S 21 KR 33/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Bestimmter Antrag Genehmigungsfiktion Grundrechtsorientierte Auslegung des GKV-Leistungskatalogs
Leitsätze	1. Eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im Sinne von § 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V kann auch dann zu bejahen sein, wenn zwar keine Aussicht auf Heilung mehr besteht, wenn aber mit der Alternativbehandlung eine auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg im Sinne einer wenigstens positiven Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung selbst besteht, etwa durch Verlängerung der möglichst beschwerdefreien oder beschwerdearmen (Über-)Lebenszeit des (Tod-)Kranken. In der Lebenszeitverlängerung als solcher liegt dann die positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, die allerdings auch spürbar sein muss. 2. Damit eine Leistung als genehmigt gelten kann, bedarf es eines hinreichend bestimmten, fiktionsfähigen Antrags (BSG, Urteil vom 06.11.2018 – B 1 KR 20/17 R). 3. Zweck der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V ist es, die Krankenkassen zu einer zügigen Prüfung und Entscheidung anzuhalten, damit Versicherten erforderliche Krankenbehandlungen nicht unbotmäßig lange vorenthalten werden. Daran würde es vorbeigehen, wenn aufgrund eines z.T.

	prophylaktischen Antrags auf alle möglichen Therapiefacetten, die gegebenenfalls irgendwann irgendwie zum Einsatz kommen könnten (und im konkreten Fall auch über fünf Jahre nach Antragstellung teilweise noch nicht zum Einsatz gekommen sind), die Genehmigungsfiktion quasi als „Blanko-Bewilligung“ für lediglich potentielle künftige Leistungen eintreten würde.
Normenkette	SGB V § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V § 13 Abs. 3a SGB V § 2 Abs. 1a

1. Instanz

Aktenzeichen	S 21 KR 33/16
Datum	18.01.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 20 KR 139/19
Datum	13.10.2020

3. Instanz

Datum	-

Â

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts NÃ¼rnberg vom 18.01.2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Streitig zwischen den Beteiligten ist ein Sachleistungsanspruch bzgl. einer Behandlung des KlÃ¤gers mit Hyperthermie, Boswellia carterii (Weihrauch), onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin bei dem Arzt T sowie ein entsprechender Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch fÃ¼r bereits selbstbeschaffte Leistungen.

Der am 1962 geborene KlÃ¤ger ist bei der Beklagten krankenversichert. Im Februar 2002 trat beim KlÃ¤ger eine Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik auf. Eine kernspintomographische AbklÃ¤rung ergab einen Tumor im linken unteren

Frontallappen des Gehirns. Eine dem KlÃ¤ger damals empfohlene Resektion wurde anschlieÃend nicht durchgefÃ¼hrt. Erst nach einem erstmaligen Krampfanfall im Jahre 2014 und erneuter AbklÃ¤rung erfolgte am 07.11.2014 die Resektion des linken Frontalpols. Die histologische Aufarbeitung des damals gewonnenen Materials ergab die Diagnose eines Glioblastoma multiforme mit oligodendroglialer Komponente Grad IV. AnschlieÃend wurde im Dezember 2014 und im Januar 2015 eine postoperative Radio-Chemotherapie durchgefÃ¼hrt und bis 16.02.2015 fand anschlieÃend eine Rehabilitationsbehandlung statt; eine Temozolomid-Therapie erfolgte bis Mitte April 2015. Am 24.04.2015 begann der KlÃ¤ger beim Herrn T (Arzt fÃ¼r Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren) eine Hochdosis-Vitamin C-Therapie und am 15.06.2015 eine Therapie mit Boswellia carterii. Bei einer kernspintomographischen Untersuchung am 07.05.2015 wurde Ã¼ber eine diffuse Kontrastmittelanreicherung der Tumoranteile berichtet, bei einer weiteren derartigen Untersuchung am 06.08.2015 von einem RÃ¼ckgang der signalgesteigerten kontrastmittelaufnehmenden Tumoranteile und von einem insgesamt erfreulich stabilen Zustand ohne akuten operativen Handlungsbedarf. Es wurde aber aufgrund der groÃen verbliebenen Resttumoranteile die FortfÃ¼hrung der Therapie mit Temodal nach Normalisierung der Blutwerte empfohlen.

Mit Schreiben vom 12.06.2015 (eingegangen am selben Tag) beantragte der KlÃ¤ger bei der Beklagten die ÃbernahmeÃ der Kosten fÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndliche Immuntherapie mit Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, Hypericin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin bei Herrn T. Dem Antrag lag ein Schreiben des Herrn T bei, in dem dieser den bisherigen Krankheitsverlauf des KlÃ¤gers darlegte und seine Therapie vorstellte. Die Therapie habe kurativen Anspruch. Durch die Therapie kÃ¶nne die Krebsstammzelle vernichtet werden. Alle beantragten Therapiefacetten hÃ¤tten eine ausreichende wissenschaftliche Dokumentation vorzuweisen. Es handele sich um ein immuntherapeutisches Gesamtkonzept. BeigefÃ¼gt war ein Kostenvoranschlag des Herrn T fÃ¼r die einzelnen Behandlungsbausteine. Wann, wie oft, wie lange, unter welchen Voraussetzungen oder in welcher Kombination diese zur Anwendung kommen sollten, ist daraus nicht ersichtlich.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, informierte den KlÃ¤ger jedoch darÃ¼ber nicht. In seiner Stellungnahme vom 03.07.2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass weitere schulmedizinische BehandlungsmÃ¶glichkeiten bestÃ¼nden. Der KlÃ¤ger mÃ¶ge sich an ein Tumorzentrum wenden. Eine wirklich spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf kÃ¶nne durch die â weltweit ausschlieÃlich durch Herrn T angebotene â Therapiemischung in keinster Weise belegt werden, auch nicht als palliative Option. Dies gelte sowohl fÃ¼r die Einzelbestandteile als auch fÃ¼r die Kombination dieser Verfahren. Aus sozialmedizinischen GrÃ¼nden sei eine Leistungspflicht der Beklagte daher nicht gegeben.

Mit Bescheid vom 17.07.2015 lehnte die Beklagte daraufhin eine ÃbernahmeÃ der Kosten ab. Dagegen legten der KlÃ¤ger selbst und auch Herr T fÃ¼r diesen Widerspruch ein. Herr T wehrte sich gegen die Behauptung, es handele sich um

hochexperimentelle Methoden. Dieser Ausdruck stelle seinen individuellen Heilversuch in den Rahmen eines Menschenexperiments. Bei einem Experiment gehe es um Wissensgewinn. Bei einem individuellen Heilversuch gehe es um Heilung. Der Wissensgewinn sei dem untergeordnet.

Es erfolgte eine erneute Begutachtung durch den MDK. Mit Gutachten vom 06.11.2015 bestÃ¤tigte der MDK, dass es sich nicht um eine anerkannte Methode, sondern um eine hochexperimentelle Therapie auÃerhalb der Empfehlung onkologischer Fachkreise, der Arzneimittelrichtlinie und zum Teil des Arzneimittelgesetzes handele. Wissenschaftliche Grundlagen der Methoden seien auch im Widerspruch nicht dokumentiert. Unter ambulanter allgemeinÃ¤rztlicher Behandlung sei eine ausreichende Risikobewertung unter WÃ¼rdigung komplexer Behandlungsmuster und drohender schwerwiegender Komplikationen nicht mÃ¶glich, insbesondere unter Anwendung fragwÃ¼rdiger bzw. vertragsÃ¤rztlich ausgeschlossener Substanzen. Die Methode verspreche keine positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf und habe gegenÃ¼ber anerkannten Behandlungsoptionen keinen medizinischen Nutzen.
Dementsprechend wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16.12.2015 den Widerspruch zurÃ¼ck.

Dagegen hat der KlÃ¤ger am 17.01.2016 Klage zum Sozialgericht (SG) NÃ¼rnberg erhoben und zur BegrÃ¼ndung insbesondere auf die prekÃ¤re Situation im Behandlungskonzept von Glioblastomen sowie die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) verwiesen (KlagebegrÃ¼ndung vom 22.02.2016).

Mit Schreiben vom 29.08.2017 wandte sich der KlÃ¤ger an das SG NÃ¼rnberg mit einem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Ziel, die Beklagte zur vorlÃ¤ufigen KostenÃ¼bernehme fÃ¼r die Immuntherapie bei Herrn T zu verpflichten (S 21 KR 569/17 ER). Dem KlÃ¤ger sei es nicht zuzumuten, die Entscheidung Ã¼ber den Anspruch in der Hauptsache abzuwarten. Dem Antrag lag ein Schreiben des behandelnden Arztes T bei, wonach die Behandlung unaufschiebbar sei, da der KlÃ¤ger seit 03.08.2017 unter zunehmenden Wortfindungsschwierigkeiten und ArtikulationsstÃ¶rungen leide. Dieses neurologische Symptom im Verein mit dem Verdacht auf ein Rezidiv schaffe eine vÃ¶llig neue, hochbrisante Situation. Die Behandlung sei so dringlich, dass aus medizinischer Sicht keine MÃ¶glichkeit eines zeitlichen Aufschubs bestehe. Der KlÃ¤ger sei nicht in der Lage, aus eigenen Mitteln die Behandlung zu finanzieren. Die monatlichen Kosten fÃ¼r die Therapie mit onkolytischen Viren betrÃ¼gen zwischen 2.000 und 4.000 â¬ pro Monat initial, nach Beherrschung des Tumorwachstums 1.000 bis 2.000 â¬. Die dendritischen Zellen kosteten etwa 4.500 â¬ pro Monat.

Am 29.09.2017 fand in dem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ein ErÃ¶rterungstermin vor dem SG NÃ¼rnberg statt. Die Ehefrau des KlÃ¤gers fÃ¼hrte aus, dass der KlÃ¤ger am 24.04.2015 mit der Therapie bei Herrn T begonnen habe. Diese bestehe aus hochdosiertem Vitamin C, DCA und Weihrauch und sei bis jetzt durchgefÃ¼hrt worden. Bei dem KlÃ¤ger seien seit Beginn des

Monats August 2017 SprachstÃ¶rungen aufgefallen, die auf ein Aufflammen des Krankheitsgeschehens hindeuteten. Der KlÃ¤ger wolle nunmehr die Therapie mit den dendritischen Zellen, onkolytischen Viren und Hyperthermie beginnen. Am 31.08.2017 sei er in der Uni-Klinik E zum MRT gewesen. Es habe keine genaue Aussage getroffen werden kÃ¶nnen, ob ein Rezidiv vorliege. Sie seien gebeten worden, kurzfristig zu einer Verlaufskontrolle wieder in der Uni-Klinik zu erscheinen. Die Erkrankung des KlÃ¤gers sei im Oktober 2014 entdeckt und im November sofort operiert worden. Es seien dann Strahlentherapie und Chemotherapie gefolgt. Ab Februar 2015 habe sich das Krankheitsgeschehen als stabil gezeigt. Im Mai 2015 sei ein erneutes MRT erfolgt, auch dieses habe einen stabilen Verlauf gezeigt. Im MÃ¤rz 2015 hÃ¤tten die behandelnden Ãrzte in A mitgeteilt, dass eine weitere Chemotherapie nicht mehr erfolgen kÃ¶nne, da die Leukozytenwerte zu schlecht gewesen seien.

Auf Nachfrage des Gerichts reichte der KlÃ¤ger am 07.11.2017 ein Schreiben des Arztes T vom 06.11.207 ein, wonach es in der Rezidivsituation keine allgemein anerkannte Leitlinientherapie mehr gebe. Die Behandlung mit CCNU sei wegen der zu befÃ¼rchtenden Nebenwirkungen kein sinnvoller Weg. Die onkolytischen Viren hingegen seien der HoffnungstrÃ¤ger der Onkologie.

Mit Beschluss vom 20.11.2017 lehnte das SG NÃ¼rnberg den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ab, nachdem zwischenzeitlich im Hauptsacheverfahren ein fÃ¼r den KlÃ¤ger negatives Gutachten eingeholt worden war (nÃ¤her dazu siehe unten). Die dagegen gerichtete und unter dem Aktenzeichen L 20 KR 742/17 B ER gefÃ¼hrte Beschwerde wurde vom Bayerischen Landessozialgericht (LSG) mit Beschluss vom 29.03.2018 zurÃ¼ckgewiesen. Beide Gerichte waren zu der Auffassung gelangt, dass ein Anordnungsanspruch nicht gegeben sei, weil die Voraussetzungen des Â§ 2 Abs. 1a FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht vorlÃ¤gen.

Im Hauptsacheverfahren hat das SG Befundberichte des Hausarztes K, des Facharztes fÃ¼r Innere Medizin, Internistische Onkologie/HÃ¤matologie M, des UniversitÃ¤tsklinikums E, der Praxis fÃ¼r Strahlentherapie B sowie von Herrn T eingeholt. Am 22.03.2017 hat das Gericht H, UniversitÃ¤tsklinikum B (Klinik fÃ¼r Neurologie, Schwerpunkt Klinische Neuroonkologie, zertifiziertes neuroonkologisches Zentrum), mit der Erstellung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens Ã¼ber den KlÃ¤ger beauftragt.

H hat in seinem Gutachten vom 07.11.2017 im Wesentlichen Folgendes ausgefÃ¼hrt: Bei dem KlÃ¤ger sei im Februar 2002 eine Kopfschmerz- und Schwindelsymptomatik mittels MRT abgeklÃ¤rt worden. Dabei habe sich ein Tumor gezeigt, der zu diesem Zeitpunkt keine Kontrastmittel aufgenommen habe. Der KlÃ¤ger habe entgegen dem Rat seiner behandelnden Ãrzte eine operative Therapie abgelehnt. Es seien daraufhin vierteljÃ¤hrlich MRT-Kontrollen durchgefÃ¼hrt worden. Im Oktober 2014 sei es zu einer transienten Symptomatik mit sekundenlanger SprachstÃ¶rung gekommen und es sei eine AbklÃ¤rung im MRT erfolgt. Am 07.11.2014 sei die Resektion des linken Frontalpols erfolgt. Es habe sich die Diagnose eines Glioblastoma multiforme mit oligodendroglialer Komponente

Grad IV ergeben. Es sei daraufhin eine Radio-Chemotherapie mit Radiatio durchgefÃ¼hrt worden. Im MÃ¤rz 2015 habe der KlÃ¤ger mit der Therapie bei Herrn T begonnen. Diese habe zunÃ¤chst aus hoch dosiertem Vitamin C, DCA und Weihrauch bestanden. Bei dem KlÃ¤ger liege eine besondere Konstellation vor. Es sei ein Glioblastom mit oligodendroglialer Komponente nachgewiesen, bei dem es sich um ein sog. anaplastisches Oligodendrogliom handeln kann (was im Falle des KlÃ¤gers aber offensichtlich nicht analysiert worden sei). Dieser Tumor sei in der Version der WHO-Klassifikation, die von 2007 bis 2016 gegolten habe, als Glioblastom gefÃ¼hrt worden, obwohl die Prognose eine deutlich bessere sei als beim â□□Standard-Glioblastomâ□□. Die Ã□berlebenszeiten seien sehr viel lÃ¤nger (50 % der Patienten Ã¼berlebten deutlich mehr als sechs Jahre) als beim Glioblastom ohne oligodendrogliale Komponente. Es sei zwar auch hier keine heilende Therapie mÃ¶glich, jedoch sei der Therapieeffekt der zusÃ¤tzlichen alkylierenden Chemotherapie in zwei groÃ□en internationalen Studien exzellent belegt. Zur Behandlung des Glioblastoms stÃ¼nde eine Chemotherapie mit Temozolomid zur VerfÃ¼gung. Im Rezidiv eines Glioblastoms sei auch die Therapie mit Nitrosoharnstoff (BCNU oder CCNU) zugelassen. Selbst in dem Fall, dass man eine Progression der Erkrankung am 07.05.2015 konstatiert hÃ¤tte, stÃ¼nde eine CCNU-Monotherapie oder, analog zum Therapiealgorithmus beim anaplastischen Oligodendrogliom, eine CCNU-basierte PCV-Chemotherapie mit der Aussicht auf gute Wirksamkeit zur VerfÃ¼gung. Die Therapie des Glioblastoms mit oligodendroglialer Komponente sei somit selbst bei Vorliegen eines Progresses nicht ausgeschÃ¶pft und damit nicht als endgÃ¼ltig erfolglos oder mit nicht ausreichendem Erfolg behaftet anzusehen.

Im weiteren Verlauf des Gutachtens hat sich H mit den einzelnen Bestandteilen der Therapie, wie sie Herr T durchfÃ¼hrt, auseinandergesetzt. BezÃ¼glich der Hyperthermie gebe es keine belastbaren wissenschaftlichen Daten, die nahelegen wÃ¼rden, dass die Hyperthermie die Chance auf Heilung, VerhÃ¼tung der Verschlimmerung, LebensverlÃ¤ngerung sowie Schmerzlinderung bei malignen Gliomen verbessere. Es gebe jedoch Studien zur Wirksamkeit der Elektrohyperthermie. Insbesondere gebe es eine Studie zur loco-regionalen Elektrohyperthermie mit externer Applikationsweise, die Hyperthermie als Brachytherapie, d.h. nach neurochirurgischer Implantation von Kathetern in das Gehirn des Patienten, appliziere. Im Rahmen dieser Untersuchung sei jedoch auch die Radiotherapie Ã¼ber Brachytherapieverfahren appliziert worden, so dass sich die Studiensituation deutlich von dem durch Herrn T angewandten Verfahren unterscheide. Des Weiteren gebe es folgende Studien: Fiorentine et al (2006), Wismeth et al. (2010), Hager et al (2008), Sahinbas et al. (2007). In Summe gebe es keine belastbaren wissenschaftlichen Daten, die nahelegen wÃ¼rden, dass Hyperthermie die Chance auf Heilung, VerhÃ¼tung der Verschlimmerung, LebensverlÃ¤ngerung sowie Schmerzlinderung bei malignen Gliomen verbessere. Der Ansatz habe sich in der medizinischen Praxis nicht durchgesetzt. Auch in die Leitlinie â□□Gliomeâ□□ der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Neurologie und der Leitlinie zur Diagnose und Therapie anaplastischer Gliome und Glioblastome der European Association of Neurooncology gehÃ¶re die Elektro-Hyperthermie nicht zu den Empfehlungen. Boswellia-SÃ¤uren seien Weihrauch-Extrakte. Diese zeigten antitumorale Effekte in der Zellkultur, eine lebenszeitverlÃ¤ngernde Wirkung

kÃ¶nne jedoch nicht indiziert werden. BezÃ¼glich der onkolytischen Viren hat der Gutachter ausgefÃ¼hrt, dass die Palette breit sei und diverse Studien derzeit derartige TherapieansÃ¤tze analysieren wÃ¼rden. Es handele sich durchweg um experimentelle AnsÃ¤tze, die auch nur in definierten Studien appliziert werden sollten. Bei dem KlÃ¤ger solle ein Newcastle-Disease-Virus (NDV) eingesetzt werden, so dass nach Studien gesucht werden mÃ¼sse, in denen dieser Virustyp eingesetzt worden sei. Es wÃ¼rden sich EinzelfÃ¤lle einer Behandlung finden und mehrere nicht randomisierte Studien. Diese FÃ¤lle wÃ¼rden sich nicht dazu eignen, die Therapie mit NDV zu etablieren. BezÃ¼glich der dendritischen Zellen gebe es keine publizierten Phase III-Studien, die eine EffektivitÃ¤t der Vakzination mit dendritischen Zellen nahelegten. Es handele sich um eine experimentelle Therapie, deren konkrete Wirksamkeit noch zu belegen sei. Zu der Behandlung mit Curcumin gebe es keine Studien. BezÃ¼glich der Behandlung mit Dichlorazetat (DCA) seien bisher fÃ¼nf FÃ¤lle von Glioblastom-Patienten publiziert worden, bei denen diese Substanz eingesetzt worden sei. Eine Generalisierung der zum Teil gÃ¼nstigen individuellen VerlÃ¤ufe auf eine grÃ¶Ã□ere Gesamtheit von Patienten verbiete sich angesichts der sehr kleinen Fallzahl und der fehlenden Kontrollgruppe. Bei Artesunaten handele es sich ursprÃ¼nglich um ein Anti-Malariamittel. Auch bezÃ¼glich dieser Therapie gebe es keinerlei klinische Daten, die Chancen auf Heilung, VerhÃ¼tung der Verschlimmerung, LebensverlÃ¤ngerung sowie Schmerzlinderung begrÃ¼nden wÃ¼rden. Artesunate seien kein etablierter Teil der Therapie von Hirntumorpatienten. Auch Vitamin C sei kein etablierter Teil der Therapie von Hirntumorpatienten, ebenso Amygdalin. Zusammenfassend gebe es fÃ¼r keine der von Herrn T eingesetzten Therapien ausreichende klinische Hinweise, dass der Verlauf der Erkrankung eines Patienten mit malignem Gliom verbessert werde. Da die Wirksamkeit der Einzelelemente nicht ausreichend belegt sei und fÃ¼r die Kombination keinerlei klinische Wirksamkeitsdaten vorlÃ¤gen, ergebe sich insgesamt fÃ¼r die Kombinationstherapie keine hinreichende Chance auf Heilung, VerhÃ¼tung der Verschlimmerung, LebensverlÃ¤ngerung oder Schmerzlinderung. Der KlÃ¤ger habe bereits im MÃ¤rz 2015 mit der Therapie begonnen. Der Beginn der Behandlung bei Herrn T sei nicht unaufschiebbar gewesen. Die Behandlung sei schon begonnen worden, bevor eine mÃ¶gliche Progression der Erkrankung diskutiert worden sei. Bei Nachweis einer Progression zu diesem Zeitpunkt wÃ¤re im schlimmsten Falle einer Umstellung der Chemotherapie nach Erholung der Leukopenie zwingend gewesen.

Mit Schreiben vom 12.12.2017 hat der KlÃ¤ger die Einholung eines Gutachtens gemÃ¤Ã□ Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei dem Facharzt fÃ¼r Radiologie und Strahlentherapie B vom Institut O in H beantragt. B hat in seinem Gutachten vom 24.10.2018 dargelegt, dass er weltweit seit bald 40 Jahren auf dem Gebiet onkologischer Verlaufskontrollen in Bildgebung und Labordiagnostik tÃ¤tig sei und seit ca. 35 Jahren im Bereich therapeutischer anti-tumorÃ¶ser Verfahren. Er betreibe eine Privatpraxis fÃ¼r individuelle Krebstherapie und Krebsdiagnostik. In seiner Praxis fÃ¼hre er Behandlungen bestehend aus Radiotherapien, aus Chemoradiotherapien, zellulÃ¤ren Immuntherapien (z.B. mit dendritischen Zellen) in mÃ¶glichst umfassender, mÃ¶glichst simultaner Kombination und unter Einbindung von lokoregionÃ¤ren oder GanzkÃ¶rper-Hyperthermien. B hat zunÃ¤chst kurz den Verlauf der klÃ¤gerischen Erkrankung dargestellt. Der KlÃ¤ger habe Ende April 2015

mit der Boswellia-Therapie, DCA-Therapie und Hochdosis Vitamin C-Behandlung begonnen. Bei der Kernspintomographie sei keine VerÃ¤nderung bis einschlieÃlich September 2016 festgestellt worden. Die durchgefÃ¼hrten BehandlungsmaÃnahmen zwischen der Diagnose des Glioblastoms im Jahr 2014 und der Temodalpause im MÃ¤rz 2015 seien eindeutig gemÃ¤Ã den therapeutischen Leitlinien durchgefÃ¼hrt worden. Der anschlieÃende stabile Verlauf bei posttherapeutisch makroskopisch verbliebenem Resttumor kÃ¶nne jedoch nicht allein als Ergebnis der Chemoradiotherapie angesehen werden, da die StabilitÃ¤t auch erhalten geblieben sei, als schon monatelang kein Temodal mehr verabreicht worden sei. H gehe davon aus, dass bei dem KlÃ¤ger ein Oligodendrogliom vorliege. Oligodendrogliome wiesen tatsÃ¤chlich eine deutlich lÃ¤ngere Ãberlebenszeit auf, aber nur bis zu einer weiteren Malignisierung bis zu einem Glioblastom. Niedermaligne Tumore wÃ¼rden Ã¼ber die Jahre hinweg eine stetige Malignisierung erfahren. Es bestÃ¼nden keine anerkannten Behandlungsmethoden mehr. Die von H vorgeschlagene Therapie mit CCNU oder BCNU mit oder ohne Bevacizumab als AntikÃ¶rper (= Avastin) wÃ¼rde der Gutachter nicht einmal fÃ¼r sich selbst wahrnehmen, sondern vehement als voraussichtlich nutzlos, aber hochgradig nebenwirkungsbelastet verweigern, da ihr Schaden wÃ¤hrend der letzten Lebensmonate oder eher wohl nur Lebenswochen mit hoher Wahrscheinlichkeit grÃ¶Ãer wÃ¤re als der Nutzen. Es lÃ¤gen wissenschaftliche Erkenntnisse vor, wonach die geplante Therapie mit Fokus auf die Hyperthermie fÃ¼r den KlÃ¤ger vorteilhaft sei. Dabei gehe der Gutachter als PrÃ¤misse grundsÃ¤tzlich davon aus, dass wissenschaftliches Arbeiten bereits dann vorliege, wenn der Arzt nach jedem schwierigen Einzelfall seine von ihm angewendeten Methoden kritisch hinterfrage und zu Ã¤ndern bereit sei. Es stÃ¼nden Leitlinien der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Hyperthermie zur Publikation an. Die Publikationen oder Resultate der lokalen Elektrohyperthermie hÃ¤tten anfÃ¤nglich grÃ¶Ãtenteils auf einer stetig wachsenden Anzahl von EinzelfÃ¤llen basiert, unterstÃ¼tzt durch eine ansteigende Anzahl von Studien. Die DurchfÃ¼hrung von Studien werde durch eine stÃ¤ndig in diesem Sinne aktualisierte Gesetzeslage immer weiter erschwert. Jede sinnvolle Studie koste mindestens 300.000 âÃ¬. Solche Summen kÃ¶nnten niedergelassene Ãrzte nicht aufbringen. Nach knapp 40 Jahren Krebsdiagnostik und Radioonkologie sowie nach knapp 15 Jahren eigener Anschauung von Behandlungsergebnissen mit dendritischen Zellen bei Glioblastomen sei es fÃ¼r den Gutachter ein Leichtes festzustellen, dass wÃ¤hrend 40 Jahren Strahlentherapie von ihm und seinen Kollegen weltweit nicht annÃ¤hernd so gute Ergebnisse hÃ¤tten erzielt werden kÃ¶nnen wie durch die streitbewÃ¤hrten Methoden mit onkolytischen Viren und dendritischen Zellen. Es sei jedoch typisch fÃ¼r die Schulmedizin, konkurrierende Methoden abzulehnen, um pharma-onkologische Weltbilder und Ãkonomie nicht zu gefÃ¤hrden oder gar einreiÃen zu mÃ¼ssen. Es sei wichtig, statt Studienergebnissen auch eigene bloÃe Erfahrungen mit neuen sinnvollen nebenwirkungsarmen Methoden miteinander auszutauschen und auch schon diesen Austausch und dessen Resultate als wissenschaftlich anzuerkennen. Mit der Therapie habe man nicht bis zu der Entscheidung der Krankenkasse warten kÃ¶nnen. Der Gutachter habe so viele Patienten mit einer geradezu explodierenden Tumorprogression gesehen, dass man keinesfalls darauf habe hoffen dÃ¼rfen, der KlÃ¤ger werde schon nicht zu dieser prekÃ¤ren Patientengruppe gehÃ¶ren und

habe damit genÃ¼gend Zeit, voraussichtlich abschlÃ¤gige Bescheide abwarten zu kÃ¶nnen. In einem Nachtrag des Gutachters zum besseren VerstÃ¤ndnis von Behandlungsziel und BehandlungsmÃ¶glichkeiten der Hyperthermie hat er die Unterschiede zwischen Elektrohyperthermie und der DurchfÃ¼hrung der Hyperthermie mit mikrowellen-induzierten GerÃ¤ten erlÃ¤utert. Des Weiteren hat der Gutachter einen von ihm selbst verfassten Artikel Ã¼ber Elektrohyperthermie beigelegt.

Die Ehefrau des KlÃ¤gers hat im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG am 18.01.2019 erklÃ¤rt, nach dem Gerichtstermin im Jahr 2017 sei der Gesundheitszustand ihres Mannes zunÃ¤chst stabil gewesen. Mitte des Jahres 2018 habe sich dann eine Verschlechterung des Zustandes gezeigt, es sei eine erneute Operation an der Uni-Klinik E erfolgt. Die Operation sei am 08.08.2018 durchgefÃ¼hrt worden. Nach der operativen Entfernung des Tumors sei eine Bestrahlung empfohlen worden, diese habe man in A durchfÃ¼hren lassen wollen. Der behandelnde Arzt in A habe jedoch die Verantwortung nicht auf sich nehmen wollen und den KlÃ¤ger an eine Klinik in M verwiesen. Man sei jedoch nicht dorthin gefahren, sondern habe sich wieder an Herrn T gewandt, weil es dem KlÃ¤ger so schlecht gegangen sei. Mit der Hyperthermie habe der KlÃ¤ger bereits im September 2017 angefangen, mit der Behandlung mit onkolytischen Viren am 06.09.2018. Die Ehefrau des KlÃ¤gers habe fÃ¼r die Behandlung mit Hyperthermie und onkolytischen Viren eine Rechnung von Herrn T Ã¼ber insgesamt ca. 20.000 â¬ bekommen. Seit der KlÃ¤ger die Therapie bei Herrn T angefangen habe, gehe es ihm wieder besser.

Das SG NÃ¼rnberg hat mit Urteil vom 18.01.2019 die Klage, die auf â KostenÃ¼bernahmeâ fÃ¼r eine Immuntherapie mit Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin gerichtet war, abgewiesen, weil der KlÃ¤ger weder einen Anspruch auf Erstattung der von ihm bereits bezahlten Kosten der Behandlung bei Herrn T noch einen Anspruch auf GewÃ¤hrung der Behandlung als Sachleistung habe. Die Kammer lasse es dahingestellt, ob die Klage mangels hinreichend bestimmten (bezifferten) Zahlungsantrags bereits unzulÃ¤ssig sei. Jedenfalls habe der KlÃ¤ger keinen Anspruch auf Kostenerstattung gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V â und zwar weder nach dessen 1. Alternative, weil dem KlÃ¤ger ein vorÃ¼bergehendes Zuwarten bis zur Entscheidung der Beklagten zumutbar gewesen sei, noch nach dessen 2. Alternative, weil der Beschaffungsweg nicht eingehalten worden sei; denn der KlÃ¤ger habe sich unabhÃ¤ngig vom nachfolgenden Verhalten der Krankenkasse bereits endgÃ¼ltig festgelegt und mit der von Herrn T als einheitliche Gesamttherapie mit verschiedenen Facetten beschriebenen Behandlung bereits vor der Leistungsablehnung durch die Beklagte begonnen. DarÃ¼ber hinaus lÃ¤gen, so das SG weiter, auch die Voraussetzungen eines Sachleistungsanspruchs nicht vor, weil die in Â§ 2 Abs. 1a SGB V normierten Voraussetzungen nicht erfÃ¼llt seien. Zwar leide der KlÃ¤ger an einer lebensbedrohlichen bzw. regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufenden Erkrankung, es bestÃ¼nden jedoch, wie H ausgefÃ¼hrt habe, noch schulmedizinische BehandlungsmÃ¶glichkeiten. So habe der KlÃ¤ger etwa die vorgeschlagene Bestrahlung in einer Klinik in M nicht wahrgenommen, sondern sich

wieder an Herrn T gewandt. Die von diesem angebotene Therapie biete jedoch keine Aussicht auf Heilung oder wenigstens eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Denn es lÃ¤gen keinerlei wissenschaftliche Erkenntnisse vor, dass die Therapie, so wie sie Herr T durchfÃ¼hre, Aussicht auf Erfolg verspreche. SchlieÃlich habe der KlÃ¤ger auch keinen Anspruch auf Ãbernahme der Kosten fÃ¼r die Therapie bei Herrn T gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs. 3a SGB V. Auch insofern sei zu beachten, dass sich der KlÃ¤ger bereits unabhÃ¤ngig vom nachfolgenden Verhalten der Krankenkasse endgÃ¼ltig festgelegt und mit der Therapie begonnen habe. In einem solchen Fall trete weder durch einen ablehnenden Bescheid noch durch den mÃ¶glichen Eintritt der Genehmigungsfiktion eine ZÃ¤sur ein. Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten fÃ¼r die bereits begonnene DauermaÃnahme kÃ¶nne folglich nicht auf Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gestÃ¼tzt werden.

Gegen das dem â zwischenzeitlich nicht mehr vom erstinstanzlichen BevollmÃ¤chtigten vertretenen â KlÃ¤ger am 07.03.2019 zugestellte Urteil hat dieser durch seine neuen ProzessbevollmÃ¤chtigten am 04.04.2019 Berufung zum Bayer. LSG einlegen lassen.

Mit Schriftsatz vom 26.06.2019 hat der BevollmÃ¤chtigte beantragt, âdie Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17.07.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2016 zu verurteilen, die Kosten fÃ¼r die selbstbeschaffte Therapie bestehend aus Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunate, Vitamin C und Amygdalin zu erstatten.â

Zur BerufungsbegrÃ¼ndung hat der ProzessbevollmÃ¤chtigte sodann im Wesentlichen Folgendes vorgetragen: Der KlÃ¤ger begehre keine vertragsÃ¤rztliche Leistung, sondern mache einen Anspruch auf auÃervertragsÃ¤rztliche Versorgung nach den sogenannten Nikolaus-GrundsÃ¤tzen, nun gesetzlich normiert in Â§ 2 Abs. 1a SGB V, geltend.
Dessen Voraussetzungen lÃ¤gen vor. Der KlÃ¤ger leide unstreitig an einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Ferner stÃ¼nden keine allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen zur VerfÃ¼gung. Zwar habe der gerichtlich bestellte SachverstÃ¤ndige ausgefÃ¼hrt, dass noch die Therapie mit CCNU als vertragsÃ¤rztliche Leistung zur VerfÃ¼gung stehe. Dem sei jedoch zu widersprechen, da es sich bei der Therapie mit Bevacizumab um eine Therapie mit nicht zugelassenen Zytostatika handele. In Fachkreisen bestehe bereits Konsens, dass diese Therapie keinen Ãberlebensvorteil der Patienten ergebe, jedoch mit unverhÃ¤ltnismÃ¤Ãigen Nebenwirkungen behaftet sei.
Es habe auch eine hinreichende Erfolgsaussicht der begehrten Therapie mit Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin bestanden. Im Falle einer â wie vorliegend â lebensbedrohlichen, wenig erforschten Erkrankung sei es bereits ausreichend, wenn die Annahme gerechtfertigt sei, dass der voraussichtliche Nutzen der BehandlungsmaÃnahme die mÃ¶glichen Risiken Ã¼berwiege. Vorliegend sei die Therapie sehr gut vertragen worden und habe zu einem signifikanten RÃ¼ckgang der Tumormasse sowie der Schmerzen gefÃ¼hrt. Diese wesentliche Verbesserung

des Allgemeinbefindens des KlÃ¤gers kÃ¶nne in der vorliegenden Palliativsituation nur als erheblicher Therapieerfolg gewertet werden. Hier bestehe die Aussicht auf einen Ã¼ber die palliative Standardtherapie hinausgehenden Erfolg. Es mÃ¼sse das Gesamtkonzept der Therapie gesehen werden, die zu einem signifikanten RÃ¼ckgang des Tumors und zu einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens gefÃ¼hrt habe. Ein Ã¼ber die palliative Standardtherapie hinausgehender Erfolg kÃ¶nne auch in einer nicht unerheblichen VerlÃ¤ngerung der Lebenserwartung oder einer erheblichen Verbesserung der LebensqualitÃ¤t liegen.
Vorliegend bestehe eine auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Es gebe eine Vielzahl von Studien und Daten zu der begehrten Behandlung. Daraus ergebe sich, dass die Voraussetzungen der dritten Stufe (Â§ 2 Abs. 1a Satz 1 letzter Halbsatz SGB V) ebenfalls erfÃ¼llt seien. Denn die begehrte Therapie sei derart aussichtsreich, dass es sich aller Voraussicht nach rechne, eine Studie fÃ¼r diese Therapie zu finanzieren.
SchlieÃlich sei auch der Beschaffungsweg eingehalten worden. Die einzelnen Therapieabschnitte stellten keinen unteilbaren, einheitlichen Behandlungsvorgang in Form eines zusammenhÃ¤ngenden Komplexes dar. Vielmehr hÃ¤tten in den einzelnen Behandlungen jeweils voneinander abtrennbare Leistungen vorgelegen. Dass die Behandlungen jeweils in Zyklen erfolgten, nach denen jeweils laborchemische Parameter bzw. das Fortschreiten der Krankheit kontrolliert werde, spreche gerade fÃ¼r eine Teilbarkeit der Leistungen, da mit jedem neuen Zyklus gleichsam eine neue Behandlung angefangen werde.

Der BerufungsbegrÃ¼ndung beigefÃ¼gt waren zahlreiche Unterlagen Ã¼ber verschiedene in der Therapie von Herrn T vorkommende BehandlungsansÃ¤tze, sowohl einzeln als auch in verschiedenen Kombinationen. Eine Darstellung oder Bewertung der streitgegenstÃ¤ndlichen Therapie des Herrn T aus einer Kombination von Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunate, Vitamin C und Amygdalin findet sich darunter nicht.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 02.09.2019 erwidert, die erfreulicherweise eingetretene Verbesserung des Allgemeinzustandes bzw. der RÃ¼ckgang der Tumorwerte sowie die pauschal genannte Vielzahl von Studien und Daten zur begehrten Behandlung kÃ¶nnten nicht als Beleg dafÃ¼r herangezogen werden, dass eine Aussicht auf Heilung oder wenigstens spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die beantragte Therapie bei Herrn T bestehe. AuÃerdem stÃ¼nden, wie H ausgefÃ¼hrt habe, zugelassene BehandlungsmÃ¶glichkeiten zur VerfÃ¼gung.
Weiter sei der BerufungsbegrÃ¼ndung zu widersprechen, wonach es sich bei den einzelnen Therapieabschnitten um keinen unteilbaren, einheitlichen Berufungsvorgang in Form eines zusammenhÃ¤ngenden Komplexes handele. Es lÃ¤gen hier keine selbststÃ¤ndigen, abtrennbaren Leistungen vor, da laut Herrn T ein Gesamtkomplex durchgefÃ¼hrt werde. Bereits im KostenÃ¼bernahmeantrag vom 12.06.2015 habe Herr T unter anderen von einer Kombination von Hyperthermie und dendritischen Zelltherapie gesprochen, die nur im

Zusammenwirken das gewÃ¼nschte Ergebnis erzielen kÃ¶nnten. Auch H und B seien zu dem Ergebnis gekommen, dass es sich hier um eine Kombinationstherapie handele. Diese sei nicht nur eine nicht anerkannte Methode, sondern ein hoch experimentelles Verfahren auÃerhalb der Empfehlung onkologischer Fachkreise.

Im ErÃ¶rterungstermin vor dem LSG am 15.09.2020 hat die Ehefrau des KlÃ¤gers erklÃ¤rt, dass dieser zur Zeit mit Hyperthermie, onkolytischen Viren, Vitamin C und Weihrauch von Herrn T behandelt werde. Es fielen monatliche Kosten von 2.000 bis 3.000 â¬ dafÃ¼r an. Insgesamt habe man bereits ca. 80.000 â¬ zahlen mÃ¼ssen, von denen noch ein gewisser Anteil offen sei. Die Berichterstatterin hat darauf hingewiesen, dass der Berufungsantrag laut Schriftsatz vom 26.06.2019 nur auf Kostenerstattung gerichtet sei â und zwar in unbezifferter HÃ¶he.

Daraufhin hat sich der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte mit Schriftsatz vom 25.09.2020 nochmals gemeldet, eine Fallstudie vom Mai 2020 Ã¼ber die Behandlung des Glioblastoma multiforme mit onkolytischen Viren sowie eine Aufstellung der bisher fÃ¼r die Therapie durch Herrn T aufgewandten Kosten inklusive Rechnungen vorgelegt und den Berufungsantrag geÃ¤ndert bzw. prÃ¤zisiert.

Der KlÃ¤ger beantragt zuletzt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 17.07.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2015 zu verurteilen, die Kosten fÃ¼r die selbstbeschaffte Therapie bestehend aus Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin in HÃ¶he von 84.041,46 â¬ zu erstatten sowie in Zukunft als Sachleistung zur VerfÃ¼gung zu stellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten in den Verfahren L 20 KR 139/19 / S 21 KR 33/16 und L 20 KR 742/17 B ER / S 21 KR 569/17 ER sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e :

Die Berufung ist zulÃ¤ssig, jedoch unbegrÃ¼ndet. Der KlÃ¤ger hat weder einen Sachleistungsanspruch auf eine Immuntherapie mit Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin bei dem Arzt T noch einen entsprechenden Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch fÃ¼r bereits selbstbeschaffte Leistungen.

1.Â Streitgegenstand im Berufungsverfahren:

Streitgegenstand ist sowohl die kÃ¼nftige Ãbernahme als auch die Erstattung bisher angefallener Kosten (bzw. ein entsprechender Freistellungsanspruch, sofern die Rechnungen des Herrn T noch nicht bezahlt worden sind) im Rahmen der Immuntherapie durch Herrn T.

Zwar wurde mit der Klage nur beantragt, die Beklagte zu verpflichten, die Kosten fÃ¼r eine Immuntherapie â€zu Ã¼bernehmenâ€. Allerdings wurden im Verlauf des Klageverfahrens zahlreiche Rechnungen vorgelegt, was deutlich macht, dass der Klageantrag auch auf Kostenerstattung im eigentlichen Sinne gerichtet sein sollte. Das SG hat deshalb den Klageantrag zutreffend einerseits als Antrag auf kÃ¼nftige Sachleistung und andererseits als (womÃ¶glich unzulÃ¤ssigen, da unbezifferten) Antrag auf Kostenerstattung fÃ¼r die Vergangenheit ausgelegt.

Im Berufungsverfahren wurde zunÃ¤chst (Schriftsatz vom 26.06.2019) nur beantragt, die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide zu verurteilen, â€die Kosten fÃ¼r die selbstbeschaffte Therapieâ€ bei Herrn T â€zu erstatten.â€ Hieraus ergibt sich jedoch kein Rechtsmittelverzicht bezÃ¼glich eines kÃ¼nftigen Sachleistungsanspruchs, wie etwa den AusfÃ¼hrungen des BSG im Beschluss vom 30.03.2020 B9 SB 59/19 B, zu entnehmen ist, wo es heiÃt: â€Nach Â§ 202 Satz 1 SGG iVm Â§ 705 Satz 2 ZPO wird der Eintritt der Rechtskraft durch rechtzeitige Einlegung des Rechtsmittels gehemmt. Diese Hemmungswirkung erfasst grundsÃ¤tzlich das gesamte Urteil und nicht lediglich den Teil, der in der Rechtsmittelschrift oder in der BegrÃ¼ndungsschrift als angefochten bezeichnet ist, weil bei einem statthaften Rechtsmittel eine Erweiterung der RechtsmittelantrÃ¤ge bis zum Schluss der mÃ¼ndlichen Verhandlung zulÃ¤ssig ist, soweit nicht hinsichtlich des nicht mehr im Streit stehenden Teils ein eindeutiger Rechtsmittelverzicht erklÃ¤rt wird (vgl BSG Beschluss vom 11.10.1991 â€ 7 RAr 24/89 â€ SozR 3-1750 Â§ 706 Nr 1 S 5 mwN; BGH Urteil vom 12.11.1997 â€ XII ZR 39/97 â€ juris RdNr 14; BGH Urteil vom 6.10.1987 â€ VI ZR 155/86 â€ juris RdNr 5). Ein Rechtsmittelverzicht muss dabei unmissverstÃ¤ndlich den Willen zum Ausdruck bringen, dass sich ein Beteiligter mit der Entscheidung zufrieden gibt (vgl Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, vor Â§ 143 RdNr 11 mwN). Die Stellung beschrÃ¤nkter RechtsmittelantrÃ¤ge enthÃ¤lt fÃ¼r sich allein im Zweifel keinen Verzicht auf die Anfechtung des Urteils im Ãbrigen oder auf eine kÃ¼nftige Erweiterung des Rechtsmittelantrags (vgl BGH Urteil vom 12.11.1997 â€ XII ZR 39/97 â€ juris RdNr 14). Denn erst mit dem Schluss der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Rechtsmittelgericht steht auch fÃ¼r die Berufung fest, wie weit die Entscheidung der Vorinstanz angefochten wird. Bis dahin hat der Rechtsmittelantrag nur vorlÃ¤ufigen Charakter und kann im Rahmen der BegrÃ¼ndung noch erweitert werden (vgl BGH Urteil vom 6.10.1987 â€ VI ZR 155/86 â€ juris RdNr 5 mwN). Darlegungen hierzu enthÃ¤lt die BeschwerdebegrÃ¼ndung nicht.â€

Demnach ist Gegenstand des Berufungsverfahrens nicht nur ein Erstattungs- bzw. Freistellungsanspruch, sondern weiterhin auch ein kÃ¼nftiger Sachleistungsanspruch. Die Erweiterung des Antrags mit Schriftsatz vom 25.09.2020 war hierfÃ¼r noch ausreichend.

2.Â Kein Sachleistungsanspruch auf die beantragte Immuntherapie

Der KlÃ¤ger hat keinen Sachleistungsanspruch auf die beantragte Immuntherapie durch Herrn T.

Versicherte haben gemÃ¤Ã Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst gemÃ¤Ã Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V unter anderem Ã¤rztliche Behandlung. Der Anspruch auf Krankenbehandlung unterliegt den sich aus Â§ 2 Abs. 1 und Â§ 12 Abs. 1 SGB V ergebenden EinschrÃ¤nkungen. Zu erbringen sind nur solche Leistungen, die zweckmÃ¤Ãig und wirtschaftlich sind und deren QualitÃ¤t und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung bedarf es gemÃ¤Ã Â§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V einer positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Ã¼ber den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode in Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V. Eine Empfehlung des GBA zu den von Herrn T ambulant angewandten Behandlungsmethoden im Einzelnen oder insgesamt liegt nicht vor. Auch sind weder Anhaltspunkte fÃ¼r ein Systemversagen noch fÃ¼r einen sogenannten Seltenheitsfall ersichtlich.

Deshalb kann die Immuntherapie des Herrn T zur Behandlung des Glioblastoma multiforme vorliegend als ambulante Ã¤rztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur nach MaÃgabe der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs bzw. nach dem seit 01.01.2012 geltenden Â§ 2 Abs. 1a SGB V erbracht werden. Das BVerfG hat mit Beschluss vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98) zu einer Ã¤rztlichen Behandlungsmethode entschieden, dass es mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, fÃ¼r dessen lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur VerfÃ¼gung steht, generell von der GewÃ¤hrung einer von ihm gewÃ¤hlten, Ã¤rztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschlieÃen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Eine solche verfassungskonforme Auslegung setzt nach Â§ 2 Abs. 1a SGB V voraus, dass drei Voraussetzungen kumulativ erfÃ¼llt sind:
â Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufende oder zumindest wertungsmÃ¤Ãig damit vergleichbare Erkrankung vor,
â bezÃ¼glich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur VerfÃ¼gung und
â es besteht eine auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfÃ¼llt.

a)Â Lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufende oder zumindest wertungsmÃ¤Ãig vergleichbare Erkrankung

Der KlÃ¤ger leidet an einem Glioblastoma multiforme â laut MDK (Gutachten vom 06.11.2015) an einem bÃ¶sartigen Tumor des Gehirns nach sekundÃ¤rer Malignisierung im Oktober 2014 (Glioblastom WHO IV) auf dem Boden eines Oligodendroglioms niedriger MalignitÃ¤t 2002.
Dabei weist H in seinem Gutachten (Seite 9) darauf hin, dass beim KlÃ¤ger ein anaplastisches Oligodendrogliom vorliegen kÃ¶nnte â mit der Folge deutlich lÃ¤ngerer Ãberlebenszeiten.

Voraussetzung fÃ¼r eine lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmÃ¤Ãig vergleichbare Erkrankung im Sinne von Â§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V ist eine GefÃ¤hrdungslage im Sinne einer notstandsÃ¤hnlichen Situation, in der ein erheblicher Zeitdruck fÃ¼r einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. AnknÃ¼pfungspunkt ist daher das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage. Der unmittelbar verfassungsrechtliche Leistungsanspruch ist auf extreme Situationen einer krankheitsbedingten Lebensgefahr beschrÃ¤nkt. Entscheidend ist daher, dass eine Krankheit lebensbedrohlich ist, d.h. in Ã¼berschaubarer Zeit das Leben beenden kann, und dies eine notstandsÃ¤hnliche Situation herbeifÃ¼hrt, in der der Versicherte nach allen verfÃ¼gbaren medizinischen Hilfen greifen muss (vgl. auch BVerfG, BeschlÃ¼sse vom 26.03.2014, 1 BvR 2415/13, und vom 10.11.2015, 1 BvR 2056/12). Das BVerfG hat es dabei ausreichen lassen, dass die Erkrankung voraussichtlich â erstâ in einigen Jahren zum Tod fÃ¼hrt (vgl. BVerfG, BeschlÃ¼sse vom 06.12.2005, 1 BvR 347/98, und vom 06.02.2007, 1 BvR 3101/06).

Laut H ist davon auszugehen, dass auch im Falle eines (gÃ¼nstigeren) anaplastischen Oligodendroglioms der Tumor irgendwann weiterwÃ¤chst und auch diese Erkrankung nach Jahren bis zu Jahrzehnten zum Tod fÃ¼hrt. Angesichts dessen, angesichts der ungeklÃ¤rten Einordnung des klÃ¤gerischen Glioblastoms (Standard-Glioblastom oder anaplastisches Oligodendrogliom) und angesichts des beim KlÃ¤ger bereits vorliegenden Rezidivstadiums bejaht der Senat eine lebensbedrohliche bzw. regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufende Erkrankung des KlÃ¤gers.

b)Â ZurverfÃ¼gungstehen einer allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden Behandlung

Aus Sicht des Senats ist ein grundrechtsorientierter Leistungsanspruch des KlÃ¤gers jedoch deshalb zu verneinen, weil zur Behandlung seines Glioblastoms allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlungen zur VerfÃ¼gung standen bzw. stehen.

Allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen stehen nicht zur VerfÃ¼gung, wenn solche, bezogen auf das jeweilige konkrete Behandlungsziel i.S.v. Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V, im medizinischen

Leistungsspektrum (allgemein) nicht vorhanden sind oder diese fÃ¼r den konkreten Behandlungsfall wegen erheblicher gesundheitlicher Risiken, vor allem schwerwiegender Nebenwirkungen, nicht nutzbar sind (Hauck/Noftz, SGB V, Stand 04/2019, Â§ 2 Rn. 76f m.w.N.).

Zu Beginn der Therapie bei Herrn T im Jahr 2015 bestanden laut H weitere schulmedizinische BehandlungsmÃ¶glichkeiten â allerdings nicht mit Aussicht auf Heilung, sondern (nur) auf LebensverlÃ¤ngerung (CCNU-Monotherapie bzw. CCNU-basierte PCV-Chemotherapie). In seinem Arztbrief vom 06.11.2017 beschreibt auch Herr T die MÃ¶glichkeit einer Therapie mit CCNU, was aus seiner Sicht zwar keinen sinnvollen Weg darstelle, aber mÃ¶glich sei. H fÃ¼hrt aus, dass die CCNU-Therapie auch in der Rezidivsituation durchgefÃ¼hrt werden und zu einer positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf fÃ¼hren kÃ¶nne. Diese AusfÃ¼hrungen des gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen kÃ¶nnen durch das Gutachten des B nicht widerlegt werden. Dieser beschrÃ¤nkt sich darauf, ohne weitere BegrÃ¼ndung die Behandlung mit CCNU zu verwerfen, weil diese Behandlung â der Gutachter nicht einmal fÃ¼r sich selbst wahrnehmen, sondern vehement als voraussichtlich nutzlos, aber hochgradig nebenwirkungsbelastet verweigernâ wÃ¼rde. Ein Beleg fÃ¼r diese Behauptung wird von B nicht angefÃ¼hrt. Sie kann deshalb die sorgfÃ¤ltigen und auf medizinwissenschaftliche Erkenntnisse gestÃ¼tzten Ãuâerungen des H nicht erschÃ¼ttern. Damit standen in der Vergangenheit â vor dem erneuten Aufflammen der Erkrankung im August 2018 â zugelassene Behandlungsmethoden zur VerfÃ¼gung, die noch nicht vom KlÃ¤ger ausgeschÃ¶pft worden sind.

Auch aktuell bestehen noch schulmedizinische BehandlungsmÃ¶glichkeiten. Mitte des Jahres 2018 hat sich bei dem KlÃ¤ger eine Verschlechterung des Zustandes eingestellt, es erfolgte am 08.08.2018 eine erneute Operation am UniversitÃ¤tsklinikum E. Nach der operativen Entfernung des Tumors wurde Ã¤rztlicherseits eine Bestrahlung empfohlen, die in A durchgefÃ¼hrt werden sollte. Nach Angabe der Ehefrau des KlÃ¤gers in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 18.01.2019 habe der behandelnde Arzt in A die Verantwortung jedoch nicht auf sich nehmen wollen und den KlÃ¤ger an eine Klinik in M verwiesen. Diese Therapieoption habe der KlÃ¤ger jedoch nicht wahrnehmen wollen, sondern habe sich wieder an Herrn T gewandt. Demnach standen mit der Bestrahlung in einer Klinik in M weiter noch zugelassene Behandlungsmethoden zur VerfÃ¼gung.

Die dem KlÃ¤ger empfohlenen Therapien entsprechen auch den Leitlinien fÃ¼r Diagnostik und Therapie in der Neurologie â Gliome (AWMF-Registernummer: 030/099; vollstÃ¤ndig Ã¼berarbeitet: 1. MÃ¤rz 2014, gÃ¼ltig bis: 31. Dezember 2017, z.Z. in Ãberarbeitung), wo es auf Seite 5 zusammenfassend heiÃt: âIm Rezidiv ist keine Standardtherapie definiert. Auf individueller Basis sollte die Indikation zu Reoperation, Chemotherapie oder erneuter Strahlentherapie geprÃ¼ft werden. Medikamente der ersten Wahl sind Nitrosoharnstoffe (CCNU), erneut Temozolomid (Rechallenge) oder â unter Beachtung der Zulassung und ErstattungsfÃ¤higkeit (Schweiz: ja, Deutschland und Ãsterreich: nein) â Bevacizumab.â

Zum Berufungsvortrag im Hinblick auf das Vorliegen allgemein anerkannter, dem medizinischen Standard entsprechender Leistungen ist Folgendes auszufÃ¼hren: Im Schriftsatz vom 26.06.2019 weist der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte einerseits darauf hin, dass laut SG NÃ¼rnberg noch eine Therapie mit CCNU als vertragsÃ¤rztliche Leistung zur VerfÃ¼gung stehe, andererseits darauf, dass es sich bei der Therapie von Bevacizumab um eine Therapie mit einem nicht zugelassenen Zytostatikum, handele, bezÃ¼glich dessen in Fachkreisen bereits der eindeutige Konsens bestehe, dass diese Therapie keinen Ãberlebensvorteil der Patienten ergebe â bei unverhÃ¤ltnismÃ¤Ãigen Nebenwirkungen. Aus diesem Grunde werde von Bevacizumab bei der Behandlung eines Glioblastoms abgeraten, wie zahlreiche â in der Anlage beigefÃ¼gte â medizinische Verlautbarungen bestÃ¤tigten.

Allerdings hat H nur die MÃ¶glichkeit einer CCNU- oder BCNU-Therapie genannt, eine Empfehlung einer Therapie mit Bevacizumab (Avastin) hat er dagegen nicht ausgesprochen. WomÃ¶glich beruhen die AusfÃ¼hrungen des KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten darauf, dass B in seinem Gutachten (Seite 8) die MÃ¶glichkeit einer CCNU- oder BCNU-Therapie âmit oder ohne Bevacizumab als AntikÃ¶rperâ erwÃ¤hnt und ihr eine Ã¤uÃerst geringe Erfolgsaussicht attestiert hat. Da aber vorliegend â auch laut H â Bevacizumab nicht als mÃ¶gliche Therapieoption im Raum steht, gehen die AusfÃ¼hrungen des KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten insoweit jedenfalls ins Leere.

Wenn der BevollmÃ¤chtigte schlieÃlich im Hinblick auf noch zur VerfÃ¼gung stehende Standardtherapien auf das Wirtschaftlichkeitsgebot hinweist und hervorhebt, dass der KlÃ¤ger gerade auf klassische Behandlungsmethoden verzichte und hierdurch eine erhebliche Kostenentlastung der Versichertengemeinschaft veranlasse, so zeigt dies zum einen, dass auch er vom Vorhandensein klassischer Behandlungsmethoden fÃ¼r den KlÃ¤ger noch ausgeht. Zum anderen wird dadurch aber auch deutlich, dass er das Sachleistungsprinzip als Grundprinzip der GKV auÃer Acht lÃ¤sst. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des BSG besteht ein Kostenerstattungsanspruch nicht schon deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen auÃerhalb des Leistungssystems der GKV in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart; denn sonst kÃ¶nnte die krankenversicherungsrechtliche BeschrÃ¤nkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (BSG, Beschluss vom 26.07.2004, B 1 KR 30/04 B).

Die noch zur VerfÃ¼gung stehenden schulmedizinischen Behandlungsmethoden verfolgen (nur) einen palliativen Ansatz, wÃ¤hrend die streitgegenstÃ¤ndliche Immuntherapie laut Herrn T (vgl. Schreiben vom 12.06.2015, Seite 4) einen kurativen Anspruch besitze.

Das BVerfG hat insoweit ausgefÃ¼hrt, dass die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, nicht losgelÃ¶st davon betrachtet werden darf, was die anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt. Zur KlÃ¤rung der Frage, ob eine Behandlung mit

Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit Behandlungsalternativen zur VerfÃ¼gung stehen, ist zunÃ¤chst das konkrete Behandlungsziel zu klÃ¤ren. Bietet die Schulmedizin nur palliative BehandlungsmÃ¶glichkeiten an, weil sie jede MÃ¶glichkeit einer kurativen Behandlung als aussichtslos betrachtet, kommt ein Anspruch auf eine alternative Behandlungsmethode allerdings nur dann in Betracht, wenn eine auf Indizien gestÃ¼tzte Aussicht auf einen Ã¼ber die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg besteht (BVerfG, stattgebender Kammerbeschluss vom 26.02.2013, 1 BvR 2045/12).

Allein die Behauptung von Herrn T, seine alternative Behandlungsmethode besitze kurativen Charakter, kann damit nicht ausreichen. Bietet die Schulmedizin nur noch palliative Therapien an, kommt ein grundrechtsorientierter Leistungsanspruch nur dann in Betracht, wenn mit der Alternativbehandlung eine auf Indizien gestÃ¼tzte Aussicht auf einen Ã¼ber die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg im Sinne einer wenigstens positiven Einwirkung auf den Verlauf der Grunderkrankung selbst besteht (SÃ¤chsisches LSG, Urteile vom 27.03.2018, L 9 KR 275/13, und vom 16.04.2017, L 1 KR 185/12). Ein solcher Erfolg muss nicht zwingend die (vollstÃ¤ndige) Heilung sein, sondern kann auch die spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, etwa durch VerlÃ¤ngerung der mÃ¶glichst beschwerdefreien oder beschwerdearmen (Ãber-)Lebenszeit des (Tod-)Kranken, namentlich durch das vorÃ¼bergehende Aufhalten oder Verlangsamen des Fortschreitens der nicht mehr heilbaren und deshalb kurativ nicht behandelbaren Erkrankung sein; das gilt insbesondere fÃ¼r nicht mehr heilbare Tumorerkrankungen, bei denen das Tumorwachstum zur VerlÃ¤ngerung der Lebenszeit des Erkrankten vorÃ¼bergehend aufgehalten oder verlangsamt werden soll. In der LebenszeitverlÃ¤ngerung als solcher liegt dann die positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, die freilich auÃerdem auch spÃ¼rbar sein muss (vgl. insg. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 22.02.2017, L 5 KR 1653/15).

c)Â Keine auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf

Eine auf Indizien gestÃ¼tzte Aussicht auf einen Ã¼ber die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg in diesem Sinne besteht jedoch zur Ãberzeugung des Senats nicht.

Der Senat kann fÃ¼r die streitige Immuntherapie weder Indizien erkennen, die auf eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung des Glioblastoma multiforme des KlÃ¤gers, wie sie vom Arzt T geltend gemacht wird, hindeuten, noch solche, die auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, wie sie fÃ¼r einen Sachleistungsanspruch und damit eine Kostenerstattung ausreichen wÃ¼rde, hinweisen. Dabei stÃ¼tzt sich der Senat auf das vom SG gemÃ¤Ã Â§ 106 SGG eingeholte Gutachten des H. Auch aus dem gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG eingeholten Gutachten des B ergeben sich derartige Indizien nicht, ebenso nicht aus den im Berufungsverfahren vom KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten vorgelegten Unterlagen.

Die Frage, ob eine auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf

Heilung oder zumindest auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliegt, ist â genauso wie das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit und das Fehlen einer anwendbaren Standardtherapie â nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst und zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung zu beurteilen (vgl. BSG, Urteile vom 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, und vom 07.05.2013, B 1 KR 26/12 R). Eine rÃ¼ckblickende Beurteilung unter BerÃ¼cksichtigung eines etwaigen Erfolgs der durchgefÃ¼hrten Behandlung verbietet sich also. Dies hat zur Konsequenz, dass bei der Frage, ob eine auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegenden Aussicht auf Heilung oder zumindest auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliegt, der konkrete â vorliegend Ã¼ber Jahre erfreuliche â Erkrankungsverlauf des KlÃ¤gers keine Bedeutung haben kann, da dieser nur mit einer â nicht zulÃ¤ssigen â rÃ¼ckblickenden Betrachtung einbezogen werden kÃ¶nnte.

FÃ¼r die PrÃ¼fung des Vorliegens der auf Indizien gestÃ¼tzten, nicht ganz fernliegenden Aussicht auf Heilung oder zumindest auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, der einerseits eine abstrakte und andererseits eine konkret-individuelle PrÃ¼fung und AbwÃ¤gung von Risiken und Nutzen einer Behandlungsmethode zugrunde zu legen ist (vgl. BSG, Urteile vom 04.04.2006, B 1 KR 7/05 R, und vom 02.09.2014, B 1 KR 4/13 R), dÃ¼rfen die Anforderungen wegen der grundrechtsorientierten Auslegung und des im Mittelpunkt stehenden Grundrechts des Lebens nicht Ã¼berspannt werden (vgl. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 22.03.2017, L 5 KR 1036/16; Bayer. LSG, Urteil vom 09.11.2017, L 4 KR 49/13). Gleichwohl begrÃ¼ndet das subjektive Empfinden des Versicherten, auch gestÃ¼tzt durch die gleichlautende EinschÃ¤tzung oder Empfehlung des behandelnden Arztes, oder das BefÃ¼rworten der Therapie durch einzelne Ãrzte allein â ebenso wie der positive Verlauf einer Erkrankung im konkreten Fall eines Antragstellers (vgl. oben) â Indizien im genannten Sinne grundsÃ¤tzlich nicht (vgl. BSG, Urteile vom 04.04.2006, B 1 KR 7/05 R, und vom 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R; Bayer. LSG, Urteil vom 01.10.2018, L 4 KR 49/13; LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteile vom 27.07.2016, L 5 KR 442/16, und vom 22.02.2017, L 5 KR 1653/15). Rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestÃ¼tzt sind, muss die GKV auch nach MaÃgabe der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungskatalogs (bzw. des Â§ 2 Abs. 1a SGB V) nicht gewÃ¤hren (vgl. BVerfG, Beschluss vom 26.02.2013, 1 BvR 2045/12; BSG, Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 26/12 R).

Allerdings hat das BVerfG im Beschluss vom 06.12.2005,1 BvR 347/98, auch ausgefÃ¼hrt, dass sich Hinweise auf einen individuellen Wirkungszusammenhang auch aus dem Gesundheitszustand des Versicherten im Vergleich mit anderen Erkrankten, aus der fachlichen EinschÃ¤tzung der Wirksamkeit der Methode im konkreten Einzelfall durch die Ãrzte des Erkrankten sowie aus der wissenschaftlichen Diskussion ergeben kÃ¶nnen. Indizien fÃ¼r eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder zumindest auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf kÃ¶nnen sich also auch auÃerhalb von Studien, vergleichbaren Erkenntnisquellen oder von Leitlinien der Ã¤rztlichen Fachgesellschaften finden.

Die Anforderungen an die auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder zumindest auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf unterliegen Abstufungen je nach der Schwere und dem Stadium der Erkrankung. Es ist eine Differenzierung im Sinne der Geltung abgestufter Evidenzgrade nach dem Grundsatz vorzunehmen, dass umso schwerwiegender die Erkrankung und umso hoffnungsloser die Situation ist, desto geringere Anforderungen an die ernsthaften Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg zu stellen sind (vgl. BSG, Urteile vom 04.04.2006, B 1 KR 7/05 R, und vom 02.09.2014, B 1 KR 4/13 R).

SchlieÃlich hat das BSG auch â wissenschaftliche Verlaufsbeobachtungen anhand von operierten 126 Menschen, unterstÃ¼tzt durch Parallelbeobachtungen im Rahmen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche ErklÃ¤rungsmodelleâ als â ihrer Art nach ohne Weiteres geeignetâ betrachtet, â nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst als Grundlage fÃ¼r â Indizienâ im dargelegten Sinne fÃ¼r eine positive Einwirkung zu dienenâ (BSG, Urteil vom 02.09.2014, B 1 KR 4/13 R).

Nach diesen MaÃgaben lÃ¤sst sich fÃ¼r die beantragte Immuntherapie, wie sie im Schreiben von Herrn T vom 12.06.2015 dargestellt wurde, keine auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf feststellen. Der Senat stÃ¼tzt sich hierbei vornehmlich auf die AusfÃ¼hrungen des sozialgerichtlichen SachverstÃ¤ndigen H, der aufgrund seiner beruflichen Stellung als Leiter eines zertifizierten neuroonkologischen Zentrums (UniversitÃ¤t B) Ã¼ber groÃe Erfahrung und Kenntnisse in der Behandlung von Hirntumoren verfÃ¼gt und dessen EinschÃ¤tzung sich der Senat als Ã¼berzeugend zu eigen macht. H legt ausfÃ¼hrlich dar, dass es fÃ¼r keine der Therapiefacetten, zumindest so, wie sie Herr T durchfÃ¼hrt, ausreichende klinische Hinweise darauf gibt, dass der Verlauf eines Patienten mit malignem Gliom verbessert wird. Zwar handelt es sich hierbei teilweise um TherapieansÃ¤tze, zu denen durchaus geforscht wird; sie befinden sich jedoch noch im experimentellen Stadium. Da die Wirksamkeit der Einzelelemente nicht ausreichend belegt ist und fÃ¼r die Kombination keinerlei klinischen Wirksamkeitsdaten vorliegen, ergibt sich, so H, fÃ¼r die Kombinationstherapie keine hinreichende Chance auf Heilung, VerhÃ¼tung der Verschlimmerung, LebensverlÃ¤ngerung oder Schmerzlinderung. Der experimentelle Charakter der beantragten Therapien schlieÃt ihre Anwendung zulasten der GKV aus.

Nur am Rande sei erwÃ¤hnt, dass auch Professor J, Nationales Centrum fÃ¼r Tumorerkrankungen H, in einem Parallelverfahren (L 20 KR 502/17, ebenfalls Glioblastoma multiforme) zum selben Ergebnis bezÃ¼glich der von Herrn T angewandten Therapie gelangte.

FÃ¼r den Senat ist maÃgeblich, dass die streitgegenstÃ¤ndliche Immuntherapie laut Herrn T als Gesamttherapie zu betrachten ist und auch als solche beantragt wurde (vgl. dessen Schreiben vom 12.06.2015, dort Seite 5: â Die Hyperthermie ist hier keine Monotherapie, sondern eine wichtige Facette in einem immuntherapeutischen Gesamtkonzept.â und Seite 9: â Dass die Kombination

von Fieber, Viren und Dendritischen Zellen einen ganz besonderen Sinn hat und nicht nur ein Sammelsurium verschiedener immuntherapeutischer AnsÃ¤tze ist, wird jedem denkwilligen Arzt durch den Nachweis nahegelegt, dass nur im Zusammenwirken von Dendritischen Zellen, Newcastle-Viren und Lipoposysaccaarid (LPS), einem Bestandteil unseres Fiebermittels, das erwÃ¼nschte Ergebnis erzielt werden kann, â¦â). Auch im Schreiben vom 25.09.2019 mit dem Betreff âSinn einer Kombinationstherapie, wo die einzelnen Therapie-Facetten bereits wissenschaftlich gut belegt sind: Kombination von onkolytischen Viren und dendritischen Zellenâ weist Herr T speziell auf die potenzierende Wirkung der Kombination von onkolytischen Viren und dendritischen Zellen hin (wobei es allerdings kein festes Protokoll gebe, sondern der klinische Verlauf das Vorgehen bestimme).

Damit kommt es nach dem Willen von Herrn T auf seine Immuntherapie als Gesamtkonzept an. Eine aufgespaltene Bewertung und gegebenenfalls Bewilligung einzelner Therapiebestandteile scheidet damit aus. Sie wÃ¼rde sich im Ãbrigen auch rechtlich verbieten â zum einen, weil nicht, was durchaus auch mÃ¶glich und Ã¼blich ist, die Bewilligung einzelner Therapien, sondern eben eines Gesamtkonzeptes als solchen beantragt wurde, zum anderen aber auch, weil bei der rechtlichen Bewertung der beantragten Therapie im Hinblick auf ihr Einwirken auf den Krankheitsverlauf auch zu berÃ¼cksichtigen ist, dass es keine dokumentierten Erkenntnisse Ã¼ber eventuell sich potenzierende Nebenwirkungen bei der Kombination der einzelnen Therapiefacetten gibt.

Objektivierbare Erkenntnisse, dass die Therapie, so wie von Herrn T durchgefÃ¼hrt, Erfolgsaussicht verspricht, liegen nicht vor. Solche lassen sich auch weder aus den AusfÃ¼hrungen von Herrn T selbst noch aus denen des Gutachters B ableiten, der zwar im groÃen Umfang Behauptungen ins Feld fÃ¼hrt, diese jedoch nicht hinreichend medizinisch-wissenschaftlich belegen kann. Insofern wird auf die AusfÃ¼hrungen des SG verwiesen. Auch sÃ¤mtliche im Berufungsverfahren vorgelegte Unterlagen befassen sich lediglich mit einzelnen der beantragten Therapiefacetten oder mit einer Kombination einzelner Facetten. Wie bereits dargelegt, lassen sich hieraus jedoch keine ausreichenden SchlÃ¼sse bezÃ¼glich des beantragten Gesamtkonzepts ziehen â weder im Hinblick auf dessen Wirksamkeit noch im Hinblick auf etwaige Nebenwirkungen.

Im Zusammenhang mit der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsanspruchs ist schlieÃlich zu beachten, dass einem Anspruch gegebenenfalls auch der Umstand entgegenstehen kann, dass die Erkenntnisdefizite zu einer Behandlungsmethode in der SphÃ¤re des Therapeuten liegen. Das BSG hat insofern im Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 26/12 R, Folgendes ausgefÃ¼hrt: âEine weitere Begrenzung der sich aus der grundrechtsorientierten Auslegung und Â§ 2 Abs 1a SGB V ergebenden AnsprÃ¼che auf Methoden, die noch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, folgt aus der Mitwirkungsobliegenheit der Behandler. Die aus der grundrechtsorientierten Auslegung und aus Â§ 2 Abs 1a SGB V resultierende Absenkung der Anforderungen, die ansonsten an den Evidenzgrad des Behandlungserfolgs zu stellen sind, verlangt unter dem Gesichtspunkt des

Patientenschutzes die jeweils mÃ¶gliche Erhebung und ZugÃ¤nglichmachung von nach wissenschaftlichen MaÃstÃ¤ben verfÃ¼gbaren Informationen durch die Behandler entsprechend ihrem Berufs- und Standesrecht. Die aktive Bereitschaft der Behandler, zum Abbau der (noch) vorhandenen Erkenntnisdefizite beizutragen, ist unverzichtbarer Teil des auch der grund-rechtsorientierten Auslegung und Â§ 2 Abs 1a SGB V zugrundeliegenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses.â

Offensichtlich hat Herr T schon etliche Patienten mit Glioblastoma multiforme behandelt. Eine systematische Darstellung der Behandlungsschemata und ihres Erfolgs oder auch Misserfolgs wurde jedoch nie vorgelegt, obwohl dies Herrn T durchaus mÃ¶glich sein sollte. Ob im vorliegenden Verfahren ein Anspruch des KlÃ¤gers letztlich daran scheitern kÃ¶nnte, dass eine aktive Bereitschaft des behandelnden Arztes T, einen Beitrag zum Abbau der vorhandenen Erkenntnisdefizite zu leisten, nicht erkennbar ist, kann mangels Entscheidungserheblichkeit jedoch dahingestellt bleiben (vgl. auch Bayer. LSG, Urteil vom 16.05.2019, L 20 KR 502/17).

Im Ergebnis ist jedenfalls auch die dritte Voraussetzung des Â§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V, nÃ¤mlich das Vorliegen einer auf Indizien gestÃ¼tzten, nicht ganz fernliegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, nicht erfÃ¼llt. Ein Sachleistungsanspruch auf die beantragte Immuntherapie durch Herrn T besteht damit nicht.

3.Â Kein Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch wegen bereits entstandener Kosten fÃ¼r die Immuntherapie nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V

Der KlÃ¤ger hat auch keinen Anspruch auf Erstattung der bereits entstandenen Kosten gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs. 3 SGB V bzw. einen Freistellungsanspruch bzgl. noch offener Zahlungen an Herrn T.

Als Anspruchsgrundlage fÃ¼r die Erstattung bereits entstandener Kosten bzw., sofern â wie vorliegend â der Versicherte noch nicht oder nicht vollstÃ¤ndig gezahlt, auf Freistellung von den Kosten und auf Zahlung der Krankenkasse an den GlÃ¤ubiger (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R) kommt allein Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V in Betracht. Hiernach gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (1. Alternative) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. Alternative) und sind dadurch Versicherten fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Ein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V hat in beiden Regelungsalternativen einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (PrimÃ¤ranspruch) zur Grundvoraussetzung (jurisPK, SGB V, Stand 22.09.2020, Â§ 13 Rn. 52). Damit scheidet ein Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch des KlÃ¤gers wegen seiner bislang fÃ¼r die Behandlung durch Herrn T verauslagten Kosten bereits deshalb aus, weil der KlÃ¤ger keinen

entsprechenden Sachleistungsanspruch gegen die Beklagte hat, siehe oben.

Ein Kostenerstattung- bzw. Freistellungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V scheitert jedoch zusÃ¤tzlich daran, dass weder der Beschaffungsweg eingehalten wurde (die Leistungsablehnung also nicht kausal fÃ¼r die Selbstbeschaffung war, Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V) noch die Selbstbeschaffung unaufschiebbar war (Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V).
a)Â Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V â□□ Beschaffungsweg nicht eingehalten

Nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG scheidet ein auf Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V gestÃ¼tzter Erstattungsanspruch aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne zuvor die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (z.B. BSG, Urteil vom 02.07.2015, B 3 KR 3/15 BH; BSG, Beschluss vom 21.02.2008, B 1 KR 123/07 B). Â§ 13 Abs. 3 SGB V soll einen Erstattungsanspruch fÃ¼r den Ausnahmefall gewÃ¤hren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur VerfÃ¼gung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begrÃ¼ndenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 30.06.2009, B 1 KR 5/09 R).

Nach den eingereichten Abrechnungsunterlagen der Praxis T erfolgte die erste Behandlung am 30.04.2015, Rechnungen aus Apotheken liegen bereits vom MÃ¤rz 2015 vor. Der KlÃ¤ger hat damit bereits vor dem ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 17.07.2015 mit der Therapie begonnen. Damit fehlt es aber an dem notwendigen Kausalzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung, der nach der Rechtsprechung des BSG Voraussetzung ist fÃ¼r einen Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 SGB V ist.

Dies gilt auch fÃ¼r den Fall einer Behandlung, die sich â□□ wie hier â□□ Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum erstreckt. Ein Anspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V ist ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhÃ¤ngig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgÃ¼ltig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte. Bei laufenden oder sich Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum erstreckenden Leistungen wird die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse zwar im Allgemeinen eine ZÃ¤sur sein; daher kann die Kostenerstattung im Einzelfall auch nur fÃ¼r diejenigen Leistungen ausgeschlossen sein, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Das kann allerdings nur gelten, wenn die nachtrÃ¤glich getroffene Entscheidung der Krankenkasse Ã¼berhaupt noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. Waren mit dem eigenmÃ¤chtigen Beginn der Behandlung die weiteren Schritte bereits vorgezeichnet und festgelegt, fehlt selbst bei dieser Konstellation der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch fÃ¼r den Teil der Behandlung, der zeitlich

nach dem ablehnenden Bescheid liegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn sich die Behandlung als einheitlicher Vorgang darstellt, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lÃ¤sst (vgl. insg. BSG, Urteil vom 22.03.2005, B 1 KR3/04 R).

Wenn Herr T einerseits im Hinblick auf die Besonderheit seiner Immuntherapie gerade auf das Ineinandergreifen und Zusammenspiel der einzelnen Therapiefacetten abstellt, so verbietet sich umgekehrt auch eine Aufspaltung hinsichtlich der Leistungsbewilligung. Der KlÃ¤ger hatte bereits vor der Entscheidung der Beklagten Ã¼ber seinen Antrag mit der Behandlung begonnen und sich damit bereits unabhÃ¤ngig vom nachfolgenden Verhalten der Krankenkasse endgÃ¼ltig festgelegt. Die Behandlung wurde bzw. wird konstant seit MÃ¤rz 2015 durchgefÃ¼hrt. Durch den ablehnenden Bescheid ist keine ZÃ¤sur eingetreten.

Dass der KlÃ¤ger sich unabhÃ¤ngig davon, wie die Entscheidung der Beklagten ausfallen wÃ¼rde, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen war, sich die Leistung auch dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R), wird vorliegend auch dadurch deutlich, dass er die Therapie fortsetzte bzw. intensivierte (durch Hyperthermie und spÃ¤ter onkolytische Viren) â□□ und zwar ungeachtet der Ablehnung durch die Beklagte, ungeachtet der Tatsache, dass auch sein Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz im Jahr 2017 im Hinblick auf eine vorlÃ¤ufige GewÃ¤hrung der beantragten Immuntherapie vom SG abgelehnt und die dagegen eingelegte Beschwerde vom LSG zurÃ¼ckgewiesen wurde (jeweils nach ausfÃ¼hrlicher ErlÃ¤uterung in den GrÃ¼nden, dass ein Anordnungsanspruch nicht gegeben war) und ungeachtet der Empfehlung der Uni-Klinik E nach der Operation im August 2018, eine Bestrahlung durchfÃ¼hren zu lassen.

b)Â Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V â□□ keine Unaufschiebbarkeit

Der KlÃ¤ger hat auch keinen Anspruch aus Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V, weil es sich bei der Immuntherapie nicht um eine unaufschiebbare Leistung handelte.

Nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V sind dem Versicherten die Kosten einer selbstbeschafften Leistung in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte.

Unaufschiebbarkeit verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsÃ¤chlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine MÃ¶glichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen GrÃ¼nden nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der IntensitÃ¤t der Schmerzen ein auch nur vorÃ¼bergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (BSG, Urteil vom

11.05.2017, B 3 KR 30/15 R). Unaufschiebbar kann auch eine zunÃ¤chst nicht eilbedÃ¼rftige Behandlung werden, wenn der Versicherte mit der AusfÃ¼hrung 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 benÃ¶tigte Behandlung erhalten wird. Dies gilt umso mehr, wenn der Beschaffungsvorgang aus der Natur der Sache heraus eines lÃ¤ngeren zeitlichen Vorlaufs bedarf und der Zeitpunkt der Entscheidung der Krankenkasse nicht abzusehen ist. Es betrifft auch die FÃ¤lle, in denen der Versicherte zunÃ¤chst 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).

Stets hÃ¤ngt der Anspruch wegen Unaufschiebbarkeit jedoch davon ab, ob der Versicherte alles Erforderliche und Zumutbare getan hat, um sich die Sachleistung zu verschaffen. RegelmÃ¤ÃŸig erforderlich und dem Versicherten zumutbar ist es, die Krankenkasse Ã¼berhaupt einzuschalten (Kasseler Kommentar, SGB V, 101. EL 9/18, Â§ 13 Rn. 75). FÃ¼r die erste Fallgruppe des Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V wird neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr UnvermÃ¶gen zur (rechtzeitigen) Leistung herausgestellt hat (vgl. BSG, Urteil vom 25.09.2000, B 1 KR 5/99 R). Der Versicherte muss daher vor der Leistungsinanspruchnahme grundsÃ¤tzlich zunÃ¤chst Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen, damit diese die objektive VerfÃ¼gbarkeit prÃ¼fen und dem Versicherten mitteilen kann. An einer Unaufschiebbarkeit fehlt es dementsprechend, wenn die Krankenkasse vor der Leistungsinanspruchnahme nicht mit dem Leistungsbegehren des Versicherten befasst worden ist, obwohl dies mÃ¶glich und zumutbar gewesen wÃ¤re (vgl. BSG, Urteil vom 26.09.2006, B 1 KR 3/06 R) oder wenn der Versicherte unabhÃ¤ngig von der Entscheidung der Krankenkasse bereits auf eine bestimmte Leistung festgelegt war (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2009, B 3 KR 20/08 R). Bei laufenden oder sich Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum erstreckenden Leistungen ist Unaufschiebbarkeit nur bis zur Entscheidung der Krankenkasse gegeben; fÃ¼r die nach einer ablehnenden Entscheidung in Anspruch genommenen Leistungen kommt nicht mehr Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1, sondern Alt. 2 in Betracht (BSG, Urteil vom 03.08.2006, B 3 KR 24/05 R; vgl. zum Ganzen auch Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, Â§ 13 Rn. 24, 25).

Hieran gemessen, kÃ¤me ein Erstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt.1 SGB V nur fÃ¼r bis zum Ablehnungsbescheid vom 17.07.2015 in Anspruch genommene Leistungen in Betracht; er scheitert jedoch daran, dass es dem KlÃ¤ger aus medizinischen GrÃ¼nden mÃ¶glich und zumutbar gewesen wÃ¤re, vor Beginn der Therapie bei Herrn T mit seinem Leistungsbegehren wenigstens an die Beklagte heranzutreten.

Dies ist erst am 12.06.2015 geschehen. Der KlÃ¤ger hatte die streitgegenstÃ¤ndliche Therapie dagegen bereits im MÃ¤rz, spÃ¤testens im April 2015 begonnen, ohne sich vorher mit seinem Leistungsbegehren an die Beklagte gewandt zu haben, obwohl zumindest dies ihm unproblematisch vorher mÃ¶glich

gewesen wÃ¤re. Er hatte zum damaligen Zeitpunkt gerade einen Zyklus der schulmedizinischen Behandlung abgeschlossen. Eine mÃ¶gliche Progression der Erkrankung, die ein rasches Handeln hÃ¤tte erfordern kÃ¶nnen, wurde erst am 07.05.2015 und damit nach Therapiebeginn bei Herrn T diskutiert. Es sind keine Aspekte im Sinne einer ganz besonders hohen EilbedÃ¼rftigkeit ersichtlich, wegen derer auch nur eine Information der Beklagten vor Beginn der Therapie den KlÃ¤ger nicht mehr zumutbar gewesen wÃ¤re. Der zeitliche Ablauf spricht zudem dafÃ¼r, dass der KlÃ¤ger darauf festgelegt war, die Immuntherapie bei Herrn T unabhÃ¤ngig von einer diesbezÃ¼glichen Entscheidung der Beklagten durchzufÃ¼hren. Ein Kostenerstattungsanspruch wegen Unaufschiebbarkeit gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V kommt damit insgesamt nicht in Betracht.

4.Â Auch kein Anspruch wegen Genehmigungsfiktion nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V

BezÃ¼glich der streitgegenstÃ¤ndlichen Immuntherapie besteht auch kein Anspruch wegen Eintritts der Genehmigungsfiktion nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V, weder auf Sachleistung noch auf Kostenerstattung oder Freistellung.

Nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse Ã¼ber einen Antrag auf Leistungen zÃ¼gig, spÃ¤testens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in FÃ¤llen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von fÃ¼nf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Kann die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der GrÃ¼nde rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

Da die Beklagte den KlÃ¤ger nicht Ã¼ber die Einschaltung des MDK informierte, hÃ¤tte sie Ã¼ber dessen am 12.06.2015 eingegangenen Antrag innerhalb von drei Wochen entscheiden mÃ¼ssen (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R), was jedoch nicht geschehen ist. TatsÃ¤chlich erfolgte die Entscheidung erst mit Bescheid vom 17.07.2015, so dass grundsÃ¤tzlich die Genehmigungsfiktion eingetreten ist.

Einen Sachleistungsanspruch kann der KlÃ¤ger bereits aufgrund der neueren Rechtsprechung des 1. und 3. Senats des BSG (Urteile vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 , und vom 18.06.2020, B 3 KR 19/13 R) hieraus nicht ableiten. Das BSG hat â unter Aufgabe seiner bisherigen Rechtsprechung â entschieden, dass eine fingierte Genehmigung nach dem Leistungsrecht der GKV (Â§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V) keinen eigenstÃ¤ndigen Naturalleistungsanspruch begrÃ¼ndet. Sie vermittelt dem Versicherten vielmehr eine Rechtsposition sui generis. Diese erlaubt es ihm, sich die Leistung (bei GutglÃ¤ubigkeit) selbst zu beschaffen, und verbietet es der Krankenkasse nach erfolgter Selbstbeschaffung, eine beantragte Kostenerstattung mit der BegrÃ¼ndung abzulehnen, nach dem Recht der GKV bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung.

Der KlÃ¤ger hat aber auch keinen Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch aufgrund eingetretener Genehmigungsfiktion. Sofern der KlÃ¤ger mit der Immuntherapie bei Herrn T bereits vor der Entscheidung der Beklagten hierÃ¼ber begonnen hatte, hÃ¤tte sich der Sachleistungsanspruch allenfalls in einen Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V wandeln kÃ¶nnen. AnsprÃ¼che gegen eine Krankenkasse, die â wie sachleistungsersetzende KostenerstattungsansprÃ¼che â unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind, sind jedoch vom Anwendungsbereich des Â§ 13 Abs. 3a SGB V nicht umfasst (vgl. BSG, Urteile vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R, und vom 06.11.2018, B 1 KR 13/17 R). Eine Selbstbeschaffung vor Ablauf der Entscheidungsfrist unterfÃ¤llt im Ãbrigen generell nicht dem Â§ 13 Abs. 3a SGB V. Denn die krankenversicherungsrechtliche Genehmigungsfiktion und der darauf beruhende Kostenerstattungsanspruch scheiden aus, wenn sich der Versicherte die Leistung selbst beschafft, bevor die der Krankenkasse gesetzlich eingerÃ¤umte Frist zur Entscheidung Ã¼ber den Leistungsantrag abgelaufen ist (BSG, Urteil vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R).

Es besteht aber auch kein Anspruch auf Kostenerstattung (bzw. Freistellung) nach Â§ 13 Abs. 3a Abs. 7 SGB V fÃ¼r nach Fristablauf selbstbeschaffte Leistungen von Herrn T.

HierfÃ¼r fehlt es bereits an einem hinreichend bestimmten und damit fiktionsfÃ¤higen Antrag. Der Antrag im Schreiben vom 12.06.2015 mit den AusfÃ¼hrungen von Herrn T vom selben Tag erfÃ¼llt diese Voraussetzungen nicht. Zwar lautete der Antrag auf KostenÃ¼bernahme der Immuntherapie mit Hyperthermie, Boswellia carterii, onkolytischen Viren, dendritischen Zellen und einem parenteralen Infusionsschema aus Curcumin, Hypericin, DCA, Artesunaten, Vitamin C und Amygdalin. Wann, wie oft, wie lange, unter welchen Voraussetzungen oder in welcher Kombination die einzelnen Therapiefacetten der beantragten Therapie (gleichzeitig oder nacheinander?) zur Anwendung kommen sollten, ist daraus nicht ersichtlich. Zweck der Genehmigungsfiktion nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V ist es, die Krankenkassen zu einer zÃ¼gigen PrÃ¼fung und Entscheidung anzuhalten, damit Versicherten erforderliche Krankenbehandlungen nicht unbotmÃ¤Ãig lange vorenthalten werden. Daran wÃ¼rde es vorbeigehen, wenn aufgrund eines quasi prophylaktischen Antrags auf alle mÃ¶glichen Therapiefacetten, die gegebenenfalls irgendwann irgendwie zum Einsatz kommen kÃ¶nnten (und vorliegend auch Ã¼ber fÃ¼nf Jahre nach Antragstellung zum Teil noch nicht zum Einsatz gekommen sind, vgl. z.B. dendritische Zellen), die Genehmigungsfiktion fÃ¼r lediglich potentielle Leistungen vielleicht irgendwann in der Zukunft eintreten wÃ¼rde.

UnabhÃ¤ngig davon scheitern vorliegend AnsprÃ¼che nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V aufgrund der Genehmigungsfiktion aber auch daran, dass der KlÃ¤ger bereits vor Antragstellung mit der beantragten Therapie, die als einheitliche BehandlungsmaÃnahme zu bewerten ist (siehe oben), begonnen hatte. Nach den eingereichten Abrechnungsunterlagen der Praxis T erfolgte die erste Behandlung am 30.04.2015, Rechnungen aus Apotheken liegen bereits vom MÃ¤rz 2015 vor.

Die GrundsÃ¤tze Ã¼ber die Einhaltung des Beschaffungswegs, auch bei

Behandlungen von lÃ¤ngerer Dauer (siehe oben), haben auch im Falle der Genehmigungsfiktion anstelle einer Entscheidung der Krankenkasse zu gelten. Der Sanktionscharakter des Â§ 13 Abs. 3a SGB V besteht darin, dass die Krankenkasse bei nicht rechtzeitiger Entscheidung Gefahr lÃ¤uft, auch fÃ¼r Leistungen unabhÃ¤ngig vom Vorliegen der materiell-rechtlichen Voraussetzungen einstehen zu mÃ¼ssen (vgl. BT-Drucks. 17/10488, Seite 32), nicht jedoch darin, dass leistungsrechtliche GrundsÃ¤tze der KausalitÃ¤t bzw. des Beschaffungswegs ausgehebelt werden sollen. Deshalb gilt auch bei Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V, dass bei laufenden oder sich Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum erstreckenden Leistungen der Eintritt der Genehmigungsfiktion keine ZÃ¤sur darstellt (ebenso wenig wie die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse bei Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V), wenn wie vorliegend das weitere Leistungsgeschehen dadurch nicht mehr beeinflusst wird bzw. wurde. Mit Beginn der Behandlung bei Herrn T und dem Sich-Abwenden des KlÃ¤gers von der â□□Schulmedizinâ□□ war der weitere Behandlungsablauf â□□ der zudem nach den AusfÃ¼hrungen von Herrn T als Einheit bzw. Gesamtkonzept und nicht als Sammelsurium einzelner Behandlungen zu betrachten ist â□□ bereits vorgezeichnet bzw. festgelegt (vgl. ausfÃ¼hrlich dazu oben).

Damit kommt eine Aufspaltung der durchzufÃ¼hrenden BehandlungsmaÃ□nahmen innerhalb der Immuntherapie des Herrn T in einzelnen Behandlungsschritte, die dann abhÃ¤ngig vom Zeitpunkt ihrer DurchfÃ¼hrung â□□ u.U. auch noch nach mehreren Jahren â□□ der Genehmigungsfiktion zugÃ¤nglich wÃ¤ren, nicht in Betracht. Ein Anspruch nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V ist nicht gegeben.

5.Â HÃ¶he der beantragten Kostenerstattung

Da bereits ein Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch dem Grunde nach nicht besteht, kann dahingestellt bleiben, ob die mit Schriftsatz vom 25.09.2020 mitsamt Anlagen geltend gemachten Kosten von 84.041,46 â□¬ Ã¼berhaupt allesamt Gegenstand der beantragten Gesamtleistung sind (etwa die zahlreichen nicht nÃ¤her bezeichneten Medikamente) und der HÃ¶he nach zutreffend ermittelt wurden.

Insgesamt war daher der Klage weder im Hinblick auf den geltend gemachten Sachleistungsanspruch noch bezÃ¼glich eines Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruchs stattzugeben. Die Berufung kann daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Ein Grund fÃ¼r die Zulassung der Revision liegt nicht vor (Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG).

Erstellt am: 17.12.2021

Zuletzt verändert am: 22.12.2024