S 91 KR 597/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Apherese – Vergiftung – Genehmigungsfiktion – Vorfestlegung – Bestimmtheit
Leitsätze	-
Normenkette	SGB V § 2 Abs. 1a SGB V § 13 Abs. 3a

1. Instanz

Aktenzeichen	S 91 KR 597/16
Datum	26.10.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 447/20
Datum	29.06.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung wird zurÃ¼ckgewiesen.

Â

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Im Streit stehen primÃ¤r AnsprÃ¼che auf Erstattung der Kosten fÃ¼r durchgefÃ¼hrte Apherese-Behandlungen sowie auf Ãbernahme der Kosten fÃ¼r eine kÃ¼nftige derartige Therapie.

Â

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte KlÃ¤ger beantragte mit Schreiben vom 23. MÃ¤rz 2015 â vom ihm persÃ¶nlich am Folgetag in der Niederlassung Z in B Ã¼bergeben â eine schriftliche BestÃ¤tigung einer KostenÃ¼bernahme âfÃ¼r eine Doppelmembranfiltrationsaphereseâ, welche im I-Tklinikum C erfolgen mÃ¼sse. BeigefÃ¼gt war ein âÃrztlicher Antragâ des Dr. S dieses Klinikums vom 12. MÃ¤rz 2015, wonach beim KlÃ¤ger eine komplexe chronisch inflammatorische Multisystemerkrankung mit progressiv lebenszerstÃ¶rendem und lebensbedrohlichem Charakter bestehe. Der KlÃ¤ger reichte ferner ein Attest des Dr. W vom 25. September 2014 ein, wonach der KlÃ¤ger an einer schweren chronischen Borreliose sowie an einer Mitochondriopathie sowie Schwermetallintoxination leide und der Verdacht auf eine Myokarditis bestehe, Atteste des Dr. R vom 09. September 2014 und des Dr. K vom 24. November 2014, zudem die Kopie einer âForschungsinfoâ des Bundesministeriums fÃ¼r Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie vom 07. August 1995, und einen âSchlussbericht zu dem Fortsetzungsantrag Entstehung von Autoimmunkrankheit nach Exposition gegenÃ¼ber Quecksilber bzw. Goldsalzen: Charakterisierung der an den T-Zellreaktionen beteiligten Selbstproteineâ des Prof. Dr. G von Oktober 1997. Er nahm zuletzt auch Bezug auf einen Beschluss des Sozialgerichts Berlin (SG) vom 25. Juli 2014 (Az. S 89 KR 1336/14 ER), in welchem eine gesetzliche Krankenkasse im Wege einer einstweiligen Anordnung verpflichtet worden war, sechs therapeutische Apherese-Behandlungen im I-M zu Ã¼bernehmen.

Â

Mit Schreiben vom 30. MÃ¤rz 2015 beauftragte die Beklagte den MDK Berlin-Brandenburg e.V. (MDK) mit einer Einzelfallbegutachtung. Am selben Tag teilte sie dem KlÃ¤ger schriftlich die Einschaltung des MDK mit. Sie wies dabei darauf hin, dass Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung grundsÃ¤tzlich nur in zugelassenen Einrichtungen hÃ¤tten. Das I-Klinikum C sei jedoch eine Privatklinik. Ãber die medizinische Notwendigkeit einer privatÃ¤rztlichen Behandlung kÃ¶nne nur im Rahmen einer EinzelfallprÃ¼fung entschieden werden. Eine Ãbernahme der Kosten einer privatÃ¤rztlichen Behandlung kÃ¶nne nur in HÃ¶he der vertraglich vereinbarten VergÃ¼tung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgen.

Â

Mit Faxschreiben vom 01. April 2015 bat der KlÃ¤ger um Zustimmung bis zum 07.

April 2015. Es gehe ihm sehr schlecht. Er leide jeden Tag, habe Beschwerden und Schmerzen. Daraufhin informierte ihn die Beklagte mit Schreiben vom 02. April 2015 erneut darÃ¼ber, dass die beantragte Leistung grundsÃ¤tzlich nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zÃ¤hle. Am 10. April 2015 reichte der KlÃ¤ger ein Attest der FachÃ¤rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin J vom 09. April 2015 bei der Beklagten ein. Am gleichen Tag stellte er beim Sozialgericht Berlin (SG) den Antrag, die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, umgehend die Kosten fÃ¼r eine therapeutische Doppelmembranfiltrations-Apherese zu Ã¼bernehmen (Az. S 72 KR 1002/15 ER). In einem Telefonat ebenfalls am 10. April 2015 teilte der Sachbearbeiter der Beklagten B dem KlÃ¤ger mit, dass nach den vorgelegten Unterlagen nicht von einem lebensgefÃ¤hrlichen bzw. lebensbedrohlichen Zustand ausgegangen werde. Dazu sei der MDK eingeschaltet. Taggleich forderte der MDK von der behandelten HausÃ¤rztin J sowie den Drs. S, W und Dr. R ergÃ¤nzende Unterlagen bzw. Informationen an.

Â

Die Gutachterin T des MDK gelangte in ihrem sozialmedizinischen Gutachten vom 13. April 2015 zu dem Ergebnis, die in den Attesten genannten Erkrankungen seien nicht durch objektive Befunde belegbar. Sie habe die behandelnden Ãrzte des KlÃ¤gers nicht erreichen kÃ¶nnen. Es gebe fÃ¼r die berichteten Erkrankungen keine ausreichenden Nachweise der Wirksamkeit der beantragten therapeutischen Apheresen in der I-Tklinik C. Die Annahme einer schweren bzw. lebensbedrohlichen Erkrankung sei nicht nachvollziehbar. Da keine objektiven Befunde vorlÃ¤gen, kÃ¶nnten auch keine Alternativen benannt werden. Prinzipiell sei die DurchfÃ¼hrung einer Apherese in KrankenhÃ¤usern und auch ambulant mÃ¶glich. Dieses Gutachten wurde dem SG im Rahmen des Eilverfahrens am selben Tag Ã¼bermittelt und gleichzeitig eine weitere Stellungnahme des MDK angekÃ¼ndigt.

Â

Am 15. April 2015 und am 20. April 2015 lieÃ der KlÃ¤ger im I-Tklinikum C so genannte â diagnostische Apheresenâ durchfÃ¼hren. Laut Ã¤rztlicher Bescheinigung des Klinikums vom 15. Oktober 2020 erfolgte zu jeder Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag. Der KlÃ¤ger bezahlte fÃ¼r die Behandlung am 15. April 2015 1.978,81 â¬, fÃ¼r diejenige am 20. April 2015 1.696,75.

Â

Das SG holte im laufenden Eilverfahren einen Befundbericht der behandelnden HausÃ¤rztin J vom 14. April 2015 ein und Ã¼bersandte am Folgetag per Fax Abschriften bzw. eine abgetippte Leseabschrift an die Beklagte zur Weiterleitung an den MDK. Mit Schriftsatz vom 03. Mai 2015 nahm der KlÃ¤ger seinen Eilantrag zurÃ¼ck.

Â

Mit Schreiben vom 04. Juni 2015 an den seinerzeitigen BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers lehnte es die Beklagte ab, Kosten nach Â§ 13 Abs. 3 a Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V) zu erstatten. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie aus, sie habe nicht verzÃ¶gert Ã¼ber den Leistungsantrag entschieden. Die Frist sei eingehalten, da der KlÃ¤ger am 30.Â MÃ¤rz 2015 schriftlich Ã¼ber die Einschaltung des MDK unterrichtet worden sei. Im einstweiligen Rechtschutzverfahren sei ihm ergÃ¤nzend mitgeteilt worden, dass medizinische Unterlagen der Behandler eingeholt wÃ¼rden. Auch aus materiell-rechtlichen GrÃ¼nden stehe dem KlÃ¤ger kein Leistungsanspruch zu.

Â

Am 12. Juni 2015, 18. Juni 2015, 07. Juli 2015, 29. Juli 2015 sowie 22. September 2015 fanden â□□therapeutische Apheresenâ□□ statt, fÃ¼r die der KlÃ¤ger 1.661,45 â□¬ (12. Juni 2015, 1.662,49 â□¬ (18. Juni 2015), 1.662,49 â□¬ (07. Juli 2015), 1.662,49 â□¬ (29. Juli 2015) sowie 1.667,80 â□¬ (22. September 2015) jeweils bar bezahlte.

Â

Bereits mit Schreiben vom 15. Juni 2015 hatte der KlÃ¤ger unter Ã□bersendung der Rechnung vom 12. Juni 2015 bei der Beklagten die Erstattung der Kosten fÃ¼r die am 12. Juni 2015 durchgefÃ¼hrte â□□therapeutischeâ□□ Apherese beantragt. Die Beklagte erklÃ¤rte sich mit Schreiben vom 30. Juni 2015 ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bereit, die dem KlÃ¤ger â□□ab dem heutigen Datum bis zur ausstehenden Entscheidung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg in dieser Angelegenheit anfallenden Kosten fÃ¼r lebenserhaltende Behandlungen im I-Tklinikum in C zu erstattenâ□□.

Â

Die Gutachterin des MDK T erstellte unter dem 02. Juli 2015 ein weiteres sozialmedizinisches Gutachten. Darin gelangte sie zu dem Ergebnis, dass die Apherese-Behandlung medizinisch nicht notwendig sei und sich aus den vorliegenden Unterlagen keine ausreichende BegrÃ¼ndung dafÃ¼r ergebe, dass der klÃ¤gerische Krankheitsverlauf durch die Apheresen positiv beeinflusst werden kÃ¶nnte. Eine entsprechende fachÃ¤rztliche Diagnostik der internistischen, neurologischen und psychiatrischen Symptome sei nicht erfolgt. Es gebe keinen Nachweis dafÃ¼r, dass beim KlÃ¤ger eine lebensbedrohliche oder die LebensqualitÃ¤t auf Dauer nachhaltig beeintrÃ¤chtigende Erkrankung vorliege. Es fehle auch an einem Nachweis einer Schwermetallintoxikation.

Â

Mit Bescheid vom 06. Juli 2015 lehnte die Beklagte daraufhin den Kostenerstattungs- bzw. -Ã¼bernahmeantrag ab. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie u. a. aus, bei der beantragten Apherese-Behandlung handele es sich um ein neues Behandlungsverfahren. Dazu habe der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)

eindeutig Stellung genommen. Die therapeutische Apherese werde nur unter konkret definierten Voraussetzungen eingesetzt, nicht jedoch bei Schwermetallvergiftungen. Der MDK habe bestÃ¤tigt, dass keine lebensbedrohliche oder die LebensqualitÃ¤t auf Dauer nachhaltig beeintrÃ¤chtigende Erkrankung vorliege. Dem KlÃ¤ger werde angeboten, sich zur Feststellung einer mÃ¶glichen Schwermetallintoxikation z. B. in der C oder im Klinikum E, beides zugelassene KrankenhÃ¤user mit nephrologischer Fachabteilung, entsprechend untersuchen zu lassen. Der Bescheid und das Gutachten des MDK vom 2. Juli 2015 sind dem damaligen BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers am 6. Juli 2015 vorab per Fax Ã¼bermittelt worden.

Â

Mit Schreiben vom 08. Juli reichte der KlÃ¤ger unter Hinweis auf Â§ 13 Abs. 3 a SGB V eine weitere Rechnung ein. Mit Bescheid vom 10. Juli 2015 lehnte die Beklagte daraufhin die Ãbernahme der Kosten fÃ¼r therapeutische Apheresen ab In der Folge stellte der KlÃ¤ger am selben Tag einen neuerlichen Antrag beim SG auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zur Ãbernahme der Kosten fÃ¼r die Doppelmembranfiltrations-Apheresen in der I-Tklinik C (Az. SG Berlin S 111 KR 203/15 ER).

Â

Gegen den Ablehnungsbescheid vom 6. Juli 2015 legte der KlÃ¤ger am 11. Juli 2015 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18. September 2015 zurÃ¼ckwies.

Â

In einem weiteren, im Zuge des Eilverfahrens S 111 KR 203/15 ER erstellten sozialmedizinischen Gutachten des MDK gelangte die Gutachterin T unter dem 08. September 2015 u. a. zu dem Ergebnis, der KlÃ¤ger leide nicht an einer sehr seltenen Erkrankung, die sich einer systematischen Erforschung entziehe. Das SG holte im Eilverfahren eine Stellungnahme des Dr. S vom 09. September 2015 ein. Mit Beschluss vom 16. September 2015 lehnte es den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz vom 10. Juli 2015 schlieÃlich ab. Das hiesige LSG hat mit Beschluss vom 24. Februar 2016 (Az. L 9 KR 412/15 B ER) die Beschwerde des KlÃ¤gers gegen den Beschluss des SG vom 16. September 2015 zurÃ¼ckgewiesen. Der Antrag des KlÃ¤gers auf Wiederaufnahme dieses Verfahrens ist mit Beschluss des LSG vom 22. April 2016 zurÃ¼ckgewiesen worden (Az. L 9 KR 150/16 B ER RG).

Â

Gegen den Ablehnungsbescheid vom 6. Juli 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. September 2015 hat der KlÃ¤ger am 02. Oktober 2015 Klage beim SG erhoben. Zur KlagebegrÃ¼ndung hat er vorgebracht, die Beklagte habe den Verwaltungsvorgang dem Gericht nur unvollstÃ¤ndig vorgelegt. Seine Schreiben vom 13. Mai 2015, 21. Mai 2015 sowie vom 28. Mai 2015 nebst

Faxsendebericht fehlten. Er habe von Anfang an umfangreiche Unterlagen eingereicht, welche seine komplexe immunologische, infektiologische und toxikologische Situation durch multiple Vergiftung belegten. Dr. St habe eine umgehende Entgiftung fÃ¼r notwendig erachtet, es bestehe Lebensgefahr. Auch Frau J habe eine umgehende Entgiftung fÃ¼r notwendig gehalten und dargelegt, dass keine Standardtherapie zur VerfÃ¼gung stehe. Die erste therapeutische Apherese sei am 12. Juni 2015 erfolgt. Zuvor hÃ¤tten diagnostische Apheresen stattgefunden, deren Kostenerstattung nicht bei der Beklagten beantragt worden sei. Ihm gehe es durch die Apherese-Therapie gesundheitlich besser. Allerdings seien weitere Apheresen notwendig, um alle Fremdstoffe/Giftstoffe aus seinem KÃ¶rper zu entfernen. Es befÃ¤nden sich weiterhin Schwermetalle im KÃ¶rper, z. B. Silber. Er habe auch in der C vorgesprochen, wo ihm erklÃ¤rt worden sei, dass diese eine therapeutische Apherese zur umfassenden Entgiftung nicht vornehme. Die CharitÃ© schicke schwere FÃ¤lle in die I-Klinik nach C. Den Kassenpatienten stÃ¼nden die Ãrzte der Fachrichtung Toxikologie und Umweltmedizin nicht zur VerfÃ¼gung. Obwohl das (erste) Gutachten des MDK bereits am 13. April 2015 erstellt worden sei, habe die Beklagte den Antrag erst mit Bescheid vom 06. Juli 2015 abgelehnt. Bis heute sei seitens des MDK keine fachgerechte toxikologische Beurteilung erfolgt. Seinen (ersten) Eilantrag habe er zurÃ¼ckgenommen, weil er guten Glaubens gewesen sei, dass eine fiktive Genehmigung nach Â§ 13 Abs. 3 a SGB V eingetreten sei. Denn er habe bereits am 23. MÃ¤rz 2015 bei der Beklagten den Antrag auf KostenÃ¼bernahme gestellt. Der KlÃ¤ger hat weitere medizinische Unterlagen eingereicht, u. a. einen Behandlungsbericht der C, Klinik fÃ¼r Dermatologie sowie ein â Anamnese-Befund-Protokoll Stand Oktober 2015â . Ferner hat er diverse Rechnungen fÃ¼r Ãbernachtungen und Bahnfahrten nach C zur Akte gereicht.

Â

Die Beklagte hat u. a. vorgebracht, ihr sei eine Entscheidung innerhalb der in Â§ 13 Abs. 3 a SGB V vorgegebenen Fristen unmÃ¶glich gewesen. Zum einen sei der MDK eingeschaltet worden. Zum anderen habe der MDK nach den gerichtlichen Vorgaben im einstweiligen Rechtsschutzverfahren ergÃ¤nzende medizinische Unterlagen der behandelnden Ãrzte eingeholt, um den Sachverhalt aufklÃ¤ren zu kÃ¶nnen. Im Hinblick auf den Gesetzeswortlaut in Â§ 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V und die Tatsache, dass dem KlÃ¤ger hinreichende GrÃ¼nde im gerichtlichen Verfahren schriftlich mitgeteilt worden seien, trete die Sanktionswirkung nicht ein. Aufgrund des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens habe es dem SG oblegen, den weiteren Verfahrensfortgang zu leiten.

Â

Der KlÃ¤ger hat in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG am 26. Oktober 2020 umfangreiche AntrÃ¤ge gestellt. Mit Urteil vom selben Tag hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es u. a. ausgefÃ¼hrt, dem KlÃ¤ger stehe kein Kostenerstattungsanspruch fÃ¼r die durchgefÃ¼hrten therapeutischen und diagnostischen Apherese-Behandlungen zu. Der Kostenerstattungsanspruch aus Â§ 13 Abs. 3 SGB V reiche nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch.

Die Apherese-Behandlungen seien privatÃ¤rztlich durchgefÃ¼hrt und abgerechnet worden. Insoweit habe es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gehandelt. DarÃ¼ber hinaus sei die Apherese-Behandlung nicht vom Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Dem KlÃ¤ger stehe auch kein Leistungsanspruch nach Â§Â 13 Abs. 3 a Satz 6 SGB V zu. Kosten der Selbstbeschaffung seien nach Eintritt der Genehmigungsfiktion zwar auch dann erstattungsfÃ¤hig, wenn das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung einen entsprechenden Anspruch nicht vorsehe, es sei denn, dass der Versicherte dies im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung gewusst oder infolge grober FahrlÃ¤ssigkeit nicht gewusst habe. Hier habe der KlÃ¤ger aber bereits mit Schreiben der Beklagten vom 30. MÃ¤rz 2015 und vom 02.Â April 2015 die Information erhalten, dass die beantragte Leistung grundsÃ¤tzlich nicht zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶re. Sie habe ihn in einem TelefongesprÃ¤ch am 10. April 2015 darauf hingewiesen, dass ein Leistungsanspruch Ã¼beraus fraglich sei. Auch habe der KlÃ¤ger im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes am 14. April 2015 das ablehnende MDK-Gutachten und den Hinweis der Vorsitzenden der 72. Kammer des SG zu den fehlenden Erfolgsaussichten des Antrages zur Kenntnis genommen. Ungeachtet dessen habe er am 15. April 2016 die erste diagnostische Apherese-Behandlung durchfÃ¼hren lassen. DarÃ¼ber hinaus setze die Genehmigungsfiktion einen inhaltlich konkreten, bewilligungsfÃ¤higen Antrag voraus. Einen solchen habe der KlÃ¤ger erstmals mit Schreiben vom 15. Juni 2015 mit der ersten Abrechnung des I-Tklinikum C vorgelegt. FrÃ¼hestens zu diesem Zeitpunkt habe ein fiktionsfÃ¤higer Antrag vorgelegen. Ein Anspruch auf kÃ¼nftige Sachleistung scheide damit ebenfalls aus. Die weiteren AntrÃ¤ge des KlÃ¤gers seien bereits unzulÃ¤ssig.

Â

Gegen diese Entscheidung richtet sich der KlÃ¤ger mit seiner Berufung, zu deren BegrÃ¼ndung er unter Wiederholung seines bisheriges Vorbringen ergÃ¤nzend ausfÃ¼hrt, auch aufgrund des Beschlusses des SG zu dem Az. S 89 KR 1336/14 ER im guten Glauben gewesen zu sein. Zudem sei er von der U sowie dem V dahingehend beraten worden, dass er im Recht sei und sich die Apheresen beschaffen kÃ¶nne. Er habe sich in einer Ausnahmesituation lebensbedrohlicher Art befunden. Durch die zwei diagnostischen Apheresen habe es keine Vorfestlegung fÃ¼r nachfolgende therapeutische Apheresen gegeben. Im Gegenteil: wenn die erstgenannten nicht zu entsprechenden Diagnosen gefÃ¼hrt hÃ¤tten, wÃ¤re eine weitere Therapie sinnlos gewesen. Er habe sich erst nach Eintritt der Genehmigungsfiktion entschieden, die therapeutischen Apheresen durchfÃ¼hren zu lassen. Die Begutachtung durch den MDK sei aufgrund unvollstÃ¤ndiger Aktenlage und ohne eigene medizinische Untersuchung erfolgt. Der Gutachterin fehle die Qualifizierung fÃ¼r toxikologische Fragestellungen. FÃ¤lschlicherweise nenne das SG weiter einen Bescheid vom 04. Juli 2015, den es nicht gebe, lediglich ein einfaches Schreiben. Hingegen gebe es Bescheide vom 30. Juni 2015, vom 06. Juli 2015 und vom 10. Juli 2015. Der Ablehnungsbescheid vom 10. Juli 2015 beziehe sich nur auf ein Schreiben vom 08.Â Juli 2015, nicht hingegen auf seinen Antrag vom 23. MÃ¤rz 2015. Die Beklagte habe ihm auÃergerichtlich die Zahlung von drei Apheresen angeboten. DarÃ¼ber hinaus habe sie unter dem Datum 29. Juni 2015

einen positiven Bescheid erlassen. In diesem Zusicherungsschreiben liege keine Befristung nur bis zur nÃ¤chsten Stellungnahme des MDK, sondern bis zur ausstehenden, mithin abschlieÃenden Stellungnahme. Das endgÃ¼ltige MDK-Gutachten sei erst am 08. September 2015 erfolgt, also zu einem Zeitpunkt, an dem die fÃ¼nfte therapeutische Apherese bereits terminiert bzw. erfolgt gewesen sei. MutmaÃlich habe die Beklagte die Verwaltungsakte vorsÃ¤tzlich verfÃ¤lscht. Die Lebensbedrohlichkeit seiner Situation sei nicht nur mit erhÃ¶hten Laborwerten begrÃ¼ndet worden, sondern auch mit seinem klinischen Zustand. Er bitte darum, dass die Beklagte dem Gericht eine unverfÃ¤lschte bzw. vollstÃ¤ndige Verwaltungsakte vorlege und sich ggf. fÃ¼r fehlende Unterlagen erklÃ¤re oder entschuldige. Er sei weiterhin krank und leide im Ãbrigen unter genau den gleichen StÃ¶rungen wie Frau J K. Diese habe in der gleichen Situation von ihrer gesetzlichen Krankenkasse mit Hilfe des Beschlusses des SG mindestens neun Apheresen bezahlt bekommen. Auch heute noch leider er u a. an Konzentrationsschwierigkeiten. Es lÃ¤gen toxikologische Laborbefunde vor, die Werte Ã¼ber den maÃgeblichen Referenzwerten zeigten, etwa ein Laborbefund vom 7. Dezember 2021, aus dem sich ein Wert von 4,5 Âµg/l Silber i. B. ergebe. FÃ¼r Silber gebe es kein Antidot. Es werde nicht hinreichend berÃ¼cksichtigt, dass die verschiedenen Gifte miteinander reagierten und sich gegenseitig verstÃ¤rkten. Apheresen seien gegen Vergiftungen wirksam und wÃ¼rden im Ausland seit Jahren eingesetzt. Auch die C habe schriftlich geÃ¤uÃert, dass die Apherese angesichts der Silberablagerungen auf der Haut weiter durchgefÃ¼hrt werden solle. Die Apherese-Behandlung kÃ¶nne nicht in der C stattfinden, welche die Klinik in C empfohlen habe. Es gebe im Ãbrigen neue Befunde, so leide er mittlerweile auch an einem Zustand nach einem HÃ¶rsturz und an HerzrhythmusstÃ¶rungen. Er beantrage eine Einreichungsfrist von vier Wochen fÃ¼r den Nachweis von FolgeschÃ¤den. Die Gutachterin des MDK habe nie die Notwendigkeit der Apherese verneint, sie habe diese lediglich nicht nachvollziehen kÃ¶nnen, was an ihrer mangelnden Qualifikation und unvollstÃ¤ndigen Unterlagen liege. Es fehle ein unabhÃ¤ngiges Gutachten, denn das MDK-Gutachten sei ein Parteigutachten, das aus drei Teilen bestehe. Von Bedeutung sei allein der dritte und abschlieÃende Teil des Gutachtens. Wenn es keine anderen MÃ¶glichkeiten der Behandlung gebe, dÃ¼rfe eine Behandlung auch in einer so genannten Privatklinik durchgefÃ¼hrt werden. Im Ãbrigen gebe es diesen Begriff nicht. Nur weil eine Klinik in der Form einer GmbH gefÃ¼hrt werde, heiÃe dies nicht, dass diese keine Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dÃ¼rfe.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Oktober 2020 zu Ã¤ndern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06. Juli 2015 in der Gestalt des Bescheides vom 10. Juli 2015 und des Widerspruchsbescheides vom 18. September 2015 zu verurteilen, ihm

Â

1. die Kosten fÃ¼r die fÃ¼nf therapeutischen Doppelmembranfiltrations-Apheresen im I Tklinikum C am 12. Juni 2015, 18. Juni 2015, 7. Juli 2015, 29. Juli 2015 und 22. September 2015 i. H. v. insgesamt 8.316,72 â¬ zu erstatten,
2. die Fahr- und Ãbernachtungskosten und die Kosten fÃ¼r die Erstellung eines Befundberichtes i. H. v. insgesamt 1.136,68 â¬ zu erstatten,
3. die Kosten fÃ¼r zwei diagnostische Apheresen am 15. April 2015 und 20. April 2015 i. H. v. insgesamt 3.675,56 â¬ zu erstatten sowie
4. die Kosten fÃ¼r sechs weitere Doppelmembranfiltrations-Apheresen im ITklinikum C zu Ã¼bernehmen,

ferner

5. dass der Rechtsstreit an das BSG verwiesen wird,
6. dass der Rechtsstreit an das BVerfG verwiesen wird,
7. die Beiziehung der Prozessakten zu dem Verfahren von Frau J K,
8. die Zulassung der Revision,
9. die Beklagte aufzufordern, eine unverfÃ¤lschte Verwaltungsakte vorzulegen,
10. die GewÃ¤hrung einer ErklÃ¤rungsfrist von 3 Wochen nach Akteneinsicht in die Gerichts- und Verwaltungsakten,
11. nochmals Akteneinsicht in alle Gerichts- und Verwaltungsakten,
12. die Unterbrechung des Gerichtsprozesses so lange eine verfÃ¤lschte Verwaltungsakte vorliegt,
13. Beweis zu erheben durch Vernehmung der Ãrztin C J aus Berlin als Zeugin zu den FolgeschÃ¤den,
14. Beweis zu erheben durch Vernehmung von Dr. S aus Ch am als Zeuge,
15. die Einholung eines toxikologischen Gutachtens,
16. festzustellen, dass die MDK Sachbearbeiterin keine toxikologische Qualifikation besaÃ,
17. die Beklagte aufzufordern, ein vollstÃ¤ndiges Leistungsverzeichnis vorzulegen,
18. Beweis zu erheben durch Vernehmung des Ã¤rztlichen Direktors der C zum Nachweis des Fehlens einer toxikologischen Ambulanz.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Zur BegrÃ¼ndung wiederholt sie ihr bisheriges Vorbringen. ErgÃ¤nzend fÃ¼hrt sie aus, das Zusicherungsschreiben vom 30. Juni 2015 sei rechtlich fragwÃ¼rdig bzw.

auslegungsbedÃ¼rftig. Die KostenÃ¼bernahme sei bis zur nÃ¤chsten Stellungnahme des MDK befristet gewesen. Diese sei am 02. Juli 2015 erfolgt und dem KlÃ¤ger spÃ¤testens am 09. Juli 2015 bekannt gewesen.

Auf die genannten Gutachten, Ã¤rztlichen Bescheinigungen und Befundberichte wird ergÃ¤nzend Bezug genommen. Der Verwaltungsvorgang der Beklagten und die Gerichtsakten zu den gerichtlichen Verfahren mit den Az. S 72 KR 1002/15 ER (SG Berlin), L 9 KR 439/16 B ER (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg) und L 9 KR 412/15 B ER (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg) haben zur Verhandlung vorgelegen und sind Gegenstand der ErÃ¶rterung gewesen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Der Senat konnte aufgrund der mÃ¼ndlichen Verhandlung eine Endentscheidung treffen. Der Rechtsstreit war nicht zu vertagen, um dem KlÃ¤ger nochmals Gelegenheit zur Akteneinsicht zu geben. Das SG hatte bereits mit VerfÃ¼gung vom 2. MÃ¤rz 2020 Akteneinsicht gewÃ¤hrt, die der KlÃ¤ger auch wahrgenommen hat (vgl. das Protokoll der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 2. November 2020). Das SG wie das hiesige Gericht haben ihm zudem durchweg Abschriften aller Beteiligten- und Gerichtsschreiben zukommen lassen. Auch ansonsten war eine Vertagung nicht geboten und dem KlÃ¤ger keine ErklÃ¤rungsfrist mehr einzurÃ¤umen. Auf die nachfolgenden Darlegungen wird verwiesen.

Â

Die statthafte und zulÃ¤ssige Berufung (Â§Â§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz â SGG) ist unbegrÃ¼ndet.

Â

Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Der Ablehnungsbescheid vom 6Â Juli 2015 in der Fassung des weiteren Bescheides vom 10. Juli 2015 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. September 2015 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Dem KlÃ¤ger steht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten fÃ¼r die durchgefÃ¼hrten âdiagnostischenâ und therapeutischen Apheresen zu.

Â

Die Beklagte ist zunÃ¤chst nicht nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SGB V verpflichtet, da sie keine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese nach Â§ 13 Abs. 3 S. 1, Alt. 2 SGB V von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung

notwendig war. Der Erstattungsanspruch reicht dabei nicht weiter als ein entsprechender primÃ¤rer Sachleistungsanspruch. Er setzt voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehÃ¶rt, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Anspruch ist umgekehrt gegeben, wenn die Krankenkasse die ErfÃ¼llung eines Naturalleistungsanspruches rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn insoweit auch ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbstbeschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelÃ¶st hat (vgl. aus jÃ¼ngster Zeit: BSG, Beschluss vom 17. Dezember 2020 â□□ B 1 KR 60/19 BÂ â□□ juris Rn. 7 mit Nachweisen seiner Rechtsprechung).

Â

Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach Â§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V unterliegt damit den sich aus Â§Â§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V ergebenden EinschrÃ¤nkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmÃ¤Ã□ig und wirtschaftlich sind und deren QualitÃ¤t und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprÃ¤chen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden â□□ wie hier â□□ nur der Fall, wenn der GBA in Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung Ã¼ber den therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben haben. Die Richtlinie regelt nÃ¤mlich nicht nur, unter welchen Voraussetzungen die Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dÃ¼rfen, sondern legt auch den Umfang der den Versicherten geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich fest. Neu ist eine Methode, wenn sie zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfÃ¤hige vertragsÃ¤rztliche Leistungen im Einheitlichen BewertungsmaÃ□stab fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen (EBM-Ã□) enthalten ist.

Â

Nach Anlage 1 Nr. 2 der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsÃ¤rztliche Versorgung; in der Fassung vom 17. Januar 2006 verÃ¶ffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 48 S. 1 523 vom 9. MÃ¤rz 2006, zuletzt geÃ¤ndert am 20. Oktober 2022 verÃ¶ffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 13.01.2023 B3) kÃ¶nnen Apheresen zwar als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden. Dies betrifft allerdings nicht BlutwÃ¤schen aller Art, sondern nur LDL-Apheresen bei Patienten mit familiÃ¤rer HypercholesterinÃ¤mie in homozygoter AusprÃ¤gung, Patienten mit schwerer HypercholesterinÃ¤mie, bei denen grundsÃ¤tzlich mit einer Ã¼ber 12 Monate dokumentierten maximalen diÃ¤tetischen und medikamentÃ¶sen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann, bei bestimmten LDL-Apheresen bei isolierter Lp (A) â□□ErhÃ¶hung sowie bei Immunapheresen bei aktiver rheumatoider Arthritis. Der KlÃ¤ger leidet jedoch weder nach den Gutachten des MDK noch nach den medizinischen Stellungnahmen der ihn behandelnden Ã□rztinnen und Ã□rzte an

einer dieser Erkrankungen, sondern an zahlreichen anderen, bei denen eine Schwermetallintoxikation, eine chronische Borreliose sowie multiple Infektionen und Allergien im Vordergrund stehen.

Â

Ein Anspruch auf KostenÃ¼bernahme, unabhÃ¤ngig davon, dass es sich um eine neue Behandlungsmethode handelt, unter dem Gesichtspunkt des so genannten Systemversagens bzw. Â§ 2 Abs. 1 a SGB V, liegt ebenfalls nicht vor. Ausnahmsweise kann eine Leistungspflicht ungeachtet des in Â§ 135 Abs. 1 SGB V aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz ErfÃ¼llung der fÃ¼r eine Ãberprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃ¼hrt wurde. Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen FÃ¤llen die in Â§ 135 Abs. 1 SGB V vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist, und deshalb die MÃ¶glichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlicherseits auf andere Weise zu Ã¼berwinden (vgl. BSG, Urteil vom 16. September 1997Â â 1 RK 28/95Â â juris Rn 35 ff.). Ein Fall eines Systemversagens ist hier aber nicht zu erkennen.

Â

Es ist auch nicht von einer notstandsÃ¤hnlichen Krankheitssituation auszugehen, wie sie in Â§ 2 Abs. 1 a SGB V vorgesehen ist. GemÃ¤Ã Â§Â 2 Abs.Â 1a SGB V kÃ¶nnen Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmÃ¤Ãig vergleichbaren Erkrankung eine Ã¼ber den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse hinausgehende Leistung beanspruchen, wenn fÃ¼r ihre Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur VerfÃ¼gung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spÃ¼rbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Vorschrift kodifiziert den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06. Dezember 2005 (B 1 BvR 347/98), wonach es mit dem Grundrecht aus Art.Â 2 Abs.Â 1 Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und der objektiv-rechtlichen Schutzpflicht des Staates fÃ¼r das Leben aus Art.Â 2 Abs.Â 2 SatzÂ 1 GG nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, fÃ¼r dessen lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur VerfÃ¼gung steht, von einer von ihm gewÃ¤hlten, Ã¤rztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschlieÃen, wenn diese Behandlungsmethode eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht. Das BSG hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben in seiner Rechtsprechung aufgegriffen und nÃ¤her konkretisiert. Danach darf eine bestimmte neue Ã¤rztliche Behandlungsmethode, die der zustÃ¤ndige GBA noch nicht anerkannt hat und sich auch noch nicht zumindest in der Praxis und der medizinischen Fachdiskussion durchgesetzt hat, nicht abgelehnt werden, wenn die folgenden drei

Voraussetzungen kumulativ erfÃ¼llt sind: Es liegt (1.) eine lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufende Erkrankung oder eine zumindest wertungsmÃ¤Ãig damit vergleichbare Krankheit vor. FÃ¼r diese Krankheit steht (2.) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur VerfÃ¼gung. FÃ¼r den Versicherten besteht (3.) hinsichtlich der Ã¤rztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode eine auf Indizien gestÃ¼tzte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 27. Februar 2020Â â L 1 KR 216/16Â â juris Rn. 30 mit Bezugnahme auf BSG, Urteile vom 16. Dezember 2008 â B 1 KR 3/07 KR R -, vom 05. Mai 2009 â B 1 KR 15/08 R- und vom 17. Dezember 2013 â B 1 KR 70/12 R â juris Rn. 28).

Â

Eine Erkrankung ist lebensbedrohlich, wenn sie in Ã¼berschaubarer Zeit das Leben beenden kann und dies eine notstandsÃ¤hnliche Situation herbeifÃ¼hrt, in der Versicherte nach allen verfÃ¼gbaren medizinischen Hilfen greifen mÃ¼ssen. Es genÃ¼gt hierfÃ¼r nicht, dass die Erkrankung unbehandelt zum Tode fÃ¼hrt, denn dies trifft auf nahezu jede schwere Erkrankung ohne therapeutische Einwirkung zu. Die Erkrankung muss trotz des Behandlungsangebots mit vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung regulÃ¤r umfassten Mitteln lebensbedrohlich sein. Kann einer Lebensgefahr mit diesen Mitteln hinreichend sicher begegnet werden, besteht kein Anspruch aus grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts. Die notstandsÃ¤hnliche Situation muss sich nach den konkreten UmstÃ¤nden des einzelnen Falles ergeben. Ein nur allgemeines mit einer Erkrankung verbundenes Risiko eines lebensgefÃ¤hrlichen Verlaufs genÃ¼gt hierfÃ¼r nicht (BSG, Urteil vom 20. MÃ¤rz 2018 â B 1 KR 4/17 R â SozR 4-2500 Â§Â 2 Nr.Â 12). Die notstandsÃ¤hnliche Situation muss im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegen, wie sie fÃ¼r einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten UmstÃ¤nden des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tÃ¶dliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kÃ¼rzeren, Ã¼berschaubaren Zeitraums mit groÃer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Danach muss es sich um eine durch eine nahe Lebensgefahr gekennzeichnete individuelle Notlage handeln (BSG, Urteil vom 20. MÃ¤rz 2018, a.a.O.).

Â

Nach diesen MaÃgaben ergeben sich vorliegend keine Hinweise auf eine zum Zeitpunkt der durchgefÃ¼hrten Apherese-Behandlungen oder heute noch bestehende regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufende Krankheit oder eine wertungsmÃ¤Ãig vergleichbare Erkrankung i.S. eines nicht kompensierbaren Verlustes eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen KÃ¶rperfunktion. Nach den Angaben des KlÃ¤gers und seines Behandlers Dr. S litt er 2010 bis 2014 unter chronischer Borreliose, Schwermetallintoxikation, AnÃ¤mie unklarer Genese, EisenspeicherstÃ¶rung unklarer Genese, Prostatitis durch

Enterokokken, reaktiver Arthritis, DÃ¼nndarmfehlbesiedlung, Mitochondriopathie, rezidivierender Diarrhoe, Verdacht auf Myokarditis, multiplen Infektionen und multiplen Allergien. Bei Dr. S hat der KlÃ¤ger auch Ã¼ber ein bestehendes schmerzhaftes Vibrieren am ganzen KÃ¶rper, aufsteigende GefÃ¼hllosigkeit des linken Arm und des linken FuÃes, chronische Gelenkschmerzen, aufsteigende brennende Schmerzen im Bereich von Hals und Kopf sowie Ã¼ber Gewichtsverlust geklagt. Ein Befund eines Facharztes fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie lag und liegt allerdings nicht vor, so dass die Gutachterin des MDK zu dem Schluss gekommen ist, dass eine fachÃ¤rztliche BestÃ¤tigung einer beim KlÃ¤ger bestehenden neurologischen Erkrankung fehle. Die Gutachterin hat auch darauf hingewiesen, dass es auÃer einer kardiologischen Untersuchung am 01. September 2014 (in jÃ¼ngerer Zeit) keine kardiologische Vorstellung und keine weitere kardiologische Kontrolle erfolgt ist, obwohl der Verdacht auf eine Myokarditis geÃ¤uÃert worden ist.

Â

Es kann insbesondere auch nicht von einer lebensbedrohlichen Schwermetallintoxikation ausgegangen werden. Der MDK konstatiert zwar eine Ãberschreitung des Grenzwertes fÃ¼r Arsen sowie ÃberschÃ¼sse an Kobalt, Quecksilber und Silber. Allerdings sei der KlÃ¤ger 2014 mit DMSA (Dimercaptosuccinic acid = DimercaptobernsteinsÃ¤ure) als Ausscheider behandelt (âchelatiertâ) worden. Durch diese Substanz werden Metalle aus dem Gewebe mobilisiert, wodurch sich die Werte im Blut erhÃ¶hen. Nach den sachverstÃ¤ndigen Aussagen der Gutachterin gibt es keine anerkannten Referenzbereiche fÃ¼r Schwermetalle im Blut oder im Eluat (= dem durch eine Apherese Ausgefilterten). Bei dem erfolgten Schwermetallnachweis handele es sich nicht um eine anerkannte Diagnostikmethode. Die Gutachterin hat weiter darauf hingewiesen, dass beim KlÃ¤ger Chelatbildner eingesetzt wurden, was mit deutlichen Nebenwirkungen wie Fieber, SchÃ¼ttelfrost, Hautreaktionen, BeeintrÃ¤chtigungen des Mineralstoffhaushaltes und kardiovaskulÃ¤ren Reaktionen, Bauchbeschwerden und Brustenge verbunden sein kÃ¶nne. Inwieweit die Beschwerden des KlÃ¤gers hiermit zusammenhingen, sei nicht ermittelt worden. Soweit der KlÃ¤ger tatsÃ¤chlich unter einer Schwermetallvergiftung leide, seien Chelatbildner indiziert.

Â

Nicht in AnsÃ¤tzen vorgetragen oder aus den eingereichten und vom MDK gewÃ¼rdigten Ã¤rztlichen Unterlagen ersichtlich ist, dass sich der KlÃ¤ger erfolglos um konventionelle Therapien bemÃ¼ht hÃ¤tte. Dies gilt fÃ¼r eine Behandlung der AnÃ¤mie unklarer Genese bzw. der EisenspeicherstÃ¶rung. Eine anerkannte Diagnostik der Ursache der AnÃ¤mie und der dazu notwendige Ausschluss einer Blutungsquelle sind nicht durchgefÃ¼hrt worden. Ebenfalls unklar ist, ob die vorgetragenen multiplen Infektionskrankheiten ausreichend ermittelt und therapiert worden sind. Zur Diagnose einer Borreliose wurde eine intravenÃ¶se Antibiose (Antibiotikagabe) empfohlen. Dass diese â leitliniengerecht â durchgefÃ¼hrt worden ist, geht aus den Unterlagen nicht hervor. Insgesamt gelangt die Gutachterin aus Sicht des Senats in sich widerspruchsfrei und Ã¼berzeugend zu

dem Ergebnis, dass der KlÃ¤ger weder unter einer seltenen Erkrankung leidet, die sich der systematischen Erforschung entzieht, noch, dass die Krankheiten und ZustÃ¤nde lebensbedrohlich oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufen oder mit einer derart schwerwiegenden Situation wertungsmÃ¤Ãig vergleichbar sind. Dass die SachverstÃ¤ndige des MDK keine Toxikologin ist, ergibt sich bereits aus ihrer Facharztbezeichnung ohne Benennung einer entsprechenden Spezialisierung, spricht jedoch nicht gegen die Richtigkeit ihrer gutachterlichen AusfÃ¼hrungen.

Â

Die Gutachten des MDK sind auch keine Parteigutachten. Nach Â§ 275 S. 1 SGB V (in der bis 31. Dezember 2019 geltenden Fassung) sind die Ãrzte des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem Ã¤rztlichen Gewissen unterworfen.

Â

Dass darÃ¼ber hinaus bis heute Lebensgefahr besteht, ergibt sich selbst aus dem Vorbringen des KlÃ¤gers nicht. Dies gilt insbesondere fÃ¼r die behaupteten Folgeerkrankungen, deren Behandlung nicht streitgegenstÃ¤ndlich ist. Die EinrÃ¤umung einer ErklÃ¤rungsfrist hatte bereits aus diesem Grund nicht zu erfolgen. Eine weitere AufklÃ¤rung des Sachverhaltes durch Vernehmung von Zeugen und/oder Einholung von Unterlagen oder Beauftragung von SachverstÃ¤ndigen ist aus Sicht des Senats auch vor dem Hintergrund der aktenkundigen Befundberichte der behandelnden Ãrzte J und Dr. St nicht geboten. Im Rahmen des Eilverfahrens zu dem Az. S 72 KR 1002/15 ER hat die behandelnde Ãrztin J unter dem 14. April 2015 einen Befundbericht erstellt, in dem sie die Frage 3 zu den konkreten, eine Lebensbedrohlichkeit begrÃ¼ndenden Befunden nur mit allgemeinen Formulierungen und gerade nicht mit spezifischen Befunden beantwortet hat. Ebenso wenig hat sie sich konkret geÃ¤uÃert zu dem Risiko eines baldigen Versterbens des KlÃ¤gers. Gleiches gilt fÃ¼r den im Zuge des Eilverfahrens zu dem Az. S 111 KR 2003/15 ER (nachfolgend L 9 KR 412/15 B ER) eingeholten Befundbericht des Dr. S vom 20. August 2015. Unerheblich ist es auch, welche Ambulanzen die C unterhÃ¤lt und inwieweit es Parallelen zum Sachverhalt gibt, welcher dem Verfahren vor dem SG zu dem Az. S 89 KR 1336/14 ER zu Grunde lag.

Â

Vor diesem Hintergrund war den AntrÃ¤gen des KlÃ¤gers zu 7, sowie 13 bis 16 und 18 nicht nachzukommen. Ebenso wenig bestand fÃ¼r den Senat Anlass, die Beklagte aufzufordern, ein vollstÃ¤ndiges Leistungsverzeichnis vorzulegen (Antrag zu 17). Aus diesem ergeben sich keine konkreten, von den behandelnden Ãrzten ambulant oder stationÃ¤r erhobenen Befunde. Allein diese kÃ¶nnten jedoch fÃ¼r die Frage des Vorliegens einer lebensbedrohlichen oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmÃ¤Ãig vergleichbaren Erkrankung von Bedeutung sein.

Â

Der KlÃ¤ger hat auch keinen Erstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V. Danach steht einem Versicherten ein Kostenerstattungsanspruch fÃ¼r selbst beschaffte Leistungen zu, wenn die Krankenkasse Ã¼ber einen Leistungsantrag nicht zÃ¼gig im Sinne der Regelung entscheidet.

Â

Der Anspruch nach Â§ 13 Abs. 3 a Satz 7 SGB V setzt voraus, dass der Versicherte die Leistung hinreichend bestimmt beantragt hat, die Krankenkasse Ã¼ber den Leistungsantrag nicht fristgerecht entschieden hat, der Versicherte sich die beantragte Leistung nach Fristablauf selbst beschafft hat, ihm hierdurch Kosten entstanden sind, er im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung keine Kenntnis oder grob fahrlÃ¤ssige Unkenntnis von einem Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruchs hat und im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung Ã¼ber den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch noch nicht bindend entschieden ist oder sich der Antrag anderweitig erledigt hat (vgl. BSG, Urteil vom 26.5.2020 â□□ B 1 KR 9/18 R â□□ juris Rn. 22 ff.).

Â

Eine Kostenerstattung fÃ¼r die â□□Diagnose-Apheresenâ□□ am 15. April 2015 und am 20. April 2015 (1.978,81 â□¬ bzw. 1.696,75 â□¬) hat der KlÃ¤ger nach seinen eigenen Angaben selbst nicht in seinem am 24. MÃ¤rz 2015 eingegangenen Antrag geltend gemacht. Die Kosten sind Ã¼berdies angefallen, bevor die hier einschlÃ¤gige FÃ¼nfwochenfrist des Â§ 13 Abs. 3 a Satz 1, 2. Halbsatz SGB V am 28. April 2015 abgelaufen war. Es galt diese FÃ¼nfwochenfrist und nicht die Dreiwochenfrist nach Â§ 13 Abs. 3 a Satz 1, 1. Halbsatz SGB V, weil die Beklagte eine gutachterliche Stellungnahme des MDK in Auftrag gegeben und darÃ¼ber den KlÃ¤ger mit Schreiben vom 30. MÃ¤rz 2015 im Sinne des Â§ 13 Abs. 3 a Satz 2 SGB V unterrichtet hatte. Die Genehmigungsfiktion ist mit dem Ablauf der FÃ¼nfwochenfrist eingetreten, weil eine weitere VerlÃ¤ngerung nicht eingetreten ist. Die Beklagte hat nicht wirksam nach Â§ 13 Abs. 3 a Satz 5 SGB V mitgeteilt, weshalb die Entscheidungsfrist bis dahin nicht hat eingehalten werden kÃ¶nnen. Zwar hat sie im Eilverfahren (SG: S 72 KR 1002/15 ER) mit Schriftsatz vom 13. April 2015 informiert, dass eine nochmalige Stellungnahme durch den MDK erfolgen solle, weil weitere Ã¤rztliche Unterlagen angefordert worden seien. Der Schriftsatz ist durch das Gericht am 14. April 2015 weitergeleitet worden. Der KlÃ¤ger hat auch mit seinem Schriftsatz vom 18. April 2015 darauf reagiert. Allerdings setzt eine VerlÃ¤ngerung voraus, dass die Krankenkasse mindestens einen hinreichenden Grund fÃ¼r die VerzÃ¶gerung benennt und taggenau angibt, wie lange sich die Entscheidung aus diesem Grund prognostischerweise verzÃ¶gert (BSG, Urteil vom 08. MÃ¤rz 2016 â□□ B 1 KR 25/15 R â□□juris Rn. 20), was hier nicht der Fall ist. Die Beklagte war auch ungeachtet des bereits laufenden gerichtlichen Eilrechtsschutz-Verfahrens entgegen ihrer Rechtsaufassung nach wie vor Herrin des Verwaltungsverfahrens.

Â

Allerdings hat ein Versicherter, der schon vor Ablauf der maÃgeblichen Entscheidungsfristen nach Â§ 13 Abs. 3 a SGB V auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistungen vorfestgelegt ist, keinen Anspruch auf Kostenerstattung aufgrund einer Genehmigungsfiktion (BSG, Urteil vom 25. MÃ¤rz 2021 â B 1 KR 22/20 R â juris Rn. 18; Urteil vom 27. Oktober 2020 â B 1 KR 3/20 R â juris Rn. 14). Denn Voraussetzungen der Kostenerstattung ist es, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begrÃ¼ndenden Umstand und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang besteht. Daran fehlt es, wenn der Versicherte sich unabhÃ¤ngig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfÃ¤llt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungsbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (BSG, a. a. O. Rn. 13 f).

Â

Hier war der KlÃ¤ger entgegen seinen Beteuerungen ausweislich seines Vorbringens fest entschlossen, die therapeutischen Apherese-Behandlungen auf jeden Fall durchfÃ¼hren zu lassen, nachdem als Ergebnis der âdiagnostischenâ Apheresen das Vorhandensein von Giftstoffen festgestanden hat. Der KlÃ¤ger hat sich in C behandeln lassen, weil er subjektiv davon ausgegangen ist, in Lebensgefahr zu sein und nur durch die Apheresen behandelt werden zu kÃ¶nnen, unabhÃ¤ngig davon, ob ihm gegenÃ¼ber der Beklagten ein Kostenerstattungsanspruch zusteht oder nicht. Seine Einlassung, vor der Entscheidung Ã¼ber die (therapeutischen) Apheresen die Ergebnisse der âdiagnostischenâ abzuwarten, spricht dafÃ¼r, dass die Entscheidung nur von der Notwendigkeit aufgrund der Diagnoseergebnisse abhing, nicht hingegen von der beantragten Kostenerstattung. AuffÃ¤llig ist zudem, dass der Behandler Dr. in seinem zeitnah vor der DurchfÃ¼hrung der diagnostischen Apheresen erstellten Attest vom 14. April 2015 ausfÃ¼hrt, dass die therapeutischen Apheresen als ultima ratio Therapie vorgenommen werden mÃ¼ssten und der Einsatz dieser Therapie am 15. April 2015 unter seiner Leitung und Aufsicht erfolgen werde. Danach gibt es keinen Unterschied zwischen den Apheresen, die spÃ¤ter vorgenommene Differenzierung zwischen âdiagnostischenâ und âtherapeutischenâ Apheresen lÃ¤sst den Schluss zu, dass damit die Vorfestlegung verbrÃ¤mt werden sollte.

Â

FÃ¼r die Behandlungen ab dem 29. Juli 2015 ist zusÃ¤tzlich davon auszugehen, dass der KlÃ¤ger sich in Kenntnis oder aber jedenfalls aufgrund grob fahrlÃ¤ssiger Unkenntnis vom Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruchs im oben genannten Sinne hat behandeln lassen. Denn spÃ¤testens mit dem ablehnenden Bescheid vom 10. Juli 2015 konnte der KlÃ¤ger nicht mehr darauf vertrauen, die begehrte Behandlung in einer privaten Krankenanstalt erstattet zu bekommen. Die Annahme des KlÃ¤gers, anspruchsberechtigt zu sein, beruhte bei der Antragstellung

im MÃ¤rz zwar zunÃ¤chst nicht auf einer grob fahrlÃ¤ssigen Unkenntnis. Grob fahrlÃ¤ssig handelt nach der Legaldefinition des Â§ 45 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), wer die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem MaÃe verletzt, das heiÃt, wer schon einfachste, ganz naheliegende Ãberlegungen nicht anstellt und daher nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss. Dabei ist das MaÃ der FahrlÃ¤ssigkeit insbesondere nach der persÃ¶nlichen Urteils- und KritikfÃ¤higkeit, dem EinsichtsvermÃ¶gen des Beteiligten sowie den besonderen UmstÃ¤nden des Falles zu bemessen. Eine nÃ¤here Kenntnis der Gesetzeslage darf den Versicherten nicht abverlangt werden. Das Tatbestandsmerkmal der groben FahrlÃ¤ssigkeit soll nur eine Kostenerstattung offensichtlich rechtswidriger Leistungen ausschlieÃen. Je offensichtlicher die beantragte Leistung auÃerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, desto eher ist von einer zumindest grob fahrlÃ¤ssigen Unkenntnis (BÃ¶sglÃ¤ubigkeit) im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung auszugehen (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020 â B 1 KR 9/18 R â juris Rn. 24 unter Bezugnahme auf BT-Drucks 18/9522 S. 238). Dies ist dann der Fall, wenn sich Versicherte trotz erdrÃ¼ckender Sach- und Rechtslage besserer Erkenntnis verschlieÃen. Es kommt auch dabei nicht auf formale Ablehnungsentscheidungen an, sondern auf die QualitÃ¤t der fachlichen Argumente und ihre Nachvollziehbarkeit durch die Versicherten; deshalb folgt aus einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse fÃ¼r sich genommen noch keine grobe FahrlÃ¤ssigkeit; auch dann nicht, wenn die Entscheidung der Krankenkasse auf einer Stellungnahme des MDK beruht (BSG, a. a. O. Rn. 25).

Â

Im MÃ¤rz 2015 konnte der KlÃ¤ger zwar der Auffassung sein, ihm stÃ¼nden die therapeutischen Apheresen zu Lasten der Beklagten als gesetzlicher Krankenkasse zu, weil er subjektiv der Auffassung war, akut lebensgefÃ¤hrlich erkrankt zu sein und keine Alternativen als die begehrte Behandlung in der Privatklinik zu deren Konditionen sah. Insoweit betraf der Antrag Leistungen, die nicht offensichtlich auÃerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lagen (vgl. zu diesem Erfordernis bei Inanspruchnahme privatÃ¤rztlicher Leistungen: BSG, Urteil vom 6. November 2018 â B 1 KR 20/17 R â juris Rn. 17 â 18). SpÃ¤testens aufgrund der ihm bekannten Darlegungen des MDK in dessen zweiten Gutachten vom 2. Juli 2015, das Grundlage fÃ¼r den Ablehnungsbescheid ist, musste dem KlÃ¤ger dann aber ohne Restzweifel klar sein, dass seine subjektive Auffassung, nur durch die Behandlung mit einer AuÃenseitermethode in C adÃ¤quat behandelbar zu ein, mit der Befundlage und der objektiven medizinischen Situation nicht in Einklang zu bringen ist, wonach weder von Lebensgefahr auszugehen ist, noch, dass die alternativen Behandlungsoptionen allesamt als gescheitert betrachtet werden mÃ¼ssten. Dieses Gutachten ist dem damaligen BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers zusammen mit dem Bescheid vom 6. Juli 2015 Ã¼bermittelt worden und dort ausweislich den der Antragsschrift im einstweiligen Rechtsschutzverfahren S 111 KR 2003/15 ER beigefÃ¼gten Unterlagen vorab per Fax am selben Tag eingegangen. Eine fortwÃ¤hrende GutglÃ¤ubigkeit konnte sich insbesondere nicht daraus ergeben, dass das SG Ã¼ber ein Jahr zuvor einer anderen gesetzlich Krankenversicherten im Wege einer einstweiligen Anordnung die

begehrte Doppelmembran-Filterapheresen zugesprochen hatte und der KlÃ¤ger selbst zu diesem Zeitpunkt das zweite gerichtliche Eilverfahren betrieben hat. Der KlÃ¤ger selbst hatte seinem Antragsschreiben vom 23. MÃ¤rz 2015 den vollstÃ¤ndigen Stattgabebeschluss beigefÃ¼gt. Aus der BeschlussbegrÃ¼ndung ergibt sich, dass eine reine FolgenabwÃ¤gung getroffen wurde, weil eine AufklÃ¤rung der Sach- und Rechtslage dem SG im Eilverfahren nicht mÃ¶glich gewesen sei. Die notwendige AufklÃ¤rung ist in seinem Fall hingegen erfolgt. Fortbestehender guter Glaube konnte ferner nicht auf Grundlage des Zusicherungsschreibens vom 30. Juni 2015 bestehen. Nach dessen ErklÃ¤rungsinhalt aus einer objektivierten EmpfÃ¤ngersicht wurde eine Zusicherung nÃ¤mlich nur bis zu der aktuell ausstehenden â□□Entscheidungâ□□ des MDK abgegeben. Das Gutachten des MDK erfolgte bereits am 2. Juli 2015. Aufgrund des Gutachtens stand Ã¼berdies weiter fest, dass in C keine lebenserhaltende Behandlung stattfinden wÃ¼rde. Soweit der KlÃ¤ger einwendet, der MDK kÃ¶nne bzw. dÃ¼rfe nicht entscheiden, dies obliege allein der Beklagten, mag dies richtig sein. Dennoch ist fÃ¼r einen verstÃ¤ndigen EmpfÃ¤nger offensichtlich, dass die Zusicherung nur fÃ¼r die Zeit bis zu einer weiteren Ã□uÃ□erung des MDK gelten solle.

Â

Ein fingierter Kostenerstattungsanspruch scheitert zudem fÃ¼r alle Apheresen an einer fehlenden Bestimmtheit des Antrages. Hierauf hat auch bereits das SG abgestellt. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von Â§Â 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 â□□ B 1 KR 1/17 R â□□ juris Rn. 18 mit Bezugnahme auf Urteil vom 8. MÃ¤rz 2016Â â□□ B 1 KR 25/15 RÂ â□□, BSGE 121, 40-49, Rn. 23). Ein Verwaltungsakt ist â□□ zusammengefasst â□□ inhaltlich hinreichend bestimmt (Â§Â 33 Abs. 1 SGB X), wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des VerfÃ¼gungssatzes zu erkennen und der VerfÃ¼gungssatz gegebenenfalls eine geeignete Grundlage fÃ¼r seine zwangsweise Durchsetzung bildet. So liegt es, wenn der VerfÃ¼gungssatz in sich widerspruchsfrei ist und den Betroffenen bei Zugrundelegung der ErkenntnismÃ¶glichkeiten eines verstÃ¤ndigen EmpfÃ¤ngers in die Lage versetzt, sein Verhalten daran auszurichten. Die Anforderungen an die notwendige Bestimmtheit richten sich im Einzelnen nach den Besonderheiten des jeweils anzuwendenden materiellen Rechts. Der VerfÃ¼gungssatz, einen Naturalleistungsanspruch auf eine bestimmte Krankenbehandlung (Â§Â 27 SGB V) zu gewÃ¤hren, verschafft dem Adressaten eine Rechtsgrundlage dafÃ¼r, mittels Leistungsklage einen Vollstreckungstitel auf das Zuerkannte zu erhalten. Die Vollstreckung erfolgt nach den Regelungen Ã¼ber vertretbare Handlungen (vgl. Â§Â 199 Abs. 1 Nr. 1, Â§Â 198 Abs. 1 SGG, Â§Â 887 Zivilprozessordnung). Es genÃ¼gt hierfÃ¼r, dass das Behandlungsziel klar ist (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017, a.a.O., Rn. 19).

Â

Es ist danach zwar unschÃ¤dlich, dass der Antrag des KlÃ¤gers vom 24. MÃ¤rz 2015

zunÃ¤chst Unklarheiten aufwies, ob in der Tagesklinik in C eine (teil-)stationÃ¤re oder eine ambulante Behandlung stattfinden sollte (so noch LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 24. Februar 2016 â L 9 KR 412/15 B ER). Denn ersichtlich sollten die aus Sicht des KlÃ¤gers â medizinisch erforderlichen Apheresenâ durchgefÃ¼hrt werden (so BSG, a.a.O. Rn. 20 fÃ¼r Liposuktionen). Allerdings wÃ¤re ein entsprechender Sachleistungsbescheid zu unbestimmt, weil nicht ersichtlich wÃ¤re, welchem Zweck die speziellen BlutwÃ¤schen dienen sollten. WÃ¤hrend der Begriff der Liposuktion vom begehrten Behandlungserfolg her definiert werden kann, waren und sind die Einzelheiten der begehrten bzw. durchgefÃ¼hrten Apheresen auch nach Einreichung der Rechnungen unklar. Was jeweils ausgefiltert werden sollte bzw. wurde und welche Krankheit damit bekÃ¤mpft werden sollte, ist schlicht unbekannt. Ein entsprechender Leistungsbescheid kÃ¶nnte deshalb nicht vollstreckt werden.

Â

Aus dem Zusicherungsschreiben vom 30. Juni 2015 kann der KlÃ¤ger keinen Anspruch herleiten, weil ihm â wie oben ausgefÃ¼hrt â zu dessen nÃ¤heren Bedingungen keine Kosten entstanden sind. Soweit der KlÃ¤ger zutreffend auf den Umstand hinweist, dass der MDK keine Entscheidungen treffen konnte, relativiert er selbst den ErklÃ¤rungswert der Zusicherung. Dass es weitere Zusicherungsschreiben gegeben hat, welche der fÃ¼r eine Verbindlichkeit nach Â§ 34 Abs. 1 S. 1 SGB X erforderlichen Schriftform genÃ¼gten, behauptet der KlÃ¤ger selbst nicht. Es ist nicht ersichtlich, dass die Beklagte Dokumente zurÃ¼ckhalten kÃ¶nnte, aus denen sich fÃ¼r den KlÃ¤ger AnsprÃ¼che ergeben kÃ¶nnten. Der Umstand, dass Schreiben seines zwischenzeitlichen BevollmÃ¤chtigten nicht zur Akte gelangt sind, obgleich die Beklagte auf diese reagiert hat, zeigt zwar eine unzureichende AktenfÃ¼hrung auf. LeistungsansprÃ¼che kann der KlÃ¤ger daraus aber nicht herleiten. Im Ãbrigen hat der KlÃ¤ger selbst diese Schreiben inzwischen (mehrfach) zur Gerichtsakte gereicht, sodass das SG und der Senat diese bei seiner Entscheidungsfindung berÃ¼cksichtigen konnte. Der KlÃ¤ger konnte in den Inhalt der Verwaltungsakte im Sinne des Â§ 120 SGG so Einsicht nehmen, wie diese auch dem SG und dem Senat zur VerfÃ¼gung standen bzw. stehen. Eine erneute Akteneinsicht ist deshalb zur GewÃ¤hrung rechtlichen GehÃ¶rs nicht geboten gewesen, weshalb dem KlÃ¤ger auch keine erneute ErklÃ¤rungsfrist einzurÃ¤umen war.

Â

AnsprÃ¼che auf kÃ¼nftige Leistungen scheiden damit ebenfalls aus, gleichfalls die Erstattung von Fahrt- und Ãbernachtungskosten. Nach Â§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung Ã¼bernimmt die Krankenkasse zudem Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung (nur) in besonderen AusnahmefÃ¤llen, die der GBA in der Richtlinie Ã¼ber die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransportrichtlinie) geregelt hat. Im Allgemeinen muss ein Versicherter Ãrzte und Heilmittelerbringer auf eigene Kosten aufsuchen.

Â

Eine Rechtsgrundlage fÃ¼r eine â□□Verweisungâ□□ des Rechtsstreits an das BSG oder das Bundesverfassungsgericht (BerufungsantrÃ¤ge zu 5 und 6) ist nicht ersichtlich. Im Ã□brigen wird auf die zutreffenden AusfÃ¼hrungen im angegriffenen Urteil verwiesen (Â§Â 153 Abs. 2 SGG).

Â

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG und entspricht dem Ergebnis in der Sache.

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG liegen nicht vor. Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung, so dass insbesondere eine grundsÃ¤tzliche Bedeutung ausscheidet.

Erstellt am: 07.09.2023

Zuletzt verändert am: 22.12.2024