16.12.2008, - [B 1 KN 3/07 KR R](#) -; Übersicht bei BSG, Urt. v. 5.5.2009, - [B 1 KR 15/08 R](#) -) vor. Für diese Krankheit steht (2.) eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. Beim Versicherten besteht (3.) hinsichtlich der ärztlich angewandten (neuen,

nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Es muss eine durch nahe Lebensgefahr gekennzeichnete individuelle Notlage gegeben sein, wobei das BVerfG es in einer speziellen Situation (Apharesebehandlung in einem besonderen Fall) hat ausreichen lassen, dass die Erkrankung voraussichtlich erst in einigen Jahren zum Tod führt (BVerfG, Beschl. 06.02.2007, - [1 BvR 3101/06](#) -).

Hier hat der Versicherte zwar unstreitig an einer lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, einem metastasierenden Pankreaskarzinom, gelitten, so dass die vorstehend unter 1. genannte Leistungsvoraussetzung erfüllt ist. Es fehlt jedoch - unbeschadet der bereits angeführten grundsätzlichen Möglichkeit, ggf. auf Wunsch die in Rede stehende Behandlung in einem Vertragskrankenhaus erhalten zu können - an den übrigen Voraussetzungen eines Anspruchs auf Gewährung bzw. Übernahme der Kosten einer lokoregionalen Chemotherapie aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungskatalogs.

Für die hier allein in Betracht kommende palliative Behandlung der Krebserkrankung des Versicherten hat zunächst eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung gestanden. Das geht aus den vorliegenden MDK-Gutachten überzeugend hervor. Dr. H. hat im MDK-Gutachten vom 20.01.2011 hierzu dargelegt, dass für die chemotherapeutische Krebsbehandlung neben Erlotinib und Gemcitabin Präparate mit den Wirkstoffen 5-FU und Mitomycin einsetzbar gewesen sind. Nach den maßgeblichen Leitlinien für die lege-artis durchzuführende Chemotherapie des Pankreaskarzinoms stellt die Anwendung von Gemcitabin, ggf. in Kombination mit Erlotinib die Erstlinientherapie, die Kombination von Gemcitabin mit Platin analog oder die Kombination aus 5-FU/Folonsäure bzw. Capecitabin mit Oxaliplatin die palliative Zweitlinientherapie dar. Dr. T. hat dies im abschließenden MDK-Gutachten vom 27.08.2014 nochmals bestätigt und hierfür zu Recht auf die aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung des Pankreaskarzinoms hingewiesen.

Außerdem hat hinsichtlich der beim Versicherten anstelle der anerkannten Behandlungsmethoden angewandten lokoregionalen Chemotherapie keine auf Indizien gestützte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestanden. Dieses Erfordernis darf einerseits zwar nicht überspannt werden, etwa durch die Forderung eines Wirksamkeits- und Nutznachweises durch evidenzbasierte Studien (vgl. etwa Senatsurteil vom 19.03.2014, - [L 5 KR 1496/13](#) -: Krebsbehandlung durch dendritische Zellen). Im Unterschied etwa zur Anwendung von Arzneimitteln im Off-Label-Use (dazu etwa BSG, Urt. v. 08.11.2011, - [B 1 KR 19/10 R](#) -) genügen nämlich schon (Wirksamkeits-)Indizien, die sich auch außerhalb von Studien oder vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften finden können. Andererseits darf die in Rede stehende und im Einzelfall vielfach maßgebliche Voraussetzung für die grundrechtsorientierte (erweiternde) Auslegung des Leistungskatalogs auch nicht (gänzlich) aufgelöst werden. Das (subjektive) Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt durch die entsprechende Einschätzung des behandelnden Arztes für sich allein genügt nicht. Wie bei der lokoregionalen Chemotherapie zur Behandlung des Mammakarzinoms (Senatsurteil vom 03.03.2010, - [L 5 KR 2035/09](#) -) kann der Senat auch bei der hier streitigen lokoregionalen Chemotherapie zur Behandlung des Pankreaskarzinoms ausreichende (objektive) Indizien für eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf des Versicherten nicht feststellen. Wie bereits Dr. H. im MDK-Gutachten vom 20.01.2011 dargelegt hat, kommt der lokoregionalen (intraarteriellen) Chemotherapie in der palliativen Chemotherapie des Pankreaskarzinoms nämlich kein Stellenwert zu. Dr. T. hat im MDK-Gutachten vom 08.07.2014 bekräftigend ausgeführt, dass - ungeachtet der aus Sicht des M.-Klinikums dort gemachten positiven Erfahrungen - die lokoregionale Chemotherapie in den einschlägigen Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften in keiner Anwendungsform (auch nur) erwähnt wird. Daraus folgert der Gutachter zu Recht, dass die Fachwelt für die in Rede stehende Therapie offenbar keinen Mehrwert für die Patientenversorgung sieht. Im abschließenden MDK-Gutachten vom 27.08.2014 hat Dr. T. diese Einschätzung erneut bestätigt. Letztendlich stützt sich die Klägerin für ihr Kostenerstattungsbegehren auch im Kern auf die positive Selbsteinschätzung des Versicherten hinsichtlich eines für ihn spürbaren Behandlungserfolgs der im M.-Klinikum durchgeführten lokoregionalen Chemotherapie und auf die entsprechenden Behandlungsberichte des Klinikums. Für sich allein genügt dies für die Aufnahme der lokoregionalen Chemotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung durch grundrechtsorientierte Auslegung indessen nicht.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat angesichts der vorliegenden Gutachten weitere Ermittlungen nicht auf.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung der Klägerin erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-04-10