
S 29 KR 668/10

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 29 KR 668/10
Datum	15.11.2011

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 23/12
Datum	27.03.2014

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 15.11.2011 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger verfolgt als Rechtsnachfolger einen Anspruch auf Erstattung der Kosten einer Elektrotiefenhyperthermiebehandlung (ETH).

Bei der 1953 geborenen Ehefrau des Klägers (Versicherte) wurden ausweislich des Entlassungsberichts des N-Hospitals F vom 05.08.2009 im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 23.07.2009 bis 04.08.2009 eine Pleurakarzinose bei V.a. ein peripheres bronchiales Adenokarzinom sowie mehrere Knochenmetastasen festgestellt, deren Ursprung im Bereich der Lunge vermutet wurde. Es erfolgten eine Brustkorbspiegelung (Thorakoskopie) mit Probenentnahmen und eine Talkumpleurodese (Verklebung von Rippen- und Lungenfell mit Talkum). Die Versicherte wurde mit der Empfehlung einer "palliativen Radio- und Chemotherapie" entlassen. Ab dem 10.08.2009 wurde bei dem behandelnden Internisten Dr. M ambulant eine von diesem später so bezeichnete "primär palliativ intendierte" Chemoimmuntherapie mit den Substanzen Carboplatin, Paclitaxel und

Bevacizumab durchgeführt. Ergänzend erhielt die Versicherte eine knochenstabilisierende Therapie mit Bisphosphonaten und eine lokale ETH. Für letzteres hatte die Versicherte ein Aufklärungsschreiben des Herrn Dr. M unterzeichnet, wonach es sich bei der ETH um eine individuelle Gesundheitsleistung (IGel) handele, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen würden.

Mit Schreiben vom 14.09.2009 beantragte der Kläger für die Versicherte bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für die Durchführung einer locoregionalen ETH. Die Erkrankung der Versicherten sei mit schulmedizinischen Mitteln nicht mehr heilbar, eine höhere Überlebenszeit sei nachweisbar möglich, wenn zusätzlich zur Standardtherapie eine Hyperthermiebehandlung durchgeführt werde. Die Verpflichtung zur Kostenübernahme folge aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#) (so genannte "Nikolausentscheidung")). Beigefügt war u.a. ein Kostenübernahmeantrag des Herrn Dr. M. Darin wurde ausgeführt, dass wegen des fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung zusätzlich eine lokale ETH der Pleura durchgeführt werden solle; die verabreichte Chemotherapie erfahre durch die Hyperthermie eine Wirkungsverstärkung am Tumor. In einem Befundbericht vom 30.09.2009 teilte Herr Dr. M der Beklagten mit, dass alle vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden durchgeführt worden seien und der Einsatz der geplanten ETH eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung bzw. auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspreche. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, dessen Dr. M1 unter dem 16.10.2009 zu dem Ergebnis gelangte, dass bei der Versicherten keine notstandsähnliche Situation aufgrund des Krankheitsbildes vorliege. Außervertragliche Behandlungsoptionen seien nicht erforderlich. Möglich seien schulmedizinische Methoden in Form der Chemotherapie und ggf. auch eine entsprechende Bestrahlungstherapie. Es bestehe durch die beantragte Hyperthermiebehandlung keine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Die Hyperthermie sei bereits vor Jahren umfangreich wissenschaftlich geprüft worden. Es handele sich um ein Verfahren, das nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingesetzt werden könne, da die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen worden seien. Mit Bescheid vom 30.10.2009 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag der Versicherten ab.

Diese legte Widerspruch ein und wies darauf hin, dass nicht lokalisiert werden könne, wo sich der Primärtumor befinde. Deshalb laute die Diagnose CUP-Syndrom mit Lungenmetastasen, Pleurakarzinom, Pleurakarzinose und Knochenmetastasen. Hieraus resultierten erhebliche Schwierigkeiten in der chemotherapeutischen Behandlung. Es gebe beim CUP-Syndrom keine etablierten Chemotherapieverfahren. Die Chemotherapie richte sich in erster Linie gegen den Primärtumor. Eine Strahlentherapie sei kontraindiziert. Bei diesem Zustand dürften alternative Therapien nicht ausgeschlossen werden. Allein die bei ihr bestehende Diagnose mache neben den schulmedizinischen Therapien zwingend auch eine alternative Therapieunterstützung erforderlich. Die Anwendung der ETH habe bei ihr

zu einer spürbaren Besserung geführt. Die im Verlaufsprotokoll zu beobachtende gute Verträglichkeit der chemotherapeutischen Behandlung in Verbindung mit der locoregionalen Tiefenhyperthermie bestätige diese Aussagen. Ergänzend legte die Versicherte Berichte der behandelnden Ärzte vor. Dr. M bestätigte unter dem 16.11.2009, das von einem primären Bronchialkarzinom auszugehen sei, formal handele es sich um ein ACUP. Der Internist G bezog in seinem Bericht vom 19.11.2009 zu dem MDK-Gutachten dahin Stellung, dass er nicht in Zweifel stelle, dass "schulmedizinische" Therapien Chemotherapie und regionale Bestrahlung zur Verfügung stünden, er empfehle aber zur weitergehenden Diagnostik PET-CT oder ein Ganzkörper-MRT.

Für den MDK nahm unter dem 27.01.2010 Dr. T ergänzend Stellung: Es stünden adäquate vertragsärztliche Behandlungsoptionen wie die bereits durchgeführte und laufende Polychemotherapie weiterhin zur Verfügung, um die im vertragsärztlichen Behandlungsrahmen in der Fachwelt konsentierten und etablierten Therapiemöglichkeiten zu gewährleisten. Die Tatsache des subjektiven Wohlempfindens unter laufender Therapie sei sehr erfreulich und u.a. dem eingesetzten vertragsärztlichen Behandlungsinstrumentarium zu verdanken; andererseits allerdings kein relevantes Kriterium zur Begründung einer Fortführung der Hyperthermie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versicherte habe auch nicht dazu Stellung bezogen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Behandlungsmethode bereits ausgeschlossen habe. Durch Bescheid vom 16.06.2010 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück.

Der Kläger hat am 05.07.2010 als Rechtsnachfolger der am 25.06.2010 verstorbenen Versicherten Klage zum Sozialgericht Köln (SG) erhoben. Er hat zur Ergänzung des bisherigen Vorbringens ausgeführt: Die Kosten der durchgeführten ETH seien unter Zugrundelegung der Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#)) erstattungsfähig, weil eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität der Versicherten mit dieser Behandlung erzielt worden sei. Er hat nochmals die Gründe vorgetragen, die ihn und die Versicherte dazu veranlasst hätten, der Empfehlung von Dr. M zu folgen. Er hat i.Ü. in Frage gezogen, weshalb Dr. M die Behandlung mit Avastin fortgesetzt habe, anstatt das neue und zugelassene Medikament Tarceva einzusetzen, bei dem die ETH allerdings nicht von Nutzen hätte sein können.

Das SG hat zur weiteren Sachaufklärung zunächst einen Befund- und Behandlungsbericht des Herrn Dr. M vom 21.01.2011 eingeholt, in welchem u.a. ausgeführt worden ist, bereits zum Zeitpunkt der Diagnosesicherung im Juli 2009 hätten ein symptomatischer Pleuraerguss links sowie multiple ossäre Metastasen vorgelegen (Tumorstadium IV nach UICC); primär metastasierte pulmonale Karzinome seien nicht kurativ angebar.

Sodann hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines ärztlichen Sachverständigengutachtens des Facharztes für Innere Medizin, Hämatologie, Internistische Onkologie und Palliativmedizin Prof. Dr. T1, E. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 07.08.2011 bei der Versicherten ein pleural und ossär metastasierendes Adenokarzinom, dessen Ursprung am ehesten im Bereich der

Lunge zu vermuten gewesen sei, diagnostiziert. Die bei der Versicherten durchgeführte Chemotherapie habe eine in Studien nachgewiesene positive prognostische Relevanz. Initial sei auch eine Talkumpleurodese links erfolgt. Da parallel zur Hyperthermie eine effiziente Chemotherapie initiiert worden sei und kurz vorab eine Talkumpleurodese linksseitig erfolgt sei, sei offen, ob zur Behandlung der Erkrankung noch schulmedizinische Therapiemethoden verfügbar gewesen seien (zu Frage 3 der Beweisanordnung des SG). Wissenschaftlich fundierte, klinische Daten, die einen positiven Effekt des streitgegenständlichen Hyperthermieverfahrens bei der vorliegenden Erkrankungssituation nahe legen, seien nicht gegeben. Der Nutzen einer zusätzlichen Hyperthermie bei der Versicherten sei ungeklärt. Es gebe bislang keine Daten, die für die bei der Versicherten vorliegende Situation eine Besserung eines klinisch relevanten Behandlungsendpunkts durch die ergänzende Tiefenhyperthermie dokumentiert habe. In einer Übersichtspublikation von 2008 (J. van der Zee et al., 2008) werde eine 44 Patienten umfassende Untersuchung aufgeführt, die 1989 in Kurzform publiziert worden sei und in der eine Verbesserung der Ansprechrate durch Hyperthermie berichtet worden sei (Engelhardt R et al., 1989). Allein aufgrund der sehr kleinen Fallzahl mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Selektions-"Bias", der Tatsache, dass die heute üblichen Zytostatika damals noch nicht verfügbar gewesen seien bzw. routinemäßig verwendet worden seien und der offenen Fragen zur Methodik sei diese Untersuchung nach geltenden klinisch-wissenschaftlichen Bewertungsmaßstäben an die Validität klinischer Studien nicht aussagekräftig. Weitere Studienergebnisse, aus denen eine Verbesserung der klinisch relevanten Endpunkte von Patienten mit nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom durch eine zusätzliche Hyperthermie hervorgehen könnte, seien nicht gegeben. Außerhalb der Studien sei der Hyperthermie bei der Behandlung von Bronchialkarzinomen oder Pleurakarzinose/Pleuraergüssen, wie hier begleitend zu einer als potenziell wirksam anzusehenden Chemotherapie durchgeführt, bislang kein klinisch/praktisch relevanter Stellenwert zuzuordnen. Es bestehe keine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die ergänzend durchgeführte Hyperthermie. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten vom 07.08.2011 Bezug genommen.

Das SG hat die Klage schließlich mit Urteil vom 15.11.2011 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt:

Der Kläger habe keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von 3.483,36 EUR.

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 für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, seien diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war ([§13 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)). Diese Voraussetzungen seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt.

Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reiche nicht weiter

als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setze daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (Hinweis auf BSG, Urteil v. 04.04.2006 – [1 KR 12/05 R](#)).

Die durchgeführte Hyperthermiebehandlung zähle nicht zu den von einer gesetzlichen Krankenkasse geschuldeten Leistungen, weil diese Methode nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehöre und die für die Abrechnungsfähigkeit neuer Behandlungsmethoden nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) erforderliche Empfehlung des GBA in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) nicht vorliege.

Die Beklagte sei zwar nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) zur Gewährung ärztlicher Behandlung der bei ihr Versicherten verpflichtet gewesen. Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliege allerdings den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasse folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Hieran fehle es im Falle der Versicherten, denn Krankenkassen seien nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie im konkreten Fall nach Einschätzung des Versicherten oder seiner behandelnden Ärzte positiv verläuft bzw. wenn einzelne Ärzte die Therapie befürworten (Hinweis auf BSG, Urteil v. 04.04.2006 – [B 1 KR 12/05 R](#)). Die betreffende Therapie sei bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vielmehr nur dann von der Leistungspflicht der GKV umfasst, wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) bereits eine positive Empfehlung über den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben habe. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) werde nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr legten diese Richtlinien auch den Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich fest (Hinweis auf BSG, Urteil v. 04.04.2006 – [B 1 KR 12/05 R](#)). Hinsichtlich der kombinierten Hyperthermie-Behandlung sei das Verfahren vom GBA nach der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung Anlage II, Nr. 42 (Beschluss vom 14.05.2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 1, S. 5 in Kraft getreten am 15.05.2005) ausdrücklich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Die insoweit zur Anwendung gelangte Therapie zähle daher unstreitig nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (Hinweis auf Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss v. 16.11.2010 – [L 11 KR 1871/10](#)).

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedurfte, liege nicht vor. Anhaltspunkte für ein Systemversagen seien nicht gegeben. Ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt könne nach der Rechtsprechung des BSG eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder

Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde (sog. Systemversagen; Hinweis auf BSG, Urteil v. 04.04.2006 – [B 1 KR 12/05 R](#)). Ein Systemversagen sei vorliegend nicht ersichtlich. Zur Hyperthermie habe der GBA am 15.06.2005 einen Beschluss gefasst und diese Methode sämtlich den nicht anerkannten ambulanten Behandlungsmethoden zugewiesen.

Ein Anspruch auf Gewährung von Hyperthermiebehandlungen im Hinblick auf den Beschluss des BVerfG v. 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#)) habe nicht bestanden. Das BVerfG habe festgestellt, 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 sei, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard nicht entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, generell von der Gewährung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Nach dieser Rechtsprechung sei für das Vorliegen eines Leistungsanspruchs folgendes erforderlich: Es müsse eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliegen, für deren Behandlung eine allgemein anerkannte medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe; ferner müsse die (neue), nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf haben.

Diese Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt. Es sei nicht nachgewiesen, dass der streitgegenständlichen Hyperthermiebehandlung eine Aussicht auf Heilung oder wenigstens eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf der Versicherten zugekommen sei. Eine positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf sei zu bejahen, wenn zumindest das Fortschreiten der Krankheit aufgehalten oder Komplikationen verhindert werden. Fehlten theoretisch-wissenschaftliche Erklärungsmuster, könne im Einzelfall bei vertretbaren Risiken auch die bloße ärztliche Erfahrung für die Annahme eines Behandlungserfolgs entscheidend sein, wenn sich diese Erkenntnisse durch andere Ärzte in ähnlicher Weise wiederholen lassen (Hinweis auf BSG, Urteil v. 04.04.2006 – [B 1 KR 7/05 R](#)).

Das SG hat sich in dieser Frage auf das Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen gestützt, dessen Beurteilung es für überzeugend hält. Sie sei schlüssig und nachvollziehbar. Als Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie, Internistische Onkologie und Palliativmedizin sei der Sachverständige für die vorliegende Begutachtung besonders qualifiziert. Anhaltspunkte für eine unrichtige Befunderhebung oder -beurteilung fehlten. Hierzu stehe es nicht in Widerspruch, dass die Versicherte nach Mitteilung des Klägers und des behandelnden Arztes Dr. M in seinem Befundbericht vom 25.01.2011 im Verlauf der streitgegenständlichen Therapie über eine zunehmende Stabilisierung und Verbesserung der pulmonalen Beschwerdekongstellatation berichtet habe. Sie habe stabile Phasen mit guter bis sehr

guter Lebensqualität erlebt. Nach den überzeugenden Aussagen des Sachverständigen Prof. Dr. T1 sei es ungeklärt, ob dieser Krankheitsverlauf auf die zeitlich und parallel zur Chemotherapie und Talkumpleurodese durchgeführte Hyperthermiebehandlung zurückzuführen ist. Indizien für eine Wirkungsverstärkung der angewandten schultherapeutischen Methoden durch die Hyperthermiebehandlung seien nicht gegeben.

Gegen das am 16.12.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.01.2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt er i.W. aus: Das angefochtene Urteil werde nicht den Anforderungen aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip sowie aus [Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG](#) gerecht. Das SG habe sich einseitig die Meinung der Beklagten, des MDK und des Sachverständigen angeschlossen. Dabei sei es ihm hilfreich gewesen, dass der GBA die Hyperthermie ausdrücklich ausgeschlossen und bis heute nicht zugelassen habe. Dem Thema "CUP-Syndrom und Schulmedizin" habe sich das SG gar nicht erst gewidmet. Zu Unrecht habe das SG das Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen für überzeugend gehalten. Das "Gutachten T1" sei nichts wert. Der Sachverständige könne Frage 3 der Beweisanordnung des Sozialgerichts nicht beantworten, er habe dies vermutlich gar nicht tun wollen, da er sich mit dem Phänomen des CUP-Syndroms nicht richtig auseinandergesetzt habe. Da man beim CUP den ursprünglichen Tumor nicht kenne, könne auch keine entsprechende schulmedizinische Behandlungsmethode angebracht werden. Deshalb hätten schulmedizinische Behandlungsmethoden auch nicht zur Verfügung gestanden.

Die Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 sei hier einschlägig. Die Versicherte habe für das konkrete Behandlungsziel, die begrenzte Lebenszeit bei möglichst guter Lebensqualität zu verlängern (Hinweis auf BVerfG, Beschluss v. 26.02.2013 – [1 BvR 2045/12](#)), nicht nur auf die zur Linderung der Krankheitsbeschwerden zielende Standardtherapie verwiesen werden dürfen. In eine ähnliche Richtung gingen auch die Zivilrechtsprechung und die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung zur Beihilfe. So führe etwa der Bundesgerichtshof (BGH) in einer Entscheidung vom 30.10.2013 ([IV ZR 307/12](#)) aus: "Bietet die Schulmedizin nur noch palliative, d.h. auf eine Reduzierung der Krankheitsfolgen gerichtete, Therapien an, weil sie jede Möglichkeit kurativer Behandlung als aussichtslos erachtet, kommt die Notwendigkeit einer Alternativbehandlung dann in Betracht, wenn sie eine durch Indizien gestützte Aussicht auf einen über die bei der palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg bietet. Der an schweren lebensbedrohlichen oder lebenszerstörenden Krankheit leidende Versicherte könne nicht auf lediglich die Eindämmung oder Linderung von Krankheitsbeschwerden dienenden Standardtherapie verwiesen werden, wenn eine Alternativbehandlung die nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf weitergehende Heilung bietet". Auch nach der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung seien in bestimmten Ausnahmefällen aufgrund der Fürsorgepflicht des Dienstherrn Aufwendungen für eine bislang noch nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode als beihilfefähig anerkennen.

Gesetzliche Krankenkassen, MDK's, GBA und Pharmaindustrie hätten kein Interesse an der Zulassung der Hyperthermie. Entgegen der Ansicht des SG lägen Anhaltspunkte für ein Systemversagen sehr wohl vor. Das habe das SG nicht

erkennen können, weil es sich mit der Entwicklung und dem Stand der Hyperthermie überhaupt nicht habe auseinandersetzen wollen. Neue technische Methoden und umfassende experimentelle und klinische Prüfung hätten die Effizienz der Hyperthermie demonstriert und rechtfertigten deren Anwendung in der Krebstherapie zum Vorteil des Patienten. Deshalb handele sich um eine aufstrebende ergänzende Therapie in der Krebsbekämpfung, die trotz zahlreicher positiver Studien und umfassender Reviews immer noch nicht als Kombinationsmethode anerkannt sei. Selbst der eher zurückhaltende GBA habe die Erprobung der streitigen Methode befürwortet. Letztlich dürfe die GBA-Bewertung aus März 2005 aufgrund der zwischenzeitlich veränderten Datenlage zumindest in wesentlichen Teilen überholt sein. Seitdem sei eine Vielzahl von Arbeiten publiziert worden, die den therapeutischen Nutzen hyperthermischer Behandlungen belegten. Dazu weist der Kläger auf Studien zum Krebs der Bauchspeicheldrüse hin. Die Kombination der kapazitiven Hyperthermie mit ionisierender Strahlung oder Chemotherapie gelte wie bei der Ganzkörperhyperthermie und der Oberflächenhyperthermie als unabdingbar. Es gebe zur Zeit immer noch nicht ausreichende Studien, die den Wert der ETH mit ausreichender Evidenz nachweisen könnten, wenn man als ausreichend evidenzbasierte nur randomisierte Studien anerkenne. Zu dem Fehlen der zu der geringen Phase-III Studienlage sei jedoch auszuführen, dass die Studiengenehmigung und die Durchführung einer einfachen Phase-II-Studie für einzelne oder mehrere niedergelassene Ärzte nicht mehr finanzierbar sei. Pharma-Unternehmen würden Konkurrenzverfahren sowieso nicht finanziell unterstützen. Der GBA habe auch kein Interesse daran, die Hyperthermie zu fördern. Es handele sich um einen echten Systemfehler. Die mittelständischen Gerätehersteller hätten nicht die finanziellen Möglichkeiten zur Finanzierung von ETH-Studien. Die ETH habe sich gleichwohl mit mehr als 120.000 jährlichen Anwendungen allein in Deutschland und mehr als 1 Million Anwendungen weltweit durchgesetzt. Deshalb erscheine in Bezug auf ihre Effektivität die Annahme ihrer Wirkungslosigkeit kühner als die Annahme, dass sie tatsächlich tumorizid wirke. Jedenfalls bestünden hinreichende Indizien für ihre Wirksamkeit, wie sie das BVerfG angesprochen habe und der Gesetzgeber 2012 im SGB V festgeschrieben habe. Seines Erachtens könne und solle vom GBA ein Weg gefunden werden, die Kostenübernahme für die ETH zu ermöglichen.

Der Kläger legt ein an ihn gerichtetes Schreiben des Radiologen Dr. C aus I vom 16.11.2009 vor, in dem es u.a. heißt, Therapie- oder Behandlungsleitlinien gebe es für eine unsichere Diagnose natürlich in keiner Weise, sondern allenfalls gebräuchliche Chemotherapiemedikamente, die dann jedoch immer nur noch versuchsweise eingesetzt werden könnten. Ferner wird dort auf das Risiko von Nebenwirkungen und den hohen Anteil von Therapieversagern hingewiesen. Da das Risiko der Nebenwirkungen der Patient mit einer Unterschrift eigenverantwortlich zu übernehmen habe, müsse es möglich sein, sich in diesem Fall der alternativen Therapien zu bedienen, wenn deren Behandlungsmöglichkeiten solche Nebenwirkungen nicht mit sich bringen und bestens verträglich ohne Einschränkung der Lebensqualität sogar nur Indizien für eine Wirksamkeit bzw. eine spürbare Besserung aufweisen, wie dies bei der streitigen Methode (und der dendritischen Zelltherapie) der Fall sei. Ferner überreicht der Kläger einen kurzen Auszug aus einem nicht datierten Gutachten eines Prof. Dr. L zur Hyperthermie und zur

dendritischen Immuntherapie.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 15.11.2011 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 30.10.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.2010 zu verurteilen, an ihn 3483,36 EUR nebst 6 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 16.06.2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und ihre Bescheide für zutreffend. Der Sachverständige habe auch im Berufungsverfahren überzeugend ausgeführt, dass mit der eingesetzten Chemotherapie eine allgemein anerkannte, dem schulmedizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung gestanden habe. Außerdem habe er bestätigt, dass es für die Hyperthermie bislang keine verlässlichen Daten gebe, die einen Einsatz der Hyperthermie außerhalb klinischer Studien und zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigten. Die Voraussetzungen des BVerfG-Beschlusses vom 6.12.2005 seien kumulativ nicht erfüllt.

Der Senat hat zur weiteren Sachaufklärung zunächst einen ergänzenden Bericht des Herrn Dr. M vom 03.01.2013 eingeholt. Herr Dr. M hat insbesondere ausgeführt, dass die ETH im Falle der Versicherten bereits in der Primärtherapie eingesetzt worden sei. (Ergänzung zur Chemo-Immuntherapie). Die Chemotherapie bei einem Karzinom mit unklarem Primarius (CUP) orientiere sich am Verteilungsmuster der Tumormanifestation sowie an der lokalen Problematik sowie an der Histologie und Immunhistochemie. Insofern gebe es für diese in sich sehr heterogene Gruppe keine eigentliche "Standardtherapie", es werde vielmehr in Richtung des am wahrscheinlichsten zu unterstellenden Primariusortes therapiert (bei der Versicherten ein Adenokarzinom pulmonalen Ursprungs).

Sodann hat der Senat weiteren Beweis erhoben durch Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des Prof. Dr. T1. In seiner unter dem 25.10.2013 erstatteten Stellungnahme hat der Sachverständige ausgeführt, dass sich neue von seiner vorherigen gutachtlichen Stellungnahmen abweichende Aspekte oder Argumente nicht ergäben. Die bei der Versicherten eingesetzte Chemotherapie sei eine für pulmonale Adenokarzinome bzw. für (immunhistochemisch) TTF-1 positive Adenokarzinome (entsprechend höchstwahrscheinlichen Bronchialkarzinomen) mit pleuro-pulmonaler und ossärer Tumormanifestation ohne Hinweis auf einen extra pulmonalen Tumourursprung hinreichend durch klinisch-wissenschaftlich Evidenz etablierte und in Leitlinien dokumentierte Therapie.

Der Kläger hat dazu ausgeführt: Die Stellungnahme des Sachverständigen sei nicht anders erwartet worden. Der Sachverständige habe ein Interesse am Ausgang des Verfahrens. Es sei nicht seine Aufgabe, Ausführungen darüber zu machen, was der

GBA als Regelleistung auf die Zahlliste der Krankenkasse setze und was zulasten der Allgemeinheit erfolgen könne oder nicht. Der Sachverständige sei auch nicht auf der wissenschaftlichen Höhe der Kenntnis über die Hyperthermie bzw. der Kombination von Hyperthermie/Schulmedizin. Der Kläger erläutert dann (mit eigenen medizinischen Ausführungen) ausführlich die Begriffe Hyperthermie, Ganzkörperhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, lokale oder lokoregionale Tiefenhyperthermie und deren Unterformen und namentlich die ETH und die Marktlage für entsprechende Geräte. Einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) hat der Kläger nicht gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Streitakten und der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in Abwesenheit des nicht persönlich geladenen Klägers und seines Prozessbevollmächtigten verhandeln und entscheiden, weil mit der dem Prozessbevollmächtigten ordnungsgemäß zugestellten Terminsmitteilung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist und Anlass zur Vertagung nicht bestanden hat. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat zwar ca. 1 Stunde vor der Terminstunde telefonisch mitgeteilt, dass er nach einer Operation nicht zum Termin erscheinen könne, er hat aber erklärt, dass ohne ihn entschieden werden könne.

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht rechtswidrig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der von der Versicherten selbst beschafften Leistungen, weil die Versicherte gegen ihre Krankenkasse keinen Sachleistungsanspruch auf die ETH-Behandlungen hatte.

Wegen der näheren Begründung nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug auf die Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils, denen er sich nach eigener Prüfung anschließt. Das SG hat dort unter zutreffender Würdigung des erstinstanzlichen Beweisergebnisses mit ausführlicher und in allen Punkten zutreffender Begründung näher dargelegt, dass die bei der Versicherten von Dr. M zur Begleitung der Chemotherapie angewandte ETH-Behandlung keine vom GBA anerkannte -sondern sogar von diesem ausgeschlossene- Behandlungsmethode ist und dass die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung auch nicht ausnahmsweise unter dem Gesichtspunkt eines Systemversagens oder dem einer grundrechtsorientierten Auslegung erfüllt sind. Auch das zweitinstanzliche Vorbringen des Klägers und das Ergebnis der Ermittlungen des Senats rechtfertigen keine andere Entscheidung.

Das ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens, insbesondere dem Gutachten und der vom Senat eingeholten

ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. T1 vom 25.10.2013. Der Sachverständige Prof. Dr. T1, der im Zeitpunkt der Gutachtenerstellung Chefarzt einer Klinik für Onkologie/Hämatologie/Palliativmedizin gewesen ist und inzwischen eine Schwerpunktpraxis für Hämatologie, Onkologie und ambulante Tumortherapie betreibt, ist ein auf die Tumortherapie einschließlich der Palliativmedizin spezialisierter Arzt. Er verfügt also über die hier erforderliche Sachkunde und Erfahrung. Soweit die Klägerseite dem gerichtlichen Sachverständigen Sachkunde und Kenntnis des aktuellen Forschungsstandes absprechen möchten, geschieht dies in ersichtlich nicht um Sachlichkeit bemühter Weise und in offenkundiger Überschätzung der eigenen medizinischen Sachkunde, zumal der Kläger und sein anwaltlicher Prozessbevollmächtigter weder durch den Inhalt der Schriftsätze noch sonst zu erkennen geben haben, dass sie Ärzte und ggfs. sogar Onkologen sind. Zur Frage der Präsenz des aktuellen Forschungsstandes ist zudem darauf hinzuweisen, dass der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme u.a. Studien bzw. Therapie-Leitlinien zitiert, die aus der Zeit nach dem maßgeblichen Zeitpunkt der streitigen ETH-Behandlung stammen. Im Übrigen lassen die Ausführungen des Sachverständigen bei sachlicher Betrachtung dessen Fachkunde ohne weiteres deutlich werden. Der Senat hatte daher keine Bedenken, die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof Dr. T1, die zudem im Einklang mit den Gutachten des MDK stehen, zur wesentlichen medizinischen Grundlage seiner Entscheidung zu machen.

Für ein Systemversagen durch eine nicht rechtzeitige Anerkennung der ETH durch den GBA zum insoweit maßgeblichen Zeitpunkt der streitigen Behandlung der Versicherten fehlt nach wie vor jeder Anhalt. Der GBA hat vielmehr, wie schon Beklagte und SG ausgeführt haben, die Hyperthermie bereits geprüft, aber deren Empfehlung nicht aussprechen können. Dass in Studien die Wirksamkeit der Hyperthermie geprüft wird, wie der Kläger geltend macht, bestätigt nur, wie Prof. Dr. T1 in seiner ergänzenden Stellungnahme ausgeführt hat, dass noch Forschungsbedarf besteht, weil nach der bestehenden Studienlage der Wirksamkeitsnachweis (noch?) nicht erbracht ist. Nach eigenem Vortrag des Klägers liegen weiterhin keine ausreichenden (Phase-III) Studien vor, auch ist aus der vom Kläger vorgelegten -nicht anonymisierten- Anfrage des Sozialgerichts Lübeck an den GBA zu ersehen, dass bis November 2012 – offenbar mangels eines Antrags einer nach [§ 135 SGB V](#) antragsberechtigten Stelle – dort keine neue Beschlüsse zur Hyperthermie gefasst worden, worin allerdings noch kein Systemversagen erblickt werden kann. Weil die streitige Behandlung im Jahr 2009 aufgenommen worden ist, kommt es ohnehin auf die damalige Studien- und Empfehlungssituation an. Darin, dass der GBA andere Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis von Therapien oder Arzneimittel stellt, als es sich der Kläger für die Hyperthermie wünscht, liegt ebenfalls kein Systemversagen.

Zur Überzeugung des Senats steht nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens auch fest, dass eine Situation, wie sie von der in diesem Verfahren bereits mehrfach angesprochenen so genannten "Nikolaus-Entscheidung" des BVerfG vorausgesetzt wird, nicht vorgelegen hat. Zwar ist die Erkrankung der Versicherten ohne Zweifel lebensbedrohend gewesen, für die Therapie der Erkrankung der Versicherten hat jedoch ein etablierter Therapiestandard existiert und ist auch (neben der hier

streitigen ETH) zur Anwendung gekommen, ferner hat keine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die ergänzend durchgeführte Hyperthermie bestanden.

Wie das BSG etwa im Urteil vom 7.11.2006 (B 1 KR 24 / 06 R) ausführt, ist bei der Frage, ob Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, zunächst das konkrete Behandlungsziel der streitigen Methode im Sinne von [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) zu klären. Es muss festgestellt werden, ob es um die Heilung einer Krankheit, die Verhütung ihrer Verschlimmerung oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden geht, ob eine Behandlung kurative oder palliative Ziele verfolgt. Ausgehend hiervon ist die Wirksamkeit der Therapie zu ermitteln und das Vorhandensein alternativen Methoden gerade auf das mit ihr beabsichtigte Behandlungsziel abzufragen.

Bereits im Zeitpunkt der Diagnosesicherung haben, wie schon Herr Dr. M im Bericht vom vom 21.01.2011 mitgeteilt hat, ein symptomatischer Pleuraerguss links sowie multiple ossäre Metastasen bestanden, hat also ein Tumorstadium IV nach UICC vorgelegen, das nicht kurativ angehbar war. Das entspricht den früheren Angaben des Herrn Dr. M wie auch der Einschätzung der Ärzte des N-Hospitals, welche die Versicherte mit der Empfehlung einer "palliativen Radio- und Chemotherapie" in die ambulante Weiterbehandlung entlassen hatten. Auch Dr. C hatte i.Ü. in seinem Schreiben an den Kläger vom 06.11.2009 eine Heilung als ausgeschlossen bezeichnet. Für die regelmäßig tödliche Erkrankung der Versicherten kam auch die ETH mithin nicht als kurative, sondern lediglich noch als palliative Therapie in Betracht. Darin unterscheidet sich der hier zu beurteilende Sachverhalt i.Ü. maßgeblich von denen der vom Kläger angesprochenen Entscheidungen des BVerfG und des BGH.

Eine zugelassene Leistung ("primär" (Dr. M) palliative Therapie) stand hier mit der (neben der ETH) durchgeführten Chemotherapie zur Verfügung. Wie Prof. Dr. T1 in seiner ergänzenden Stellungnahme festgestellt hat, war diese gewählte Chemotherapie eine etablierte chemotherapeutische Behandlung bei Adeno-Bronchialkarzinom. Dass als Ausgangspunkt des Tumors die Lunge in Betracht gekommen sei, beruhe auf der immunhistochemischen Begutachtung des Pathologen sowie dem Metastasierungsmuster. Auch im Bericht des N-Hospitals F vom 5.8.2009 sei hiervon ausgegangen worden. Selbst bei einem Adeno-CUP mit Manifestation, wie sie bei der Versicherten vorgelegen hätten, sei die gewählte Kombination von Carboplatin und Paclitaxel die Therapie der ersten Wahl. Auch die behandelnden Onkologen seien von einem Bronchialkarzinom ausgegangen, für das sie in der Folge eine Therapie mit dem Medikament Erlotinib (Tarceva) initiiert hätten, das für die Zweit-/Dritt-Therapie bei Bronchialkarzinomen (und in Kombination mit Gemcitabin beim Pankreaskarzinom) zugelassen sein. Zusammenfassend sei deshalb festzuhalten, dass auf der Basis der Tumormanifestation, der Resultate des Pathologen sowie nach Einschätzung der behandelnden Ökologen am ehesten von einem Bronchialkarzinom ausgegangen worden sei. Die gewählte erste Therapie mit Carboplatin/Paclitaxel und Bevacizumab sowie die Zweitlinientherapie mit Erlotinib seien klassische Therapieregime bei Adeno-Bronchialkarzinomen und schlossen mit der

Erstlinientherapie mit Carbonplatin/Paclitaxel (+/- Bevacizumab) auch CUP mit entsprechenden Parametern ein. Da das chemotherapeutisch/medikamentöse Vorgehen auch bei CUP recht gut definiert sei und auch in Leitlinien vorgegeben werde, hätten "schulmedizinische" Behandlungsmethoden sehr wohl zur Verfügung gestanden. Die laienhafte Vermutung des Klägers, die Art des Tumors sei derart unklar und die Wahl der Therapie daher eher zufällig und/oder zu undefinierbar, dass "alternative Therapiemethoden" in jedem Fall - wie im vorliegenden - gerechtfertigt seien, hat sich unzweifelhaft als falsch herausgestellt. Wie Prof. Dr. T1 klargestellt hat, gibt es nämlich seit vielen Jahren etablierte, evidenzbasierte Therapieoption für Tumoren, bei deren Ursprung ggfs. Fragen offen bleiben. Ergänzend ist anzumerken, dass auch der Internist G in seinem vom Kläger vorgelegten Bericht vom 16.11.2009 ausdrücklich erklärt hatte, dass er nicht in Zweifel stelle, dass "schulmedizinische" Therapien zur Verfügung stünden.

Die durchgeführte Chemotherapie besitzt auch eine in Studien nachgewiesene positive prognostische Relevanz, wie schon im Gutachten vom 07.08.2011 festgestellt worden ist. Dem kann der Kläger auch nicht entgegenhalten, dass Nebenwirkungen bestünden und der Erfolg unsicher sei. Auch bei Tumoren, bei denen der Ursprung allein aufgrund klinischer/radiologischer Methoden zuzuordnen ist, beinhaltet, wie der gerichtliche Sachverständige betont, jede medikamentöse Therapie eine unterschiedlich hohe Wahrscheinlichkeit, unwirksam zu sein. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, schulmedizinische oder etablierte Therapieverfahren seien unwirksam und rechtfertigten den Einsatz unzureichend geprüfter/oder nicht als wirksam etablierter Therapieverfahren.

Da nach allem mit der etablierten Chemotherapie eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung für die Behandlung der Versicherten zur Verfügung gestanden hat, ist die vom BVerfG in der "Nikolaus-Entscheidung" beschriebene und inzwischen in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) aufgenommene Situation nicht gegeben gewesen, so dass ein Anspruch der Versicherten auf Durchführung der ETH-Behandlung gegenüber der Krankenkasse nicht bestanden hat und somit auch ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nicht besteht. Letztlich erweist sich damit als zutreffend, was die Versicherte vor der ETH-Behandlung gegenüber Dr. M schriftlich als ihr bekannt versichert hatte, nämlich dass die Krankenkasse die Kosten der gewünschten Therapie nicht übernimmt.

Im Übrigen würde es an der weiteren Voraussetzung für einen Anspruch auf Gewährung einer ETH-Behandlung bzw. auf eine entsprechende Kostenerstattung fehlen, weil nicht feststellbar wäre, dass eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die ergänzend durchgeführte Hyperthermie bestanden hat.

Die Erfolgsaussicht nach dem o.g. Maßstab der Nikolaus-Rechtsprechung kann zwar nicht schon allein deshalb verneint werden, weil bei der Hyperthermie nicht nur eine Anerkennung fehlt, sondern der GBA sogar schon die Hyperthermie geprüft, ihr aber die Anerkennung versagt hat (vgl. Knispel, SGB 2008,50; vgl. auch (dort angedeutet) BVerfG, Beschluss v. 29.11.2007 - [1 BvR 2496/07](#)). Denn Maßstab der "nicht entfernt liegenden Aussicht" muss ein anderer sein als der für die

(grundsätzliche) Anerkennung einer Behandlungsmethode durch den GBA Gebotene.

Der Sachverständige Prof. Dr. T1 hat aber in seinem Gutachten vom 07.08.2011 eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die ergänzend durchgeführte Hyperthermie ausdrücklich verneint. Das bestätigt die Auffassung des MDK. Medizinisch-wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen hat der Kläger dem nicht entgegen halten können; von seinem Recht nach [§ 109 SGG](#) ein Gutachten einholen zu lassen, hat er keinen Gebrauch gemacht. Durch das in einem kleinen Fragment übersandte, undatierte und seinen Zusammenhang nicht erkennen lassende Gutachten eines Prof. Dr. L, in dem als jüngste Studie i.Ü. eine solche aus dem Jahr 2004 (zum Mammakarzinom) erwähnt wird, sieht der Senat die Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen und des MDK ebenso wenig widerlegt an wie durch die umfangreichen eigenen "medizinischen" Erläuterungen der Klägerseite. Dass aus dem konkreten Verlauf der Erkrankung der Versicherten nach Aufnahme der ETH-Behandlung mit erträglichen bis sehr guten Phasen nicht schon auf die Wirksamkeit einer nicht isoliert, sondern neben der anerkannten Standard-Chemotherapie durchgeführten ETH gefolgert werden kann, sollte sich dem Kläger auch ohne tiefere medizinische Kenntnisse schon formal logisch erschließen. Der MDK hat dies i.Ü. bereits verdeutlicht und Prof. Dr. T1 hat außerdem Indizien für eine Wirkungsverstärkung der angewandten schultherapeutischen Methoden durch die Hyperthermiebehandlung ausdrücklich verneint.

Dem Vorbringen des Klägers zur Bewährung der Hyperthermie, soweit er aus jüngeren Berichten über die Wirkung der kombinierten Therapie bei anderen Karzinomen Schlüsse ziehen möchte, ist Prof.Dr. T1 überzeugend entgegen getreten. Denn abgesehen davon, dass etwa in der vom Sachverständigen angesprochenen (Phase-II) Studie zur Chemo-Radio-Hyperthermie bei Weichteilsarkomen viele Fragen unbeantwortet geblieben seien, sei eine Übertragbarkeit in der genannten Studie generierter Daten auf andere Tumorentitäten nicht zulässig.

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

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 160 SGG](#)).

Erstellt am: 22.08.2014

Zuletzt verändert am: 22.08.2014