S 9 KR 4759/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 4759/18
Datum	29.11.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 221/20
Datum	30.06.2020

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 29.11.2019 wird zurÃ¼ckgewiesen. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kostenerstattung fÃ¼r ambulante transarterielle Chemoembolisation/-perfusion.

Die 1954 geborene KlÃ¤gerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie erkrankte im August 2015 an einem Mammakarzinom. Unter der Behandlung mit mehreren Chemotherapien (Herceptin und Xeloda, Taxol/Herceptin und nur Herceptin) schritt die Erkrankung weiter fort. Im Rahmen einer Tumorkonferenz palliativ am 18.01.2018 wurde vom interdisziplinÃ¤ren Brustzentrum S. ein pulmonaler Progress festgestellt bei primÃ¤r pulmonal metastasiertem mÃ¤Ã□ig differenziertem, invasivem Mammakarzinom (NST links pT1c N3a (13/13) G2 R0 L1 V0 Pn1; Her-2 positiv, Rezeptor negativ; hepatisch keine Filiae). Bei Karnofsky Index 100% wurde eine Therapieumstellung auf Herceptin und Lapatinib oder Navelbine beschlossen; LITT (laserinduzierte interstitielle Thermotherapie) sei bei multiplen

Herden nicht sinnvoll. Als spÃ¤tere Alternativen wurden T-DM1, Navelbine, Halaven und Abraxane vorgeschlagen.

Mit Schreiben vom 23.01.2018, eingegangen bei der Beklagten am 26.01.2018, beantragte Prof. Dr. V., Direktor des Instituts fÃ¼r Diagnostische und Interventionelle Radiologie am UniversitÃ¤tsklinikum F, fÃ¼r die KlÃ¤gerin die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r zwei Phasen einer transvenÃ¶s pulmonalarteriellen Chemoperfusion TPCE (transpulmonelle Chemoembolisation) und TACP (transarterielle Chemoperfusion) zum Downsizing der Herde und zur Deaktivierung bei Vorliegen von insgesamt vier Lungenmetastasen. Die Kosten fÃ¼r diese Therapie lÃ¤gen pro Therapiesitzung bei 3.000 bis 3.500 EUR. Falls nach DurchfÃ¼hrung dieser Therapie noch Herde zu finden seien, werde eine gesonderte Kostenanfrage an den KostentrÃ¤ger erfolgen. Prof. Dr. V. verfÃ¼gt nicht Ã¼ber eine ErmÃ¤chtigung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Mit Bescheid vom 02.02.2018 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Es handle sich bei der Chemoperfusion TPCE und TACP um eine sogenannte neue Behandlungsmethode. Sie gehÃ¶re nicht zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung und kÃ¶nne daher auch nicht Ã¼ber die Gesundheitskarte abgerechnet werden. Solange der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine Behandlungsmethode nicht anerkannt habe, sei eine Finanzierung durch gesetzliche Krankenkassen nicht mÃ¶glich.

Die KlÃ¤gerin lieÃ sich am 08.02.2018 und am 08.03.2018 von Prof. Dr. V. im Zentrum der Radiologie â Institut fÃ¼r Diagnostische und Interventionelle Radiologie â ambulant mit transarterieller Chemoembolisation/-perfusion behandeln. Die Kosten hierfÃ¼r von jeweils 3.900 EUR wurden der KlÃ¤gerin privat in Rechnung gestellt und von ihr bezahlt. Bei der TACP handelt es sich um eine lokale Chemotherapie, bei der mittels Angiographie grÃ¶Ãere Organabschnitte Ã¼ber die versorgenden Arterien dargestellt und mit einem konzentrierten Medikament Ã¼ber 30 bis 60 Minuten durchflutet werden. Bei der TPCE werden gegen die Tumorzellen wirksame Chemotherapeutika gemeinsam mit einer embolisierenden FlÃ¼ssigkeit oder kleinen Partikeln in die tumorzufÃ¼hrenden GefÃ¤Ãe injiziert. Die GefÃ¤Ãe werden auf diese Weise gleichzeitig mit einem Embolisat verschlossen. Die Zytostatika sollen Tumorzellen durch Einwirkung auf deren Zellteilung abtÃ¶ten, wÃ¤hrend die Embolisation dazu dient, Tumorzellen von der Blutzirkulation abzuschneiden und das eingebrachte Zytostatikum am Ort zu halten.

Mit Schreiben vom 26.02.2018 erhob die KlÃ¤gerin Widerspruch und fÃ¼hrte aus, die bisherigen TherapiemaÃnahmen seien nicht erfolgreich gewesen. Im Gegenteil hÃ¤tten sich innerhalb von 18 Monaten drei weitere Lungenmetastasen gebildet. Ihr derzeitiger exzellenter Allgemeinzustand unterstÃ¼tze die beantragte Therapie zum jetzigen Zeitpunkt. Die transarterielle Chemoperfusion mÃ¶ge noch nicht zum "allgemein anerkannten Standard" gehÃ¶ren, jedoch seien Therapien und MaÃnahmen im Sinne der Grundversorgung bisher fehlgeschlagen. Es bestehe daher eine Leistungspflicht hinsichtlich weiterer Therapien wie der Chemoperfusion, wobei dies auch lebensnotwendig sei.

Die Beklagte holte ein sozialmedizinisches Gutachten beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-WÃ¼rttemberg (MDK) ein. Mit Gutachten vom 05.04.2018 fÃ¼hrte Dr. M. aus, bei der TPCE handele es sich um eine Form der transarteriellen Chemoembolisation (TACE). Letztere sei bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation ein anerkanntes Behandlungsverfahren. Sie sei aber nicht durch den GBA fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung zugelassen, so dass die ambulante Leistungserbringung der TCPE nicht im Einheitlichen BewertungsmaÃstab (EBM) abbildbar sei. Diese Leistung werde in Baden-WÃ¼rttembergischen KrankenhÃ¤usern (zB Uniklinik H.) nur stationÃ¤r erbracht. Zwar handle es sich bei einem pulmonal metastasierten Mammakarzinom mit Progredienz der Metastasen um eine lebensbedrohliche Erkrankung, es sei von einer palliativen Situation auszugehen. Es stÃ¼nden aber noch zugelassene Behandlungsoptionen als vertragliche leitliniengerechte Therapie zur VerfÃ¼gung. Nach der S3-Leitlinie "FrÃ¼herkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms" sei ein hier vorliegendes metastasiertes HER2-positives Mammakarzinom mit einer Anti-HER2-Therapie zu behandeln. Zudem seien auch in der letzten Tumorkonferenz vom 18.01.2018 weitere Therapieoptionen empfohlen worden. Die bei der KlÃ¤gerin bereits durchgefÃ¼hrte TCPE/TACP finde in der genannten S3-Leitlinie keine ErwÃ¤hnung. Lediglich die TACE finde ErwÃ¤hnung und kÃ¶nne ggf bei Vorliegen von Lebermetastasen indiziert sein. Keine der zu der beantragten Leistung aufgefundenen Publikationen kÃ¶nne einen wissenschaftlich fundierten Nachweis der Wirksamkeit der Methode erbringen. Bei keiner der Arbeiten sei eine Aussage dazu gemacht worden, ob die beschriebene initiale Verkleinerung der Tumore bei einem Teil der Patienten einen Einfluss auf fÃ¼r den Patienten relevante Faktoren â zB eine VerlÃ¤ngerung der Lebenszeit oder Verringerung der Beschwerden â gehabt habe. Die beantragte Methode habe bei der Anwendung an Lungenmetastasen bisher keine Verbreitung gefunden. Die KostenÃ¼bernahme kÃ¶nne aus sozialmedizinischer Sicht nicht empfohlen werden.

Die KlÃ¤gerin hielt an ihrem Widerspruch fest und Ã¼bersandte der Beklagten Bilder einer aktuellen CT-Aufnahme vom 27.03.2018. Hier seien die signifikanten Verbesserungen seit Anwendung der TCPE/TACP-Behandlungen vermerkt. Die Kosten fÃ¼r die Behandlungen seien daher zu erstatten.

Die Beklagte beauftragte den MDK erneut. Mit Gutachten vom 17.05.2018 fÃ¼hrte Dr. S. aus, dass bei der KlÃ¤gerin eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliege, vertragliche palliative Behandlungsmethoden aber zur VerfÃ¼gung stÃ¼nden. Ein Wirksamkeitsnachweis anhand einer fÃ¼r die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von FÃ¤llen mit wissenschaftlich einwandfrei gefÃ¼hrten Studien liege bisher fÃ¼r die beantragte Methode bei der hier vorliegenden Indikation nicht vor. Dass kurzfristig die Metastasen durch die nun bereits begonnene Behandlung kleiner geworden seien, kÃ¶nne nachvollzogen werden, dies bedeute aber nicht, dass bei der Anwendung dieser Methode bei dem hier vorliegenden Krankheitsbild nachgewiesen sei, dass sie auch in einem fÃ¼r Patienten relevanten Bereich wie der LebenszeitverlÃ¤ngerung Vorteile bewirke. Eine Kostenerstattung kÃ¶nne deshalb nicht empfohlen werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08.08.2018 wies die Beklagten den Widerspruch

zurÃ¼ck und verwies dazu insbesondere auf die Gutachten des MDK.

Hiergegen richtet sich die am 07.09.2018 zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobene Klage. Der Kostenerstattungsanspruch ergebe sich aus dem vorliegenden Systemversagen. Die streitgegenstÃ¤ndliche Methode habe sich als wirksam erwiesen und sei trotzdem noch nicht vom GBA anerkannt worden. Es liege zudem eine lebensbedrohliche und regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufende Erkrankung vor, fÃ¼r die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapie nicht zur VerfÃ¼gung stehe. Die streitige Behandlungsmethode verspreche zudem eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung bzw habe bereits eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf gehabt. Aufgrund der Behandlung bei Prof. Dr. V. seien die vier Lungenmetastasen embolisiert und die Tumorzellen abgetÃ¶tet worden. Nach erneuter DurchfÃ¼hrung der Standardtherapie sei es zu einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes gekommen. Der Kostenerstattungsanspruch bestehe daher.

Mit Gerichtsbescheid vom 29.11.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. StreitgegenstÃ¤ndlich seien lediglich die am 08.02. und 08.03.2018 durch Prof. Dr. V. durchgefÃ¼hrten Behandlungen, hinsichtlich derer die KlÃ¤gerin einen Antrag auf KostenÃ¼bernahme gestellt habe. Die weiteren, spÃ¤ter durchgefÃ¼hrten Behandlungen seien dagegen nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits. Rechtsgrundlage fÃ¼r die Erstattung der Kosten der durchgefÃ¼hrten Behandlungen mittels Chemoembolisation sei Â§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt. 2 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V). Hiernach dÃ¼rften Versicherte Kostenerstattung nur in Anspruch nehmen, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dadurch dem Versicherten fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden seien. Die Beklagte habe die streitbefangene Chemoembolisation als Sachleistung nicht zu Unrecht verweigert. Vorliegend sei eine Kostenerstattung ausgeschlossen, weil die Chemoembolisation nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst und damit nicht Gegenstand der Leistungspflicht der Krankenkasse sei. Im Rahmen einer ambulanten Behandlung dÃ¼rften nach Â§ 135 SGB V neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der GBA Empfehlungen abgegeben habe Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Neu seien Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie noch nicht Gegenstand der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung und insoweit nicht als abrechnungsfÃ¤hige Leistung im EBM aufgefÃ¼hrt seien. Dies gelte fÃ¼r die Behandlung von Lungenmetastasen mit Chemoembolisation/-perfusion, fÃ¼r die derzeit keine positive Empfehlung des GBA vorliege. Einen Anspruch auf Kostenerstattung kÃ¶nne die KlÃ¤gerin auch nicht aus dem Gesichtspunkt eines sog "Systemversagens" herleiten. Ein solches liege vor, wenn das Anerkennungsverfahren trotz ErfÃ¼llung der fÃ¼r eine Ãberprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃ¼hrt werde bzw die Einleitung oder DurchfÃ¼hrung des Verfahrens willkÃ¼rlich oder aus sachfremden ErwÃ¤gungen blockiert oder verzÃ¶gert werde. Nur im Fall einer derartigen UntÃ¤tigkeit des GBA sei fÃ¼r das

Vorliegen einer VersorgungslÃ¼cke zu prÃ¼fen, ob sich die Wirksamkeit der neuen Behandlungsmethode aufgrund wissenschaftlich gefÃ¼hrter Statistiken in einer fÃ¼r die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von BehandlungsfÃ¤llen nachweisen lasse und gegen die QualitÃ¤t der Methode keine durchgreifenden Bedenken bestÃ¼nden. HierfÃ¼r seien keine Anhaltspunkte ersichtlich. Wie sich aus dem Gutachten des MDK vom 05.04.2018 ergebe, kÃ¶nne die Chemoembolisation nach aktuellem Stand der Wissenschaft lediglich zur Behandlung von Lebermetastasen indiziert sein. Ein Systemversagen ergebe sich auch nicht daraus, dass die Beklagte hinsichtlich des Antrags vom 23.01.2018 nicht darauf hingewiesen habe, dass ggf eine stationÃ¤re Behandlung mit der streitigen Methode in Betracht kommen kÃ¶nnte. Dies ergebe sich schon daraus, dass sich der Antrag durch Prof. Dr. V. konkret auf zwei ambulante Behandlungen bezogen habe. Die Beklagte habe den Antrag auch nicht als Leistungsantrag auf alle folgenden Behandlungen mit Chemoembolisation verstehen mÃ¼ssen, denn Prof. Dr. V. habe ausdrÃ¼cklich darauf hingewiesen, dass eine gesonderte Kostenanfrage erfolgen werde, falls nach der beantragten Behandlung noch Herde verbleiben sollten. Es bestehe auch kein Anspruch aus Â§ 2 Abs 1a SGB V. Zwar handele es sich bei der Erkrankung der KlÃ¤gerin an einem pulmonal metastasierten Mammakarzinom um eine lebensbedrohliche Erkrankung. Die KlÃ¤gerin werde zudem palliativ behandelt, so dass sie an einer regelmÃ¤ÃŸig tÃ¶dlichen Erkrankung leide. Allerdings hÃ¤tte ihr zum Zeitpunkt der Behandlungen vom 08.02. und 08.03.2018 nach den Ã¼bereinstimmenden Angaben der Tumorkonferenz des Brustzentrums S. und des MDK eine dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung in Gestalt einer Chemotherapie zur VerfÃ¼gung gestanden (Therapieumstellung auf Herceptin und Lapatinib oder Navelbine und als spÃ¤tere Alternative Therapie mit T-DM1, Navelbine, Halaven und Abraxane). Auch der MDK gebe unter Hinweis auf die einschlÃ¤gige S3-Leitlinie weitere konkrete Alternativtherapien an (Anti-HER2-Therapie; Erstlinientherapie: duale Blockade mit Trastuzumab/Pertuzumab und Taxan; Zweitlinientherapie: T-DM-1 Trastuzumab-Emtansin). Etwas anderes ergebe sich auch nicht daraus, dass der Beschluss der Tumorkonferenz vom 27.09.2018 eine erneute Vorstellung in F. und ggf eine erneute Embolisation empfehle, denn dieser Beschluss sei erst nach der DurchfÃ¼hrung der streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungen ergangen. Auf die Frage, ob hinsichtlich der streitigen Behandlungsmethode eine auf Indizien gestÃ¼tzte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliege, komme es daher nicht mehr an. Der MDK weise diesbezÃ¼glich daraufhin, dass die Chemoembolisation in der wissenschaftlichen Medizin einen Stellenwert in der Therapie des hepatozellulÃ¤ren Karzinoms habe. Zudem sei Prof. Dr. V. bei einem GroÃŸteil der Publikationen Ã¼ber die Behandlung von Lungenmetastasen mit Chemoembolisation als Autor beteiligt, so dass sich daraus schlieÃŸen lasse, dass die streitige Behandlungsmethode bisher keine Verbreitung gefunden habe. Zudem sei nicht ersichtlich, dass trotz der Verkleinerung der Metastasen die fÃ¼r die Patienten relevanten Faktoren, wie eine VerlÃ¤ngerung der Lebenszeit, durch die Behandlung positiv beeinflusst worden seien. Dies sei jedoch bei der Behandlung einer Tumorerkrankung der wesentliche Faktor und auch in relevanten Studien der wichtigste primÃ¤re Endpunkt.

Gegen den dem BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin am 03.12.2019 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 02.01.2020 beim SG eingelegte Berufung. Das SG habe den unterlassenen Hinweis der Beklagten, dass eine stationÃ¤re Behandlung erstattungsfÃ¤hig sei, zu Unrecht nicht als Systemversagen gewertet. Die KlÃ¤gerin habe bei Antragstellung bereits seit Jahren an einer regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufenden Erkrankung gelitten. Ihr primÃ¤res Ziel sei gewesen, die Kosten fÃ¼r die streitige Behandlungsmethode erstattet zu bekommen. Ob die Behandlung ambulant oder stationÃ¤r erfolgen wÃ¼rde, sei fÃ¼r sie nicht von Belang gewesen. Die Beklagte hÃ¤tte hierauf hinweisen mÃ¼ssen. Die KlÃ¤gerin habe erst im MDK-Gutachten vom 05.04.2018 einen Hinweis auf die MÃ¶glichkeit einer stationÃ¤ren Behandlung erhalten. Es gehÃ¶re nicht nur zur Pflicht der Beklagten, sich starr auf die Bescheidung eines Antrags zu fokussieren, sondern ihre Versicherten umfassend zu beraten, zumal bei einer so schwerwiegenden Erkrankung. Die Beklagte habe versagt. Das System habe versagt.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 29.11.2019 und den Bescheid der Beklagten vom 02.02.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.08.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten fÃ¼r die Ã¤rztliche Behandlung durch Prof. Dr. med. T â¦ V. zu Ã¼bernehmen bzw zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt den angefochtenen Gerichtsbescheid fÃ¼r zutreffend. Eine Beratungspflicht der Beklagten dahingehend, dass die fragliche OP auch in Unikliniken und anderen zugelassenen KrankenhÃ¤usern stationÃ¤r und insoweit fÃ¼r die KlÃ¤gerin kostenfrei durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne, habe nicht bestanden. Die KlÃ¤gerin habe sich unter Vorlage des privaten Kostenvoranschlages des Prof. Dr. V. an die Berufungsbeklagte gewandt und die KostenÃ¼bernahme der dort konkret benannten zwei ambulanten Behandlungen beantragt. Hierauf sei sie bereits festgelegt gewesen. FÃ¼r die Beklagte habe daher keine Beratungspflicht Ã¼ber evtl stationÃ¤re BehandlungsmÃ¶glichkeiten bestanden. Hinzu komme, dass ambulante und stationÃ¤re BehandlungsmÃ¶glichkeiten nicht beliebig austauschbar seien. Eine stationÃ¤re Behandlung kÃ¶nne nur beansprucht werden, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- oder nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung erreicht werden kÃ¶nne. Vorliegend habe Prof. Dr. V. in dem zur Antragstellung vorgelegten Ã¤rztlichen Attest vom 23.01.2018 jedoch ausdrÃ¼cklich eine ambulante Behandlung geplant und attestiert. Wie die dann konkret durchgefÃ¼hrte ambulante Behandlung zeige, habe es einer stationÃ¤ren Aufnahme der KlÃ¤gerin tatsÃ¤chlich auch nicht bedurft. Insoweit hÃ¤tte sich das Krankenhaus einem RÃ¼ckforderungsanspruch der Beklagten ausgesetzt sehen mÃ¼ssen, wenn die KlÃ¤gerin gleichwohl stationÃ¤r aufgenommen worden wÃ¤re. Die AufklÃ¤rungspflicht einer Krankenkasse gehe aber nicht so weit, den

Versicherten auch Ã¼ber UmgehungsmÃ¶glichkeiten des gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsweges aufzuklÃ¤ren.

Die Beteiligten habe sich mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Berufung der KlÃ¤gerin, Ã¼ber die der Senat mit dem EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten gemÃ¤Ã Â§Â§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheidet, hat keinen Erfolg.

Die nach den Â§Â§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte sowie statthafte Berufung der KlÃ¤gerin ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 02.02.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.08.2018 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten.

Streitgegenstand ist allein die Kostenerstattung fÃ¼r die am 08.02. und 08.03.2018 durchgefÃ¼hrten Behandlungen der Chemoembolisation durch Prof. Dr. V â¦ FÃ¼r die ZulÃ¤ssigkeit der Klage ist bei ErstattungsansprÃ¼chen stets die konkrete Bezifferung des geltend gemachten Betrags erforderlich (st Rspr vgl Bundessozialgericht (BSG) 28.01.1999, B 3 KR 4/98 R, SozR 3-2500 Â§ 37 Nr 1). Dies lÃ¤sst sich hier hinreichend deutlich aus dem Sachvortrag und den vorgelegten Rechnungen Ã¼ber jeweils 3.900 EUR entnehmen, so dass dem Berufungsantrag im Wege der Auslegung zu entnehmen ist, dass die KlÃ¤gerin die Erstattung von insgesamt 7.800 EUR begehrt. SpÃ¤tere Behandlungen bei Dr. V. sind von dem hier streitigen Antrag mit Schreiben vom 23.01.2018 nicht umfasst. Das SG hat bereits zutreffend darauf hingewiesen, dass dieser Antrag ausdrÃ¼cklich auf zwei ambulante Behandlungen beschrÃ¤nkt war unter Hinweis darauf, dass im Falle der weiteren Behandlungsnotwendigkeit ein weiterer Antrag gestellt werde. Soweit der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 25.10.2018 an die Beklagte einen Antrag auf Ãbernahme der stationÃ¤ren Behandlung fÃ¼r TCPE und TACP beantragt hat, ist auch dies nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs 2 SGB V kommt vorliegend schon von vornherein nicht in Betracht, da die KlÃ¤gerin nicht das Kostenerstattungsverfahren gewÃ¤hlt hatte.

Auch die Voraussetzungen fÃ¼r einen Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V sind nicht erfÃ¼llt. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf Erstattung von Kosten fÃ¼r eine notwendige, selbstbeschaffte Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte

(Fall 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind (Fall 2). Ein Anspruch nach Â§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V setzt in beiden Regelungsalternativen einen entsprechenden PrimÃ¤rleistungsanspruch voraus, also einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse, und geht in der Sache nicht weiter als ein solcher Anspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehÃ¶rt, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl BSG 24.09.1996, 1 RK 33/95, BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 11; BSG 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 12; BSG 14.12.2006, B 1 KR 8/06 R, BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 12). Die Regelung des Â§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V will Versicherten einerseits die MÃ¶glichkeit erÃ¶ffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Naturalleistung nicht erhÃ¤ltliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Naturalleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsÃ¤chlich eine VersorgungslÃ¼cke besteht. Eine VersorgungslÃ¼cke besteht nicht, wenn der Versicherte eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann, aber nicht will.

Ein Fall der Unaufschiebbarkeit lag nicht vor. Die geplante Behandlung fand erst nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten statt, so dass Â§ 13 Abs 3 Satz 1 Variante 2 SGB V einschlÃ¤gig ist. Nach dieser Vorschrift gilt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind "dadurch" Versicherten fÃ¼r die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch setzt demgemÃ¤Ã voraus, dass zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung ein Ursachenzusammenhang besteht (BSG 17.12.2009, B 3 KR 20/08 R, BSGE 105, 170 SozR 4-2500 Â§ 36 Nr 2 mwN). Der Versicherte darf sich insbesondere nicht â unabhÃ¤ngig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfÃ¤llt â von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer festgelegt haben (BSG 16.12.2008, B 1 KR 2/08 R SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 20). Die Beklagte macht zwar geltend, dass die KlÃ¤gerin schon von vornherein auf die ambulante Behandlung bei Prof. Dr. V. festgelegt gewesen sei, der zudem keine ErmÃ¤chtigung zur ambulanten vertragsÃ¤rztlichen Versorgung hat. Dies ist jedoch im Hinblick auf den plausiblen Vortrag der KlÃ¤gerin, ihr sei es um die Behandlung an sich und nicht um eine bestimmte Form der Erbringung gegangen, nicht nachgewiesen. Der Beschaffungsweg ist damit eingehalten.

Allerdings ist schon zweifelhaft, ob die KlÃ¤gerin Ã¼berhaupt einer wirksamen VergÃ¼tungsforderung ausgesetzt war, was Voraussetzung fÃ¼r einen Kostenerstattungsanspruch ist (st Rspr, vgl BSG 15.03.2018, B 3 KR 41/17 B). Rechtsgrundlos geleistete Zahlungen lÃ¶sen keinen Kostenerstattungsanspruch aus (BSG 23.07.1998, B 1 KR 3/97 R, SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 17). Bei Vereinbarung einer privatÃ¤rztlichen Behandlung â wie hier â muss auch die Abrechnung den weitgehend zwingenden Vorschriften der GebÃ¼hrenordnung fÃ¼r Ãrzte (GOÃ) entsprechen. Es handelt sich um ein fÃ¼r alle Ãrzte geltendes zwingendes Preisrecht. Sind die Vorgaben dieser Rechtsverordnung nicht erfÃ¼llt, besteht kein

Ã¤rztlicher VergÃ¼tungsanspruch und kann Kostenerstattung nicht verlangt werden (st Rspr seit BSG 15.04.1997, 1 RK 4/96, SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 14; BSG 27.03.2007, B 1 KR 25/06 R, SozR 4-2500 Â§ 116b Nr. 1). Die hier vorliegenden formularmÃ¤Ãigen Rechnungen ("Invoice") vom 08.02. und 08.03.2018 (Bl 185, 186 SG-Akte), jeweils bezahlt am gleichen Tag, enthalten lediglich einen Pauschalbetrag ("For the following radiological service at our institute â Chemoembolisation â For Mr./Mrs. Date We charge EUR 3.900,-"). Die Rechnungen nennen schon keine im GebÃ¼hrenverzeichnis aufgefÃ¼hrte Leistung und enthalten weder eine Bewertung nach Â§ 5 GOÃ noch eine Analogbewertung nach Â§ 6 Abs 2 GOÃ. Sie enthalten auch keine Position zum Ersatz von Auslagen, sondern benennen lediglich einen umfassenden Pauschalpreis. Es ist aber gerade unzulÃ¤ssig, anstelle der VergÃ¼tung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÃ in Rechnung zu stellen und den Auslagenersatz zu pauschalieren (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 17 S 79 mwN; Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 19.04.1991, 1 BvR 1301/89, NJW 1992, 737). Trotzdem â ohne positive Kenntnis dieser Rechtslage â geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt selbst dann zurÃ¼ckfordern, wenn er sich mit dem Operationsergebnis zufrieden gezeigt hat (vgl Bundesgerichtshof (BGH) 23.03.2006, III ZR 223/05, NJW 2006, 1879). Lediglich dann, wenn Leistungserbringer nicht Prof. Dr. V., sondern das Institut fÃ¼r diagnostische und interventionelle Radiologie als TrÃ¤ger war, erfordert die Rechnung keine GOÃ-KonformitÃ¤t (vgl BSG 11.09.2012, B 1 KR 3/12 R, SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 23; BSG 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R). Der von der KlÃ¤gerin geschlossene, zugrundeliegende Behandlungsvertrag liegt dem Senat nicht vor. Diese Frage kann jedoch letztlich offenbleiben, denn die hier durchgefÃ¼hrte ambulante Chemoembolisation bei Lungenmetastasen gehÃ¶rt nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und kann daher auch nicht im Wege der Kostenerstattung begehrt werden.

Nach Â§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Behandlungsanspruch eines Versicherten bei Vorliegen einer Krankheit unterliegt den sich aus Â§ 2 Abs 1 und Â§ 12 Abs 1 SGB V ergebenden BeschrÃ¤nkungen. Nach diesen Vorschriften mÃ¼ssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmÃ¤Ãig und wirtschaftlich sein und sie dÃ¼rfen das MaÃ des Notwendigen nicht Ã¼berschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kÃ¶nnen Versicherte nicht beanspruchen, dÃ¼rfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (Â§ 12 Abs 1 SGB V). AuÃerdem mÃ¼ssen QualitÃ¤t und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (Â§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V). Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener EinschÃ¤tzung der Versicherten oder des behandelnden Arztes positiv verlaufen ist oder einzelne Ãrzte die Therapie befÃ¼rwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Therapie rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein (vgl BSG 16.12.2008, B 1 KR 11/08 R; 07.05.2013, B 1 KR 44/12 R). Zu beachten sind schlieÃlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des

SGB V, Â§Â§ 69 bis 140h SGB V), insbesondere auch die Regelungen Ã¼ber die QualitÃ¤tssicherung.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung sind nach Â§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V (ambulante Versorgung) nur von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn der GBA in Richtlinien nach Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V eine positive Empfehlung Ã¼ber den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 iVm Â§ 135 Abs 1 SGB V wird nÃ¤mlich nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dÃ¼rfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistung verbindlich festgelegt (BSG 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, BSGE 97, 190, SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 12). Die hier durchgefÃ¼hrte Chemoembolisation mit TPCE und TACP ist eine neue Behandlungsmethode, weil sie nicht als abrechenbare Leistung im EBM enthalten ist. Der GBA hat fÃ¼r diese Behandlungsmethode auch keine positive Bewertung abgegeben. Damit steht fest, dass die Leistung in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht erbracht werden darf und die Krankenkassen Kosten dafÃ¼r nicht erstatten dÃ¼rfen.

Es besteht auch keine Leistungspflicht der Krankenkasse wegen Systemversagens. Dies kommt nur dann in Betracht, wenn das Verfahren vor dem GBA trotz ErfÃ¼llung der fÃ¼r eine Ãberprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃ¼hrt wurde (vgl BSG Urteil vom 18.12.2018, B 1 KR 34/17 R, SozR 4-2500 Â§ 28 Nr 9). DafÃ¼r, dass diese Voraussetzungen erfÃ¼llt waren, ist nichts ersichtlich. Hier sind schon die notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen fÃ¼r eine Ãberprüfung nicht erfÃ¼llt. Weder wurde ein Antrag auf DurchfÃ¼hrung eines Bewertungsverfahrens nach Â§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V gestellt, noch hÃ¤tte ein solcher gestellt werden mÃ¼ssen im Hinblick auf einen bereits vorhandenen Beleg durch einwandfreie Studien zur sicheren Beurteilung der Behandlungsmethode (vgl BSG 12.08.2009, B 3 KR 10/07 R, SozR 4-2500 Â§ 139 Nr 4). Denn bislang gibt es keine entsprechende Studienlage, die eine positive AbschÃ¤tzung des therapeutischen Nutzens der Chemoembolisation pulmonaler Metastasen bei Mammakarzinom durch den GBA wahrscheinlich erscheinen lÃ¤sst. Insoweit stÃ¼tzt sich der Senat auf die AusfÃ¼hrungen in den MDK-Gutachten vom 05.04.2018 und 17.05.2018.

Ein Systemversagen folgt entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin auch nicht aus einem Beratungsfehler der Beklagten. Angesichts des eindeutig auf ambulante Behandlung gerichteten Antrags mit Schreiben vom 23.01.2018 musste die Beklagte nicht anregen, sich die Leistung stationÃ¤r zu verschaffen, zumal schon nach Auffassung des behandelnden Arztes Prof. Dr. V. keine stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bestand.

Die KlÃ¤gerin kann ihren Anspruch auch nicht auf die Verfassung unmittelbar oder

den in Umsetzung der Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fÃ¼r neue Behandlungsmethoden in FÃ¤llen einer lebensbedrohlichen oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlichen Erkrankung (BVerfG 06.12.2005, 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 5; BSG 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, SozR 4-2500 Â§ 25 Nr 12) eingefÃ¼hrten Â§ 2 Abs 1a SGB V stÃ¼tzen. Der Gesetzgeber hat den vom BVerfG formulierten Anforderungen an eine grundrechtsorientierte Auslegung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf neue Behandlungsmethoden im Fall einer lebensbedrohlichen oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlichen oder zumindest wertungsmÃ¤Ãig vergleichbaren Erkrankung, fÃ¼r die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur VerfÃ¼gung steht, mit dem am 01.01.2012 in Kraft getretenen Â§ 2 Abs 1a SGB V (Gesetz vom 22.12.2011, BGBl I 2983) Rechnung getragen. Eine Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine neue Ã¤rztliche Behandlungsmethode sei ausgeschlossen, weil der GBA diese nicht anerkannt habe, verstÃ¶Ãt dann gegen das Grundgesetz bzw Â§ 2 Abs 1a SGB V, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfÃ¼llt sind: Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufende oder zumindest wertungsmÃ¤Ãig vergleichbare Erkrankung vor (1.); bezÃ¼glich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur VerfÃ¼gung (2.) und bezÃ¼glich der beim Versicherten Ã¤rztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine "auf Indizien gestÃ¼tzte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (3.).

FÃ¼r den Senat steht fest, dass die KlÃ¤gerin an einer lebensbedrohlichen Erkrankung (metastasiertes Mammakarzinom) erkrankt ist. Dies ergibt sich aus sÃ¤mtlichen vorliegenden Ã¤rztlichen Unterlagen und den Gutachten des MDK vom 05.04.2018 und 17.05.2018. Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, darf nicht losgelÃ¶st davon betrachtet werden, was die dem anerkannten medizinischen 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 vom 26.02.2013, 1 BvR 2045/12, juris).

Allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen stehen nicht zur VerfÃ¼gung, wenn solche, bezogen auf das jeweilige konkrete Behandlungsziel iSv 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; relevant fÃ¼r die Beurteilung ist der Zeitpunkt

der Behandlung (Noftz in: Hauck/Noftz, SGB V, 7/18, Â§ 2 SGB V, Rn 76f mwN).

Im Januar 2018 bestand eine palliative Situation. Dies ergibt sich aus den Berichten der Tumorkonferenz des interdisziplinÃ¤ren Brustzentrums S., in denen durchgehend und zwar bereits mit dem Bericht vom 09.02.2017 bei pulmonalem Progress von einer palliativen Situation ausgegangen wird. Entsprechend bestÃ¤tigt auch der MDK in den Gutachten vom 05.04.2018 und 17.05.2018 eine palliative Situation. Auch die Behandlung durch Prof. Dr. V. verfolgte mit dem Ziel der Behandlung der Lungenmetastasen im Sinne eines Downsizing der Herde und Deaktivierung einen palliativen und keinen kurativen Ansatz. Hier standen jedoch leitliniengerechte Standardtherapien zur VerfÃ¼gung. Auf die AusfÃ¼hrungen der Tumorkonferenz des Brustzentrums S. vom 18.01.2018 wird Bezug genommen. Auch die geltende S3-Leitlinie "FrÃ¼herkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms" (AMWF-Registernummer 032-045OL, Stand November 2017, gÃ¼ltig bis 30.11.2022) enthÃ¤lt weitere Empfehlungen. Hierauf hat der MDK im Gutachten vom 05.04.2018 nachvollziehbar hingewiesen.

Nach alledem standen der Versicherten Anfang 2018 umfassende, allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende MÃ¶glichkeiten der ambulanten und stationÃ¤ren palliativen Behandlung zur VerfÃ¼gung. Diese waren nicht ausgeschÃ¶pft. Damit sind die Voraussetzungen des Â§ 2 Abs 1a SGB V bereits wegen einer mÃ¶glichen Standardtherapie nicht erfÃ¼llt. Ob sich fÃ¼r spÃ¤tere ZeitrÃ¤ume eine andere Beurteilung dadurch ergibt, dass die Tumorkonferenz im Bericht vom 27.09.2018 die Vorstellung in F. zur Chemoembolisation nunmehr empfohlen hat, bedarf fÃ¼r die hier streitigen Behandlungen im Februar und MÃ¤rz 2018 keiner Entscheidung.

Angesichts der vorhandenen Standardtherapien kommt es nicht mehr darauf an, ob belastbare Indizien fÃ¼r eine spÃ¼rbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf fÃ¼r die hier streitige Behandlungsmethode vorliegen. Eine rein experimentelle Behandlungsmethode, die nicht durch hinreichende Indizien gestÃ¼tzt ist, reicht insoweit nicht aus (BVerfG 26.02.2013- 1 BvR 2045/12, NZW 2013, 500). Ebenso kann die Erfolgsaussicht der Behandlungsmethode keinesfalls auf das Erfahrungswissen eines einzelnen Arztes gestÃ¼tzt werden, zumal wenn kaum ein anderer Arzt die Methode bei pulmonalen Metastasen anwendet.

Die KlÃ¤gerin kann sich auch nicht auf die Genehmigungsfiktion des Â§ 13 Abs 3a SGB V berufen. Nach Â§ 13 Abs 3a Satz 1 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. HÃ¤lt die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme fÃ¼r erforderlich, hat sie diese unverzÃ¼glich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierÃ¼ber zu unterrichten. Nach Â§ 13 Abs 3a Satz 5 SGB V hat die Krankenkasse, sofern sie Fristen nach Satz 1 nicht einhalten kann, dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der GrÃ¼nde rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. 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).

Die Beklagte hat die Frist von drei Wochen eingehalten, denn sie hat den am 26.01.2018 eingegangenen Antrag bereits mit Bescheid vom 02.02.2018 abgelehnt.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Nr 1 und 2 SGG).

Erstellt am: 25.11.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024