

## L 5 KR 4575/16

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 16 KR 2798/15  
Datum  
09.11.2016  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 4575/16  
Datum  
18.12.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-  
Kategorie  
Beschluss  
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 09.11.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten einer Protonentherapie i.H.v. 18.978,45 EUR streitig.

Die im Jahr 1966 geborenen S. B. (Versicherte) war bei der Beklagten krankenversichert.

Bei der Versicherten wurde im Dezember 2003 die Erstdiagnose Mamma-Carcinom mit Duktales Carcinoma in situ (DCIS) links oben außen pT 2 + pTis pN1a (1/11) M0 R0 G3, ER/PR pos. getroffen. Darauf erfolgte eine Segmentresektion und Axilladisektion im Dezember 2003 mit Nachresektion im Januar 2004. Hieran schlossen sich 6 Zyklen FEC-Chemotherapie und von April bis Juni 2004 eine Strahlentherapie an. Im Oktober 2009 wurde ein DCIS der rechten Mamma diagnostiziert, worauf eine Segmentresektion mit Nachresektion und anschließender Strahlentherapie von Dezember 2009 bis Januar 2010 durchgeführt wurde. Im Februar 2010 wurde ein intramammäres Rezidiv links diagnostiziert und eine Ablatio der Mammatae beidseits vorgenommen (links ypT3 G3 R0, rechts kein Tumornachweis). Bei einem im Februar 2010 durchgeführten CT erfolgte sodann der Nachweis von mindestens 2 Lebermetastasen sowie einer Knochenmetastase im Bereich LWK 1. Im März 2010 wurde eine Chemotherapie mit Paclitaxel und Herceptin sowie Bisphosphonattherapie eingeleitet. Am 19.05.2010 wurden im FDG-PET 3 größere bis maximal 2,5 cm messende Metastasen in den Lebersegmenten II, VI, IVb-I festgestellt, wobei 3 kleinere ca. 5 mm große Metastasen in nächster Nachbarschaft zur größeren Lebermetastase in Segment VI auffielen. In der Zeit vom 27.05.2010 bis zum 15.06.2010 ließ die Versicherte in der Chirurgischen Klinik Dr. R. eine Protonentherapie der Lebermetastasen und der Knochenmetastase durchführen und unterzeichnete hierfür den ambulanten Behandlungsvertrag vom 27.04.2010. Hierfür entstanden ihr ausweislich der Rechnung vom 25.06.2010 Kosten in Höhe von 18.978,45 EUR. Am 29.07.2010 erfolgte im Klinikum K. die operative Entfernung eines Thoraxwandrezidivs.

Mit Zahlungen vom 27.04.2010, 20.05.2010, 20.05.2010 und 26.05.2010 beglich die Versicherte den Rechnungsbetrag in Höhe von 18.978,45 EUR.

Bereits am 16.04.2010 beantragte die Versicherte die Kostenübernahme der Protonentherapie. Mit Bescheid vom 23.04.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Die Protonentherapie stelle eine spezielle Form der Strahlenbehandlung in der Krebsbehandlung dar. Sie werde von Experten kontrovers diskutiert. Die Protonentherapie sei für fünf Indikationen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) positiv bewertet worden: Knorpel- und Knochentumore der Schädelbasis, bösartige Veränderungen der mittleren Augenhaut, Blutgefäßfehlbildungen des Gehirns und unter besonderen Voraussetzungen bestimmte Stadien beim Rektumkarzinom. Das Mammakarzinom sei vom G-BA ausgeschlossen. Bezüglich der Erkrankung der Leber- und Knochenmetastasen sei bislang noch keine Bewertung durch den G-BA erfolgt. Nach den vorliegenden Unterlagen seien verschiedene andere Behandlungsmöglichkeiten gegeben. Eine Kostenübernahme komme deshalb nicht in Betracht.

Hiergegen erhob die Versicherte Widerspruch. Die Beklagte veranlasste daraufhin die Begutachtung des Falles durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dr. de R.-W. führte in seinem sozialmedizinischen Gutachten (nach Aktenlage) vom 30.08.2010 aus,

dass es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) handle. Die Kosten hierfür seien nicht erstattungsfähig. Durch die Krebserkrankung liege zwar eine lebensbedrohliche Erkrankung vor, es bestünden jedoch vertragliche Behandlungsmöglichkeiten. Hinsichtlich der Lebermetastasen sei an eine Chemotherapie zu denken, ggf. sei eine Teilresektion in Erwägung zu ziehen. Bezüglich der Metastase in LWK 1 komme eine herkömmliche Bestrahlung in Betracht. Im Übrigen komme das Einbringen der Versicherten in entsprechende Studien z.B. im H. Ionenstrahlungszentrum HIT an der Universitätsklinikum in Betracht.

Die Versicherte legte daraufhin der Beklagten weiter medizinische Unterlagen (u.a. CT des Thorax und des Oberbauches vom 12.10.2010) vor, aus denen sich der Erfolg der Behandlung ergebe. Die Beklagte bat daraufhin beim MDK um eine neue sozialmedizinische Begutachtung. Dr. F. kam in seinem Gutachten (nach Aktenlage) vom 20.12.2010 ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine NUB vorliege. Es bestünden jedoch die genannten vertraglichen Behandlungsmöglichkeiten. Mit Widerspruchsbescheid vom 02.03.2011 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch als unbegründet zurück.

Hiergegen erhob die Versicherte am 18.03.2011 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG), die unter dem Az. S 3 KR 1226/11 geführte wurde.

Im Klageverfahren legte die Klägerin weitere Unterlagen bzgl. des Erfolgs der Behandlung und die Beklagte das Gutachten des MDK N. - Kompetenz Centrum (KC) Onkologie vom 25.01.2012 vor, das der Leiter des KC Onkologie Prof. Dr. H. und der Arzt für Strahlentherapie Dr. Sch. erstattet hatten. Danach handelt es sich nach den vorliegenden Unterlagen bei der durchgeführten Protonentherapie um eine ambulante Maßnahme, die freilich nicht im EBM abgebildet sei. Für eine mögliche Aufnahme in den vertragsärztlichen Leistungskatalog sei daher eine positive Bewertung durch den G-BA nötig. Dies sei jedoch bislang nicht erfolgt. In einer Reihe von Indikation seien Beratungen zur Protonentherapie im Krankenhaus nach [§ 137c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) erfolgt. Da die Nutzenbewertungen des G-BA in der Regel trotz der unterschiedlichen rechtstechnischen Ausgestaltung der [§§ 135](#) bzw. [137c SGB V](#) sektorenübergreifend zu verstehen seien, seien sowohl die Bewertungen gem. § 135 als auch gem. [§ 137c SGB V](#) zu berücksichtigen. Die Protonentherapie von Lebermetastasen sei durch den G-BA dabei für den stationären und folglich auch für den ambulanten Sektor mit Beschluss vom 20.01.2011 ausgeschlossen worden. Zum Zeitpunkt der streitigen Behandlung im Jahr 2010 sei dieser Ausschluss zwar noch nicht in Kraft gewesen. Jedoch sei die dem Ausschluss zugrundeliegende Evidenzlage bereits vorhanden gewesen, so dass hier sachinhaltlich der genannte G-BA-Beschluss zu berücksichtigen sei. Demgegenüber sei die Protonentherapie von Knochenmetastasen bislang durch den G-BA weder gem. § 135 noch gem. [§ 137c SGB V](#) abschließend bewertet worden. Auch die Kriterien des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses vom 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#)) seien als nicht erfüllt anzusehen. Die Lebermetastasen hätten vorzugsweise mittels einer systemischen, also Chemo-, antihormonellen und/oder zielgerichteten Therapie behandelt werden sollen. Soweit diese bereits ausgeschöpft oder nicht möglich gewesen wäre, hätten als Therapie der zweiten Wahl mehrere vertragliche Verfahren der Lokaltherapie der Lebermetastasen zur Verfügung gestanden, nämlich Radiofrequenz-Ablation (RFA), arterielle Chemotherapie (HA), transarterielle Chemoembolisation (TACE) und stereotaktische Strahlentherapie (SBRT) mit Photonen am Linearbeschleuniger. Zur Behandlung der Knochenmetastase in LWK1 habe die konventionelle Strahlentherapie mit Photonen am Linearbeschleuniger, nötigenfalls in Form eines Präzisionsverfahrens wie intensitätsmodulierter Strahlentherapie (IMRT) bzw. Tomotherapie zur Verfügung gestanden. Ein Zusatznutzen der Protonentherapie gegenüber den genannten Verfahren sei in keiner der beiden Indikationen belegt.

Darüber hinaus befragte das SG die behandelnden Ärzte der Versicherten als sachverständige Zeugen. Der Facharzt für Strahlentherapie Th. teilte in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 03.12.2012 mit, dass sich die Versicherte mit der Frage einer Strahlentherapie der knöchernen Metastase LWK 1 vorgestellt habe. Da zu diesem Zeitpunkt aufgrund der Lebermetastasierung eine vorrangige Chemotherapie geplant gewesen sei, sei von einer Bestrahlung vorerst abgesehen worden. Prof. Dr. M., St. Klinikum K., teilte in seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 12.12.2012 mit, dass hinsichtlich der Lebermetastasen eine Chemotherapie und hinsichtlich der Knochenmetastase im Bereich LWK 1 eine Bestrahlung erörtert worden sei. Zur Behandlung der Lebermetastasen sei leitliniengemäß eine systemische Therapie zu empfehlen gewesen. Diese hätte in Form einer endokrinen Therapie, einer zielgerichteten Therapie oder einer Chemotherapie erfolgen können. Zur Behandlung der Knochenmetastase im Bereich LWK 1 sei leitliniengemäß die herkömmliche Bestrahlung und Therapie mit Bisphosphonaten zu nennen.

Mit Verfügung vom 13.02.2013 beauftragte das SG Prof. Dr. S., Direktor des Brustzentrums an der Universitäts-Frauenklinik H., mit einem Gutachten nach Aktenlage. Dieser kam in seinem Gutachten vom 27.07.2013 zu dem Ergebnis, dass bzgl. der Lebermetastasen eine Chemotherapie indiziert gewesen sei. Betreffend der Knochenmetastasen wäre eine konventionelle Radiatio die Therapie der Wahl gewesen. Inwieweit hinsichtlich der Protonentherapie eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe, müsse ein strahlentherapeutisches Gutachten beantworten. Dies gelte auch für die Frage, ob die Vorgehensweise des R. P. Th. C. (R.) unter Annahme einer Notsituation und unter der Annahme, dass eine erprobte Therapie nicht mehr verfügbar sei und eine dem Grunde nach lebensbedrohliche Situation möglicherweise positiv beeinflusst werden könne, den Bedingungen des experimentellen Handelns gerecht werde.

In der mündlichen Verhandlung am 17.12.2013 schlossen die Beteiligten sodann einen Vergleich, wonach sich die Beklagte bereit erklärte, nach der Vorlage weiterer Befundunterlagen, Gutachten und Stellungnahmen durch die Versicherte, erneut über den Antrag auf Kostenerstattung zu entscheiden.

Am 13.05.2015 legte die Versicherte den Bericht über die Nachsorgeuntersuchung des R. vom 13.03.2015, das ärztliche Attest des Hausarztes Dr. R. vom 02.01.2015, und die Bestätigung des R. vom 25.03.2014 mit der Bitte um Prüfung vor, ob nunmehr ein positiver Bescheid ergehen könne.

In der daraufhin von der Beklagten eingeholten sozialmedizinischen Fallberatung vom 10.06.2015 wies Dr. B.-N. darauf hin, dass sich auch nach Würdigung der vorgelegten Unterlagen kein neuer Sachverhalt ergebe. Es sei weiterhin auf das Gutachten vom 25.01.2012 durch das KC Onkologie hinzuweisen. Hierin werde der ausführliche Krankheitsverlauf bis zum Jahr 2011 gewürdigt und zutreffend auf die mangelnde Kostenübernahmefähigkeit der Protonentherapie hingewiesen.

Gestützt hierauf lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 15.06.2015 eine Kostenübernahme der Protonentherapie erneut ab.

Hiergegen legte die Versicherte am 23.06.2015 Widerspruch ein, zu dessen Begründung sie eine Stellungnahme der Chirurgischen Klinik Dr.

R. vom 12.06.2015 vorlegte, wonach der Erfolg der Strahlentherapie durch radiologische Befunde belegt sei. Die Versicherte lebe 6 Jahre nach der Protonentherapie beschwerdefrei. Insoweit lasse sich die Indikationsstellung vor 6 Jahren zur Protonentherapie der Lebermetastasen positiv und auch retrospektiv als korrekt begründen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.08.2015 wies die Beklagte den Widerspruch der Versicherten zurück. Die beantragte Behandlungsmethode sei bisher nicht in die Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen worden. Es handele sich deshalb nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Notfall liege ebenfalls nicht vor.

Hiergegen erhob die Versicherte am 31.08.2015 erneut Klage zum SG. Sie habe Unterlagen - wie im Vergleich vereinbart - vorgelegt. Gleichwohl habe die Beklagte das Begehren negativ beschieden. Im Widerspruchsbescheid seien die Befunde und Unterlagen, die sie vorgelegt habe, nicht einmal erwähnt. In dem Vergleich habe sich die Beklagte allerdings verpflichtet, auf Basis vorgelegter Stellungnahmen neu zu entscheiden. Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf ihren Widerspruchsbescheid entgegen.

Die Versicherte verstarb am 22.09.2015. Sie wurde von ihrem mit ihr in einem Haushalt lebenden Ehegatten, dem Kläger, beerbt, der den Rechtsstreit fortführte.

Mit Urteil vom 09.11.2016 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, dass der Kläger, als Rechtsnachfolger der Versicherten, keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten, die durch die durchgeführte Protonentherapie entstanden seien, habe. Die Protonentherapie sei ambulant durchgeführt worden. Eine ambulante Protonentherapie gehöre nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, weil der G-BA diese Behandlungsform bei der Indikation Mammakarzinom sowie der Leber- und Knochenmetastasen nicht positiv empfohlen habe. Es liege auch keine Ausnahmefall im Sinne eines Seltenheitsfalles oder eines Systemversagens vor. Ein Leistungsanspruch ergebe sich schließlich auch nicht entsprechend der - nunmehr mit Wirkung vom 01.01.2012 in [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) kodifizierten - Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Vorliegen einer notstandsähnlichen Krankheitssituation, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit der Verlust des Lebens, eines wichtigen Organs bzw. einer herausgehobenen Körperfunktion zu befürchten sei. Das bei der Versicherten diagnostizierte metastasierte Mammakarzinom stelle eine lebensbedrohliche Erkrankung dar. Gleichwohl hätten aber zur Behandlung allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende und auch vertretbare Behandlungsmethoden, die den Anspruch auf Leistung einer Protonentherapie ausschließen, zur Verfügung gestanden. Die Kammer beziehe sich insoweit auf die Gutachten des MDK vom 25.01.2012 und 10.06.2015, wonach im vorliegenden Fall zur Behandlung der Lebermetastasen leitliniengemäß vorrangig eine systemische Therapie, wie Chemotherapie oder eine antihormonelle Therapie zu empfehlen gewesen sei. Die Behandlung der Knochenmetastasen hätte mittels Strahlentherapie der Photonen erfolgen können. Gestützt werde diese Annahme durch die sachverständige Zeugenaussage des Prof. Dr. M. vom 12.12.2012, bei dem sich die Versicherte 2010 in Behandlung befunden habe. Auch aus den im Rahmen des gerichtlichen Vergleiches nochmals vorgelegten Unterlagen ergebe sich nichts anderes. Auch hierin finde sich keine Aussagen darüber, dass die ursprünglich begonnene Chemotherapie wegen der Zunahme der Metastasen habe abgebrochen werden müssen und diese keine geeignete Behandlungsalternative dargestellt hätten. Vielmehr bestätige Dr. W. von der Klinik Dr. R., dass ein Absetzen der Chemotherapie wegen einer anstehenden PET/CT Untersuchung notwendig gewesen sei. Im Ergebnis hätten zur Überzeugung der Kammer andere, allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethoden zur Verfügung gestanden.

Gegen das am 24.11.2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.12.2016 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zu deren Begründung bringt er vor, zum Zeitpunkt der Durchführung der Protonentherapie habe die geschätzte Lebenserwartung der Versicherten noch 6 Monate betragen. Die konventionellen Behandlungsmethoden seien hieraus folgend als nicht aussichtsreich eingeschätzt worden. Daher habe sich die Versicherte der Protonentherapie teilstationär unterzogen und noch über 5 Jahre gelebt und sei sodann an einer anderen Krankheit verstorben. Die Protonentherapie sei methodologisch zur Behandlung beim Mammakarzinom mit Leber- und Wirbelsäulenmetastasen geeignet, auch wenn hierfür Studien noch nicht bestünden. Im Übrigen hätte eine private Krankenversicherung die Kosten übernommen, weshalb ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1](#), [2](#), [Art. 2 Abs. 1](#) und [Art. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) zu rügen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 09.11.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 15.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.08.2015 zu verurteilen, die Kosten für die bei der Versicherten durchgeführten Protonentherapie im R. P. Th. C., M., i.H.v. 18.978,45 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf ihren Widerspruchsbescheid und den Inhalt des angegriffenen Urteils.

Im Erörterungstermin am 18.10.2017 sind die Beteiligten unter Hinweis auf die Rspr. des Senats (Beschlüsse vom 21.09.2016 - [L 5 KR 2884/14](#) -; 02.11.2016 - [L 5 KR 4067/15](#); Urteil vom 14.12.2016 - [L 5 KR 3913/15](#) -, alle n.v.) betr. die Erstattung von Kosten einer Protonentherapie im R. darauf hingewiesen worden, dass die Berufung keine Aussicht auf Erfolg versprechen dürfte. Ferner wurde mitgeteilt, dass der Senat erwäge, über die Berufung im Beschlusswege nach [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu entscheiden. Den Beteiligten ist Gelegenheit eingeräumt worden, sich hierzu bis spätestens 17.11.2017 zu äußern. Die Beteiligten haben sich abschließend nur noch mit Blick auf eine - gescheiterte - außergerichtliche Erledigung des Rechtsstreits geäußert.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Leistungsakte, die Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind, verwiesen.

II.

Die Berufung des Klägers, der als Sonderrechtsnachfolger nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) der Versicherten prozessführungsbefugt ist, da auch Kostenerstattungsansprüche wie der vorliegende regelmäßig laufende Leistungen i.S.d. [§ 56 SGB I](#) sind (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18.11.2014 - [B 1 KR 8/13 R](#) - in juris), ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) statthaft. Streitgegenstand des Klage- und des Berufungsverfahrens ist die Erstattung der Aufwendungen, die der Versicherten für die im R. durchgeführte Protonentherapie (abgerechnet als FPGKV 100) entstanden sind. Diese belaufen sich ausweislich der im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Rechnungen auf insg. 18.978,45 EUR, sodass der nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) erforderliche Wert des Beschwerdegegenstandes von 750,- EUR überschritten ist. Da die Berufung auch form- und fristgerecht eingelegt wurde (vgl. [§ 151 SGG](#)), ist die Berufung zulässig.

Der Senat entscheidet gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) nach Anhörung der Beteiligten über die Berufung durch Beschluss, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Gründe für die Durchführung einer mündlichen Verhandlung wurden nicht vorgetragen und sind dem Senat auch anderweitig nicht ersichtlich.

Die Berufung führt für den Kläger inhaltlich nicht zum Erfolg. Das SG hat die Klage in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass ihm die für die Durchführung der Protonentherapie entstandenen Kosten i.H.v. insg. 18.978,45 EUR von der Beklagten zu erstatten sind.

Rechtsgrundlage des vom Kläger geltend gemachten Erstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Die Vorschrift bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Das Gesetz sieht damit in Ergänzung des Sachleistungssystems der GKV ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise Kostenerstattung vor, wenn der Versicherte sich eine Leistung auf eigene Kosten selbst beschaffen musste, weil sie von der Krankenkasse als Sachleistung wegen eines Mangels im Versorgungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt worden ist (vgl. etwa BSG, Urteil vom 02.11.2007, - [B 1 KR 14/07 R](#) -; Urteil vom 14.12.2006, - [B 1 KR 8/06 R](#) -, beide in juris). Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) (1. und 2. Alt.) SGB V reicht daher nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (etwa auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#)). Die Krankenkasse muss Aufwendungen des Versicherten nur erstatten, wenn die selbst beschaffte Leistung (nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Rechts, BSG, Urteil vom 08.03.1995, - [1 RK 8/94](#) -, in juris) ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen ist oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Die Selbstbeschaffung der Leistung muss außerdem zu einer (zivil-)rechtlich wirksamen Kostenlast des Versicherten geführt haben. Daran kann es insbesondere bei Verstößen gegen das einschlägige öffentlich-rechtliche Preisrecht fehlen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und zum Preisrecht für Krankenhausleistungen; auch etwa jurisPK-SGB V Schlegel/Voelzke, § 33 Rdnr. 49).

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. Es kommt nicht (mehr) darauf an, ob es dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten; die gegenteilige Rechtsprechung hat das BSG im Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris) aufgegeben. Unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn der Versicherte mit der Ausführung so lange wartet, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, um den mit ihr angestrebten Erfolg noch zu erreichen oder um sicherzustellen, dass er noch innerhalb eines therapeutischen Zeitfensters die benötigte Behandlung erhalten wird. Dies gilt umso mehr, wenn der Beschaffungsvorgang aus der Natur der Sache heraus eines längeren zeitlichen Vorlaufs bedarf und der Zeitpunkt der Entscheidung der Krankenkasse nicht abzusehen ist. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V erfasst auch die Fälle, in denen der Versicherte zunächst einen Antrag bei der Krankenkasse stellte, aber wegen Unaufschiebbarkeit deren Entscheidung nicht mehr abwarten konnte (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Liegt hingegen nicht nur ein Eilfall in diesem Sinne, sondern (sogar) ein (medizinischer) Notfall i.S.d. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, muss also ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden, ist der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V nicht einschlägig, sondern ausgeschlossen. Der Leistungserbringer erhält seine Vergütung für Notfalleleistungen nicht vom (erstattungsberechtigten) Versicherten, sondern bei ambulanter Leistungserbringung von der Kassenärztlichen Vereinigung (aus der Gesamtvergütung, [§ 85 SGB V](#)) und bei stationärer Leistungserbringung von der Krankenkasse. Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V kann daher (gerade) auch dann erfüllt sein, wenn zwischen der erstmaligen Anfrage des Versicherten bei einem Behandler, einer etwaigen Voruntersuchung und dem eigentlichen Behandlungsbeginn längere (Warte-)Zeiten, ggf. auch mehrere Wochen, verstreichen (auch dazu: BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris).

Davon ausgehend steht eine unaufschiebbare Leistung i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V nicht in Rede; der Kläger hat dies auch nicht geltend gemacht. Der zeitliche Ablauf der Protonenbehandlung im R. zeigt auch, dass diese Behandlung nicht im Eilfall als unaufschiebbare Therapiemaßnahme, sondern nach vorheriger Überlegung und Abwägung des Für und Wider planmäßig (anstelle der zum Leistungskatalog der GKV gehörenden Behandlung, dazu sogleich) durchgeführt worden ist. Das geht aus dem Klagevorbringen der Versicherten selbst hervor. Die Versicherte hatte sich zunächst informiert und sich sodann für die Protonentherapie im R. entschieden. Sie hat die Gewährung dieser Behandlung daraufhin mit E-Mail vom 16.04.2010 bei der Beklagten beantragt und die Protonentherapie am 27.05.2010 aufgenommen. Der Senat kann offen lassen, ob sich die Versicherte nicht von vornherein auf die Durchführung einer Protonentherapie festgelegt hatte. Jedenfalls kann bei diesem Verfahrensgang eine unaufschiebbare Leistung i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V nicht festgestellt werden. Davon abgesehen wäre auch bei Vorliegen einer unaufschiebbaren Leistung i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V notwendig, dass die Beklagte die Protonentherapie als Sachleistung der GKV hätte gewähren müssen (BSG; Urteil vom 08.09.2015, [a.a.O.](#)). Auch daran hat es - wie sogleich zu [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V darzulegen ist - gefehlt.

Der regelmäßig im Vordergrund stehende Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V (rechtswidrige Leistungsablehnung)

setzt die rechtswidrige Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und außerdem einen Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast voraus. Dieser Ursachenzusammenhang fehlt, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 30.06.2009, - [B 1 KR 5/09 R](#) -, in juris; vgl. auch [§ 19 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) sowie ab 01.01.2013 die Beschleunigungsvorschrift in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#)) oder wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte. Das mit einer Entscheidung der Krankenkasse abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt weder einen "Formalismus" in dem Sinne dar, dass es ganz entbehrlich ist, noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte nicht gehalten ist, die Entscheidung der Krankenkasse in seine eigene Entscheidung inhaltlich einzubeziehen, sondern den Abschluss des Verwaltungsverfahrens nur "formal" abwarten muss, jedoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der GKV gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (so: BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Dem steht nicht entgegen, dass [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V nach der Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 19.03.2009, - [1 BvR 316/09](#) -, in juris) nicht in der Weise ausgelegt werden darf, dass er für einen bestehenden Leistungsanspruch die Funktion eines anspruchsvernichtenden Tatbestands entwickelt.

Davon ausgehend kann der Kläger die Erstattung der für die Behandlung der Versicherten durch die Protonentherapie entstandenen Aufwendungen nicht beanspruchen. Die Beklagte hat die Gewährung der Protonentherapie als Sachleistung der GKV nicht gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V zu Unrecht abgelehnt.

Das SG hat insoweit zutreffend dargelegt, dass die Protonentherapie nicht als (voll- oder teilstationäre oder ambulante) Krankenhausbehandlung, sondern als (privatärztliche) ambulante Behandlung erbracht worden ist. Der Kläger hat auch im Berufungsverfahren erneut nur mitgeteilt, dass die Versicherte die Behandlungsräume des R. (in der Chirurgischen Klinik Dr. R.) - während der Woche - nur zur Bestrahlungsbehandlung aufgesucht hat; die Versicherte war anderweitig (im Wohnmobil) untergebracht und am Wochenende zu Hause. Dementsprechend wurde auch ein ambulanter Behandlungsvertrag durch die Versicherte mit dem R. geschlossen. Der Senat nimmt auf die Entscheidung des SG gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug und sieht zur Vermeidung von Wiederholung von einer weiteren Darstellung ab. Als ambulante (vertragsärztliche) Behandlung kann die Protonentherapie durch das R. jedoch nicht zu Lasten der GKV erbracht werden, weil die Ärzte des R. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen sind und für die Protonenbehandlung von Leber- und Knochenmetastasen außerdem die gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) notwendige und hier auch nicht entbehrliche positive Empfehlung des G-BA nicht vorliegt. Dass die Chirurgische Klinik Dr. R. (als Plankrankenhaus) zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen ist, ist unerheblich, da die Protonentherapie nicht als Krankenhausbehandlung dieser Klinik, sondern als ambulante (privatärztliche) Behandlung des R. erbracht worden ist.

Darüber hinaus scheidet eine Übernahme der Kosten auch daran, dass die Beklagte der Versicherten gegenüber nicht zur Gewährung der Protonentherapie als Sachleistung verpflichtet war. Zwar hatte die Versicherte wegen der Knochen- und Lebermetastasen gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf die insoweit notwendige ambulante ärztliche Versorgung. Vorliegend sind für die Protonentherapie jedoch die Voraussetzungen eines ambulanten Versorgungsanspruchs nicht erfüllt. 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. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 3 SGB V](#)) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Behandler ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasst jedoch nur solche Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V](#)). Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) nur dann erbracht werden, wenn der G-BA hierzu in Richtlinien eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben hat (BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - in juris). Liegt für eine neue Behandlungsmethode keine positive Empfehlung des G-BA vor, rechnet sie nicht zur Krankenbehandlung, die Versicherte beanspruchen bzw. für die sie sekundär Kostenerstattung verlangen können (BSG, Urteil vom 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - in juris). I.S.d. [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist eine Behandlungsmethode "neu", wenn sie - wie hier die Protonentherapie - zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vertragsärztlicher Leistungen enthalten ist (vgl. BSG, Urteil vom 26.09.2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - in juris). Da der G-BA für 3 Indikationen die Protonentherapie als positiv bewertet hat, jedoch für die Behandlung von Leber- und Knochenmetastasen kein positives Beratungsergebnis vorliegt, ist sie grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies wird letztlich auch von der Klägerin nicht in Abrede gestellt.

Eine Situation, in der es ausnahmsweise keiner derartigen Empfehlung bedarf, liegt nicht vor. Für einen Seltenheitsfall (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28.02.2008 - [B 1 KR 16/07 R](#) - in juris) oder ein Systemversagen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 30/06 R](#) - in juris) sieht der Senat keine Anhaltspunkte.

Die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung nach Maßgabe der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs (jetzt kodifiziert in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#)) sind ebenfalls nicht erfüllt gewesen.

In seinem hierfür grundlegenden Beschluss vom 06.12.2005 (- [1 BvR 347/98](#) -, in juris) 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, Urteil vom 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) -; Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) -, beide in juris, - verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der GKV ausgeschlossen, weil der zuständige GBA 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, Urteil vom 16.12.2008, - [B 1 KN 3/07 KR R](#) -; Übersicht etwa bei BSG, Urteil vom 05.05.2009, - [B 1 KR 15/08 R](#) -, alle in juris) 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 entfernt 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 (vgl. insoweit auch BVerfG, Beschluss vom 10.11.2015, - [1 BvR 2056/12](#) - und vom 26.03.2014, - [1 BvR 2415/13](#) -, beide in juris), 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, Beschluss vom 06.02.2007, - [1 BvR 3101/06](#) -; zu alledem auch Senatsurteile vom 18.03.2015, - [L 5 KR 3861/12](#) - und vom 27.07.2016, - [L 5 KR 442/16](#) -, beide in juris).

Das Erfordernis der indiziengestützten Aussicht auf eine nicht ganz entfernt liegende, wenigstens spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (dazu näher, insbesondere zur abstrakten und konkret-individuellen Prüfung und Abwägung von Risiken und Nutzen der Behandlungsmethode, BSG, Urteil vom 02.09.2014, - [B 1 KR 4/13 R](#) -, in juris Rdnr. 16) 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), n.v.). Im Unterschied zur Anwendung von Arzneimitteln im Off-Label-Use (dazu BSG, Urteil vom 03.07.2012, - [B 1 KR 25/11 R](#) -; Urteil vom 08.11.2011, - [B 1 KR 19/10 R](#) -, beide in juris) genügen nämlich schon (Wirksamkeits-)Indizien, die sich auch außerhalb von Studien oder vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften finden können (vgl. bspw. BSG, Urteil vom 02.09.2014, [a.a.O.](#): wissenschaftliche Verlaufsbeobachtung anhand von 126 operierten Menschen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle). Steht in den Fallgestaltungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) (lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche bzw. wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung) eine nach allgemeinem Standard anerkannte Behandlungsmethode generell nicht zur Verfügung oder scheidet sie im konkreten Einzelfall (nachgewiesenermaßen) aus, sind Differenzierungen im Sinne der Geltung abgestufter Evidenzgrade nach dem Grundsatz vorzunehmen: je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation, desto geringere Anforderungen an die ernsthaften "Hinweise" (so BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, - [1 BvR 347/98](#) -, in juris Rdnr. 66) auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg. 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 oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Erfahrungen bei Behandlungen der in Rede stehenden Art im Einzelfall, genügt für sich allein genommen nicht (vgl. dazu auch etwa BSG, Urteil vom 07.11.2006, - [B 1 KR 24/06 R](#) -, in juris Rdnr 32 f.; Senatsurteil vom 27.07.2016, - [L 5 KR 442/16](#) -, in juris).

Einem auf die grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungskatalogs der GKV gestützten Leistungsanspruch des Klägers hat hier nicht schon entgegen gestanden, dass der G-BA die Krebsbehandlung hinsichtlich der Lebermetastasen und der Knochenmetastase durch Protonentherapie zum Zeitpunkt der Behandlung im Jahr 2010 ausdrücklich aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgeschlossen hat (der Ausschluss bzgl. der Lebermetastasen erfolgte erst mit Beschluss vom 20.01.2011); dann wäre nach der Rechtsprechung des BSG für eine Anspruchs begründung aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungskatalogs bzw. nach [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) von vornherein kein Raum mehr (dazu auch Senatsurteil vom 18.03.2015, [a.a.O.](#) m.w.N. und Senatsurteil vom 27.07.2016, - [L 5 KR 4217/14](#) -, in juris). Der Senat kann im Übrigen offen lassen, ob der Versicherten, deren Krebserkrankung eine lebensbedrohliche Erkrankung darstellte, entgegen gehalten werden könnte, sie habe sich bei Durchführung der Protonenbehandlung nicht in einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten - notstandsähnlichen - individuellen Notlage befunden. Es kommt entscheidungserheblich hierauf nicht an. Die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nach Maßgabe der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs der GKV sind nämlich (schon) deswegen nicht erfüllt, weil eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung gestanden hat. Aus den vorliegenden MDK-Gutachten ist ersichtlich, dass für die Behandlung der Krebserkrankung der Versicherten vertragliche Behandlungsleistungen (des Leistungskatalogs der GKV) zur Verfügung gestanden haben.

Dies ergibt sich aus den Gutachten bzw. der Fallberatung des MDK vom 30.08.2010, 20.12.2010, 25.01.2012 und 10.06.2015. Insbesondere im Gutachten des MDK vom 25.01.2012 wird nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass leitliniengemäß eine Behandlung der Lebermetastasen mittels einer systemischen Therapie, wie Chemotherapie oder antihormonelle Therapie möglich war. Die Behandlung der Knochenmetastasen hätte mittels Strahlentherapie der Photonen erfolgen können. Gestützt wird diese Annahme durch die sachverständigen Zeugenaussage von Prof. Dr. M. vom 12.12.2012, bei dem sich die Versicherte 2010 in Behandlung befand. Auch der Facharzt für Strahlentherapie Th. bestätigt dies in seiner Auskunft vom 03.12.2012. Schließlich weist auch der Gutachter Prof. Dr. S. auf die genannten Behandlungsmöglichkeiten hin. Auch aus den im Rahmen des gerichtlichen Vergleichs nochmals vorgelegten Unterlagen ergibt sich nichts anderes. Auch hierin finden sich keine Aussagen darüber, dass die ursprünglich begonnene Chemotherapie wegen der Zunahme der Metastasen abgebrochen werden musste und diese keine geeignete Behandlungsalternative darstellte. Vielmehr bestätigt Dr. W. von der Klinik Dr. R., dass ein Absetzen der Chemotherapie wegen einer anstehenden PET-CT-Untersuchung notwendig gewesen sei. Im Ergebnis bestanden zur Überzeugung des Senats andere, allgemein anerkannte und dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethoden.

Der Senat vermag im Übrigen auch nicht zu erkennen, dass die Protonentherapie eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bietet. Die Protonentherapie von Lebermetastasen wurde durch den G-BA für den stationären Sektor gem. [§ 137c SGB V](#) mit Beschluss vom 20.01.2011 ausgeschlossen. Zum

Zeitpunkt der Behandlung war dieser Ausschluss zwar noch nicht in Kraft, jedoch war die dem Ausschluss zugrunde liegende Evidenzlage bereits vorhanden, so dass hier sachinhaltlich die tragenden Gründe des G-BA-Beschlusses zu berücksichtigen sind. Hierauf weist Dr. Sch. in seinem MDK-Gutachten vom 25.01.2012 zutreffend hin. Hinsichtlich der Behandlung der Knochenmetastase im LWK 1 hätte mittels Strahlentherapie mit Photonen und Linearbeschleuniger, ggf. in Form einer intensitätsmodulierten Strahlentherapie bzw. Tomotherapie, eine Therapie erfolgen können. Ein Zusatznutzen durch die Verwendung von Protonen ist hierbei nicht belegt.

Soweit der Kläger im Übrigen rügt, dass die Kosten der durchgeführten Behandlung im Bereich der privaten Krankenversicherung übernommen würden, ergibt sich zur Überzeugung des Senats in der Sache kein abweichendes Ergebnis. Die Ungleichbehandlung von Personen, die privat versichert sind, gegenüber den gesetzlich Versicherten ist Folge der Entscheidung des Gesetzgebers für zwei Systeme der Krankenversicherung (BSG, Beschluss vom 02.11.2006, - [B 1 KR 111/06 B](#) -; BSG, Urteil vom 03.03.2009, - [B 1 KR 12/08](#) -, beide in juris). Diese Entscheidung steht unter Geltung des Sozialstaatsprinzips in dessen Ermessen (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 26.09.1974, - [5 RJ 77/72](#) -, in juris). Die unterschiedliche Behandlung im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung verstößt somit nicht gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Der Gesetzgeber ist trotz seiner Bindung an [Art. 3 Abs. 1 GG](#) weitgehend frei, Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der GKV festzulegen, soweit er nicht gleichheitswidrig bestimmte Gruppen ausschließt (vgl. u.a. BVerfG, Beschluss vom 27.5.1964, - [1 BvL 4/59](#), in juris). Letzteres ist nicht der Fall.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-12-27