

## L 11 KR 2236/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 KR 2741/12  
Datum  
16.04.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 2236/15  
Datum  
24.01.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die stationäre Behandlung eines metastasierenden Ovarialkarzinoms durch Hyperthermie bei Bestehen einer palliativen Situation ist vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen auch unter Berücksichtigung der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs nicht umfasst. Die Krankenkasse muss daher ihren Versicherten die Kosten für die Beschaffung dieser Behandlung nicht erstatten.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16.04.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt als Sonderrechtsnachfolger seiner Ehefrau die Kostenerstattung für eine stationäre Hyperthermie-Behandlung iHv 3.622,52 EUR.

Die 1967 geborene und am 06.11.2012 verstorbene Frau U. A. (- im folgenden Versicherte -) litt an einem metastasierten Ovarialcarcinom (Eierstockkrebs), das im August 2011 diagnostiziert worden war. Nach dem Tod führt der Ehemann der Versicherten die Klage fort.

Nach der Diagnose eines primär metastasierenden Ovarialcarcinoms mit Lymphknotenbefall, Magenbefall, Peritonealcarcinose und Pleuraergüssen bds wurde die Versicherte am 09.08.2011 operiert. Daraufhin erfolgten acht Zyklen Chemotherapie.

Mit Schreiben vom 16.05.2012 beantragte der Facharzt für Allgemeinmedizin M. bei der Beklagten für die Versicherte eine Kostenzusage bzw Zusage für eine Kostenbeteiligung an einer Hyperthermie-Therapie in der St. G. Klinik B. A ... Zur Begründung führte er aus, dass trotz der Chemotherapie der Tumormarker erneut angestiegen sei, so dass von einem Progress der Erkrankung ausgegangen werden müsse. Zudem habe sich bei der Versicherten unter der Chemotherapie eine Polyneuropathie, Haarverlust sowie schwere Nebenwirkungen mit kaum zu beherrschender Übelkeit entwickelt. Am 22.05.2012 beantragte auch die Klinik eine Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung ab dem 23.05.2012 für die Dauer von vier Tagen. Durchgeführt werden solle eine systemische Ganzkörperhyperthermie, loco-regionale Tiefenhyperthermie, Prostata-Thermotherapie sowie Chemotherapie.

Mit Schreiben vom 22.05.2012 teilte die Beklagte der Klinik mit, dass die Kosten nicht übernommen werden könnten, weil kein Versorgungsvertrag bestehe. Mit Bescheid vom 23.05.2012 lehnte die Beklagte den Antrag gegenüber der Versicherten ab.

In der Zeit vom 23.05.2012 bis zum 26.05.2012 wurde die stationäre Ganzkörperhyperthermie-Therapie mit low dose Chemotherapie in der Klinik St G. durchgeführt. Die Trägerin der Klinik stellte der Versicherten mit Schlussrechnung vom 30.05.2012 einen Betrag iHv 1.185 EUR für die stationäre Unterbringung und 3.297,75 EUR für die ärztliche und sonstige Behandlung sowie Medikamente in Rechnung. Für eine weitere Behandlung in der Zeit vom 29.05.2012 bis 01.06.2012 stellte die Klinik der Klägerin einen Betrag iHv 1.185 EUR für den Aufenthalt und 3.388,55 EUR für die Behandlung in Rechnung, insgesamt also einen Betrag von 9.056,30 EUR.

Mit Schreiben vom 05.06.2012 legte die Versicherte Widerspruch ein. Die Onkologie R. habe ihr keine andere Alternative als weitere Chemo-Therapien anbieten können. Da ihr Körper durch die Chemo-Therapien zusehends schwächer geworden sei, sei dies nicht infrage gekommen.

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Erstellung eines Gutachtens. Dr. B. führte im Gutachten vom 11.06.2012 aus, dass es sich bei der Hyperthermie um eine neue therapeutische Methode handle, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) bewertet und von der vertragsärztlichen Versorgung in allen Anwendungsformen und Indikationen ausgeschlossen worden sei. Die Indikation Ovarialcarcinom sei vom GBA selektiv geprüft worden. Eine lebensbedrohliche Erkrankung habe vorgelegen. Alle wissenschaftlichen Therapieansätze zur Behandlung des Carcinoms im aktuellen Tumorstadium der Versicherten seien derzeit nicht auf Heilung, sondern auf Palliation und Lebensverlängerung ausgerichtet. Es bestehe kein auf Evidenz gestützter Grund zu der Annahme der Versicherten, dass die adjuvante Hyperthermie in der Lage wäre, eine Heilung von der Tumorerkrankung zu bewirken. Dies finde sich auch in keiner schriftlichen Ausführung eines ihrer behandelnden Ärzte. Der Versicherten hätten schulmedizinische/vertragsmedizinische Therapien einschließlich der palliativen Medizin zur Verfügung gestanden. In Betracht käme eine weitere Chemotherapie. Die Evidenz für eine positive Beeinflussung der Erkrankung durch eine Hyperthermie-Behandlung sei derzeit nicht gegeben. Patienten sollten mittels Hyperthermie lediglich im Rahmen von wissenschaftlichen Studien behandelt werden.

Mit Bescheid vom 18.06.2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme erneut ab. Auch hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch.

Am 27.06.2012 beantragte die Klinik St. G. für die Versicherte eine Kostenübernahme für weitere Behandlungen. Auch diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 29.06.2012 ab. Die stationären Behandlungen führte die Versicherte dennoch durch.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.10.2012 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 18.06.2012 zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass mit der St. G. Klinik kein Versorgungsvertrag gem [§ 108 SGB V](#) bestehe und es sich somit um kein zugelassenes Vertragskrankenhaus handle. Die Hyperthermie-Behandlung sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch Beschlussfassung des GBA vom 18.01.2005 sei die Hyperthermie-Behandlung der Anlage B der BUB-Richtlinien als nicht anerkannte Methode zugewiesen worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 02.11.2012 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Sie hat mitgeteilt, dass die private Krankenzusatzversicherung der Versicherten für die ersten beiden Behandlungen 5.433,78 EUR übernommen habe, so dass ihr noch ein Betrag von 3.622,52 EUR zustehe.

Das SG hat die behandelnden Ärzte Dr. G.-M. und Dr. N. als sachverständige Zeugen schriftlich befragt, die Behandlungsakte der St. G. Klinik beigezogen, Arztbriefe beim Allgemeinmediziner M. angefordert und die Oberärztin der Frauenklinik des Universitätsklinikums F. Dr. R. mit der Erstellung eines Gutachtens gemäß [§ 106 SGG](#) beauftragt.

Der Onkologe Dr. N. hat in Vertretung der damals behandelnden Dr. H.-Z. mitgeteilt, dass der Versicherten in den Monaten Mai bis Juli 2012 als schulmedizinische Therapie bei Progress eine Second-line-Therapie z.B. mit Hycamtin, Gemzar oder Treosulfan zur Verfügung gestanden hätte. Die Ganzkörper-Hyperthermieverfahren hätten bisher in ihrem onkologischen Stellenwert durch Studien noch nicht geklärt werden können.

Dr. R. hat in ihrem Gutachten nach Aktenlage vom 08.04.2014 ausgeführt, dass sich im Oktober 2011 an der Thoraxwand eine Metastase des Ovarialkarzinoms gezeigt habe. Spätestens ab diesem Zeitpunkt habe man von einem metastasierten, nicht mehr heilbaren Ovarialcarzinom ausgehen müssen. Es handle sich hier um eine platinrefraktäre Situation. Nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie solle bei der Therapie des refraktären Rezidivs die Erhaltung der Lebensqualität gegenüber anderen Therapiezielen im Vordergrund stehen. Eine Kombinationstherapie biete keinen Vorteil gegenüber einer Monotherapie. Näher aufgeführte Chemo-Therapien seien deshalb als Therapie der Wahl anzusehen. Die in der Klinik St G. durchgeführte Ganzkörper-Hyperthermie stelle keine Therapie dar, die in den entsprechenden Leitlinien empfohlen werde. Die Datenlage hierfür sei noch nicht ausreichend. Nichtsdestotrotz gebe es einige kleinere Studien, in denen die Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie bei Ovarialcarzinom eingesetzt worden sei. Hier hätten sich sehr unterschiedliche Ansprechraten gezeigt. Einschränkung müsse hinzugefügt werden, dass es sich hier um ein sehr kleines und heterogenes Studienkollektiv mit insgesamt nur 39 Patientinnen gehandelt habe. Eine andere Studie hätten Studien mit 14 bzw. 28 Patientinnen durchgeführt. Die Datenlage für die Hyperthermie bei Ovarialcarzinom sei aktuell noch unzureichend, um als Standardtherapie zu gelten.

Mit Urteil vom 16.04.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch sei, dass ein Anspruch auf Gewährung der Behandlung im Rahmen des Sachleistungsprinzips bestanden habe. Dies sei vorliegend jedoch nicht der Fall gewesen. Eine Krankenhausbehandlung sei nur in zugelassenen Krankenhäusern möglich, wozu die Klinik St G. gerade nicht zähle. Auch aus verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten ergebe sich kein Anspruch. Zweifelsohne habe bei der Versicherten eine lebensbedrohliche Erkrankung vorgelegen. Jedoch hätten zum damaligen Zeitpunkt noch allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungen in Form einer Second-line-Therapie zur Verfügung gestanden. Wie Dr. N. und Dr. R. ausgeführt hätten, wären weitere Behandlungen mittels verschiedener Chemotherapeutika im Betracht gekommen. Es sei nicht ersichtlich, dass es der Versicherten nicht zumutbar gewesen sei, diese Standardtherapie durchzuführen. Auch wenn die von der Gutachterin aufgezeigte Standardtherapie wohl keine Aussicht auf dauerhafte Heilung geboten hätte, so könne dies im vorliegenden Fall nicht dazu führen, dass die Beklagte verpflichtet gewesen sei, die Behandlung in der Klinik St G. zu übernehmen. Insoweit bestünden keine Indizien dafür, dass die Behandlung mittels Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie eine Hoffnung auf endgültige Heilung darstelle. Aus den vorliegenden Studien ergebe sich dies nicht. Überwiegend seien die an den Studien beteiligten Patientinnen innerhalb eines überschaubaren Zeitraums verstorben. Der GBA habe 2005 den Nutzen einer Hyperthermie-Behandlung für verschiedenste Indikationen ausführlich untersucht. Er habe unter anderen festgestellt, dass bei einer weit fortgeschrittenen Erkrankung wie bei der Versicherten eine kurative Behandlungsmöglichkeit nicht zur Verfügung stehe. Unter Auswertung der entsprechenden Studien sei er zu dem Ergebnis gekommen, dass kein ausreichender Nachweis für eine Verbesserung der Behandlung durch die Hyperthermie bestünde. Weitere Forschung solle lediglich im Rahmen von klinischen Studien erfolgen.

Gegen das den Kläger bevollmächtigten am 27.04.2015 zugestellte Urteil haben diese am 27.05.2015 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt.

Der Kläger ist der Auffassung, dass seiner Ehefrau eine Hyperthermie-Behandlung als palliative Behandlung im Stadium ihrer

Kreberkrankung zugestanden habe. Eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung in Form second-line-Therapie sei unter Berücksichtigung des allgemeinen Krankheitszustandes nicht zumutbar gewesen. Seine Ehefrau sei bereits ab Oktober 2011 palliativ behandelt worden und habe an erheblichen Nebenwirkungen gelitten. Die Standardtherapien seien keine Option mehr gewesen, Schmerzen zu lindern und die Lebensqualität aufrechtzuerhalten. Durch die Dolphin-Studien sei eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf unter Berücksichtigung palliativer Behandlungsziele belegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 16.04.2015 und die Bescheide der Beklagten vom 23.05.2012 und 18.06.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.10.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 3.622,52 EUR zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Bescheide der Beklagten vom 23.05.2012 und 18.06.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.10.2012 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Der Kläger ist gem [§ 56 Abs 1 SGB I](#) Sonderrechtsnachfolger der Versicherten, seiner Ehefrau. Er lebte zum Zeitpunkt ihres Todes am 06.11.2012 in einem gemeinsamen Haushalt mit ihr. Der Kläger ist deshalb aktivlegitimiert. Er hat keinen Anspruch auf Erstattung der durch die stationäre Behandlung der Versicherten vom 23.05.2012 bis 26.05.2012 und vom 29.05.2012 bis 01.06.2012 in der Klinik St G. in B. A. entstandenen und noch offenen Kosten iHv insgesamt 3.622,52 EUR.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) kommt vorliegend schon von vornherein nicht in Betracht, da die Versicherte nicht das Kostenerstattungsverfahren gewählt hatte.

Auch die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine notwendige, selbstbeschaffte Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Fall 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind (Fall 2). Ein Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) setzt in beiden Regelungsalternativen einen entsprechenden Primärleistungsanspruch voraus, also einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse und geht in der Sache nicht weiter als ein solcher Anspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl Bundessozialgericht (BSG) 24.09.1996, [1 RK 33/95](#), [BSGE 79, 125](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#); BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#); BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)).

Eine Kostenerstattung aufgrund einer unaufschiebbaren Leistung scheidet schon deshalb aus, weil die Therapie in der Klinik St G. erst nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten begonnen worden ist.

Der Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2](#) ist zudem nur gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (BSG 17.12.2009, [B 3 KR 20/08 R](#), Breithaupt 2010, 914 mwN). Der Versicherte darf sich insbesondere nicht – unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt – von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer festgelegt haben (BSG 16.12.2008, [B 1 KR 2/08 R](#), juris). Mögliche Anhaltspunkte für eine solche Festlegung können etwa die Vereinbarung eines Behandlungs- oder Operationstermins oder das Verhalten des Versicherten bei der Antragstellung sein (Brandts in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, [§ 13 SGB V](#) RdNr 89 ff mwN).

Der Senat kann offen lassen, ob eine Kostenerstattung bezüglich des stationären Aufenthalts vom 29.05.2012 bis 01.06.2012 schon deshalb scheitert, weil bezüglich dieser Behandlung weder ein Kostenübernahmeantrag noch eine ablehnende Entscheidung der Beklagten vorliegt. Denn die Versicherte ist vorliegend nicht berechtigt gewesen, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung 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 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](#)). Die Regelung des [§ 13 Abs 3 Satz 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 besteht. Eine Versorgungslücke besteht nicht, wenn der Versicherte eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann, aber nicht will. Die Regelung in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ersetzt den Sachleistungsanspruch durch einen Kostenerstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine Leistung wegen ihrer Dringlichkeit nicht mehr rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht abgelehnt hat. In anderen Fällen selbstbeschaffter Leistungen besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse (BSG 03.07.2012, [B](#)

[1 KR 6/11 R](#), BSGE 111, 137).

Die Klinik St G. war 2012 nicht im Krankenhausplan des Freistaats B. enthalten und somit nicht zur Behandlung Versicherter zugelassen. Versicherte, denen ihre Krankenkasse rechtswidrig Leistungen verwehrt, sind jedoch nicht prinzipiell auf die Selbstbeschaffung der Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern verweisbar. Sie müssen sich nur eine der vorenthaltenen Naturalleistung entsprechende Leistung verschaffen, dies aber von vorneherein privatärztlich außerhalb des Leistungssystems. Die Reichweite des Kostenerstattungsanspruchs bestimmt sich auch insoweit maßgeblich nach der konkreten Lücke im Leistungssystem, die er zu schließen hat. Nur wenn die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstverschaffung des Versicherten erzwingt, ziehen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung (zum Ganzen BSG 11.09.2012, [B 1 KR 3/12 R](#), BSGE 111, 289 = SozR 4-2500 § 27 Nr 23); der Leistungserbringer muss jedoch die entsprechende Qualifikation zur Ausübung der Heilkunde besitzen (BSG 20.02.2004, [B 1 KR 10/03 B](#), juris).

So liegt der Fall hier indes nicht. Die Weigerung der Beklagten, die beantragte Hyperthermie-Behandlung zu bewilligen, war nicht rechtswidrig, sondern rechtmäßig. Bei der Versicherten wurde im August 2011 ein primär metastasierendes Ovarialcarcinom mit Lymphknotenbefall, Magenbefall, Peritonealcarcinose und Pleuraergüssen bds diagnostiziert. Sie wurde am 09.08.2011 operiert und erhielt nachfolgend acht Zyklen Chemotherapie mit Carboplatin/Taxol, ab 22.02.2012 zusätzlich mit Avastin und ab 11.04.2012 eine Erhaltungstherapie mit Avastin mono.

Im vorliegenden Fall war spätestens im Oktober 2011 eine palliative Situation eingetreten, eine Heilung war nicht mehr möglich. Das Behandlungsziel bestand allein in der Linderung von Beschwerden und Verbesserung der Lebensqualität. Dies entnimmt der Senat dem schlüssigen und überzeugenden Gutachten von Dr. R. und wird auch vom Kläger nicht in Frage gestellt (siehe Berufungsbegründung).

Bei der in der Klinik St G. angebotenen Hyperthermie handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode.

Für die stationäre Krankenbehandlung regelt die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [§ 137c SGB V](#). Nach Abs 1 dieser Vorschrift in der - hier maßgeblichen - seit 01.01.2012 geltenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)) überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden dürfen, wenn die Überprüfung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse ergibt, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht (Satz 4). Ist eine Richtlinie zur Erprobung nicht zustande gekommen, weil es an einer nach [§ 137e Abs. 6 SGB V](#) erforderlichen Vereinbarung fehlt, gilt Satz 4 entsprechend (Satz 5). Für den stationären Bereich gibt es mithin keine dem [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) entsprechende Vorschrift, die einen solchen Anerkennungsvorbehalt formuliert. Dies bedeutet allerdings nicht, dass in der stationären Krankenbehandlung sämtliche in Betracht kommenden Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Vielmehr sind die Krankenhäuser nicht davon entbunden, die Standards des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) im Einzelfall zu überprüfen und einzuhalten. [§ 137c SGB V](#) setzt die Geltung des Qualitätsvorbehaltes des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) nicht außer Kraft (BSG 28.07.2008, [B 1 KR 5/08 R](#); BSG 21.03.2013, [B 3 KR 2/12 R](#)). Die einzige Ausnahme bildet nach [§ 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) die Durchführung klinischer Studien. Behandlungen im Rahmen solcher Studien waren und sind daher zur Förderung des medizinischen Fortschritts stets zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar (BSG 21.03.2013, [B 3 KR 2/12 R](#)).

Außerhalb klinischer Studien muss es jedoch zu Qualität und Wirksamkeit einer Behandlungsmethode grundsätzlich zuverlässige wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen geben. Entsprechend der auch durch den GBA für seine Entscheidungen zugrunde gelegten Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin ist dabei eine Sichtung und qualitative Bewertung der über eine Behandlungsmethode vorhandenen wissenschaftlichen Publikationen und Expertisen vorzunehmen (BSG 01.03.2011, [B 1 KR 7/10 R](#); BSG 12.08.2009, [B 3 KR 10/07 R](#)). Erforderlich ist mithin, dass der Erfolg der Behandlungsmethode objektivierbar, also in einer ausreichenden Anzahl von Behandlungsfällen belegt ist (BSG 18.05.2004, [B 1 KR 21/02 R](#); Wagner in: Krauskopf, Stand Mai 2014, [§ 13 SGB V](#) Rn. 19). Die höchste Beweiskraft haben danach direkte Vergleichsstudien mit anderen Behandlungsmethoden, also Studien der Evidenzklasse I. Nur soweit derartige Studien nicht existieren, kann im Einzelfall auf andere, hinreichend aussage- und beweiskräftige Studien ausgewichen werden (Flint in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand Juni 2012, K § 35 RdNr. 64). Um der in [§ 137c SGB V](#) grundsätzlich angelegten Innovationsmöglichkeit gerecht zu werden, schließt der Senat dabei nicht aus, dass auch Expertenmeinungen zur Beurteilung des wissenschaftlichen Standards herangezogen werden können. Diese sind jedoch nicht geeignet, eine Leistungspflicht der Krankenkasse auch dann zu begründen, wenn objektivierbare Erkenntnisse bereits in eine andere Richtung weisen. Expertenmeinungen sind daher stets im Zusammenhang mit den vorhandenen objektivierbaren wissenschaftlichen Aussagen im Sinne einer maßgeblichen Gesamtschau heranzuziehen (LSG Baden-Württemberg 27.01.2012, [L 4 KR 2272/10](#)).

Die Hyperthermie-Behandlung entspricht nach Auffassung des Senats nicht den erforderlichen Qualitätsstandards. Der Senat schließt sich diesbezüglich den Ausführungen des MDK in den vorliegenden sozialmedizinischen Gutachten an. Der GBA hat die lokale und Ganzkörper-Hyperthermie bereits einer wissenschaftlichen Methodenbewertung unterzogen und sie von der vertragsärztlichen Leistung ausgeschlossen (GBA-Beschluss vom 18.01.2005; Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage II Nr 42). Aus den vom GBA ausgewerteten wissenschaftlichen Unterlagen ergibt sich, dass bisher kein Nachweis eines therapeutischen Nutzens unter alleiniger oder begleitende Hyperthermieanwendung bei malignen Ovarialtumoren besteht. Keine der verschiedenen Modifikationen der Hyperthermie sei bisher

ausreichend standardisiert. Auch zur Verträglichkeit bzw Sicherheit der untersuchten Hyperthermieverfahren könnten anhand der vorliegenden Daten keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Der GBA ist der Auffassung gewesen, dass die Hyperthermie-Behandlung auf die Durchführung kontrollierte Studien begrenzt bleiben müsse. Bzgl des Stands der wissenschaftlichen Forschung zur Hyperthermie wird auf die Gutachten des MDK verwiesen. Auch Dr. N. hat in seiner sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem SG angegeben, dass die Ganzkörper-Hyperthermieverfahren bisher in ihrem onkologischen Stellenwert durch Studien noch nicht geklärt werden haben können. Ebenso hat Dr. R. in ihrem Gutachten überzeugend dargelegt, dass die Datenlage für eine Empfehlung in den Leitlinien als Standardtherapie noch nicht ausreichend ist. Es gibt zwar einige kleinere Studien, in denen die Hyperthermie in Kombination mit Chemotherapie bei Ovarialcarcinomen eingesetzt worden sind. Hier haben sich sehr unterschiedliche Ansprechraten gezeigt. Jedoch hat es sich um ein sehr kleines und heterogenes Studienkollektiv gehandelt.

Der Kläger kann seinen Anspruch nicht auf die Verfassung unmittelbar oder den in Umsetzung der Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung (BVerfG 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#), [BVerfGE 115, 25](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#); BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [SozR 4-2500 § 25 Nr 12](#)) eingeführten [§ 2 Abs 1a SGB V](#) stützen. Der Gesetzgeber hat den vom BVerfG formulierten Anforderungen an eine grundrechtsorientierte Auslegung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf neue Behandlungsmethoden im Fall einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, mit dem am 01.01.2012 in Kraft getretenen [§ 2 Abs 1a SGB V](#) (Gesetz vom 22.12.2011, [BGBl I 2983](#)) Rechnung getragen. Eine Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine neue ärztliche Behandlungsmethode sei ausgeschlossen, weil der GBA diese nicht anerkannt habe, verstößt dann gegen das Grundgesetz bzw [§ 2 Abs 1a SGB V](#), wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung vor (1.); bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung (2.) und 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 (3.).

Für den Senat steht fest, dass die Versicherte unstreitig an einem lebensbedrohlichen Ovarialcarcinom erkrankt war. Dies ergibt sich aus sämtlichen vorliegenden ärztlichen Unterlagen und Gutachten. Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, darf nicht losgelöst davon betrachtet werden, was die anerkannte medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt. Zur Klärung 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 palliative Behandlungsmöglichkeiten an, weil sie jede Möglichkeit einer kurativen Behandlung als aussichtslos betrachtet, kommt ein Anspruch auf eine alternative Behandlungsmethode allerdings nur dann in Betracht, wenn eine auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg besteht (BVerfG vom 26.02.2013, [1 BvR 2045/12](#), juris).

Allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen stehen nicht zur Verfügung, wenn solche, bezogen auf das jeweilige konkrete Behandlungsziel iSv [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#), im medizinischen Leistungsspektrum (allgemein) nicht vorhanden sind oder diese für den konkreten Behandlungsfall wegen erheblicher gesundheitlicher Risiken, vor allem schwerwiegender Nebenwirkungen, nicht nutzbar sind; relevant für die Beurteilung ist der Zeitpunkt der Behandlung (Noftz in: Hauck/Noftz, SGB, 11/15, § 2 SGB V, Rn 76f mwN).

Wie oben bereits ausgeführt, bestand im Mai 2012 bereits eine palliative Situation. Der Versicherten stand zur Überzeugung des Senats eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende ambulante bzw stationäre palliative Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus bzw bei einem anderen zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung. Schon der Onkologe Dr. N. hat in seiner Stellungnahme gegenüber dem SG angegeben, dass nach dem Auftreten eines Progresses die second-line-Therapie mit den Chemotherapeutika Hycamtin, Gemzar oder Treosulfan die schulmedizinische Alternative darstellt. Auch die Sachverständige Dr. R. beschreibt als Therapie der Wahl eine Monochemotherapie. Diese Leistungen hätte die Versicherte als Sachleistungen erhalten können. Sie wollte diese jedoch wegen der Nebenwirkungen bzgl. der bisherigen Chemo-Therapien nicht in Anspruch nehmen.

Eine palliative Therapie bei unheilbarer Krebserkrankung ist jedoch in verschiedener Form durchaus in zugelassenen Kliniken bzw bei zugelassenen Vertragsärzten möglich. Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, lässt sich aus den Nebenwirkungen bezüglich der anfänglich durchgeführten Therapie nicht auf eine Unzumutbarkeit anderer zugelassener palliativer Behandlungen schließen.

Es ist zwar verständlich, dass die Versicherte in der sehr schwierigen persönlichen Situation die aus ihrer Sicht optimale Versorgung in der Klinik St G. in Anspruch genommen hat. Auch unter grundrechtsorientierter Auslegung ist die Beklagte jedoch nicht verpflichtet, die Kosten für die palliative Therapie mittels einer Hyperthermie-Therapie mit low dose Chemotherapie in der Klinik St G. zu erstatten.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-04-03