

## S 13 KR 325/16

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Darmstadt (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Darmstadt (HES)  
Aktenzeichen  
S 13 KR 325/16  
Datum  
12.04.2021  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Es handelt sich bei der elektronischen Form um einen „Regelweg“, mit der Folge, dass ohne einen Hinweis hierauf die Wegweiserfunktion der Rechtsmittelbelehrung nicht erfüllt ist (entgegen BSG v. 14.03.2013 - [B 13 R 19/12 R](#)).
2. Die elektronische Antragstellung auch mittels E-Mail ist zulässig, soweit der Empfänger hierfür einen Zugang eröffnet hat. Die Zugangseröffnung setzt sich zusammen aus der technischen Bereitstellung des Zugangs als Vorbereitungsakt und der Widmung dieses Zugangs für die Nutzung im (rechtsverbindlichen) elektronischen Rechtsverkehr.
3. Die Behandlung von Eierstockkrebs in Form einer Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung ist eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 SGB V](#).
4. Der Nutzen einer Behandlung von Eierstockkrebs in Form einer Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung ist wissenschaftlich nicht belegt.
5. [§ 2 Abs. 2a SGB V](#) gibt nicht allgemein jeglicher Form der (kurativen) Therapie zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung den Vorrang, wenn dem wissenschaftlichen Standard entsprechende Therapien nur noch palliativ wirken.

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Kostenerstattung in Höhe von insgesamt 23.113,33 € für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in Form einer Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung zu Behandlung von Eierstockkrebs.

Der Kläger ist der Gesamtrechtsnachfolger seiner 1983 geborenen, am xx. xxx 2015 verstorbenen, Ehefrau C. A. Frau C. A. war bis zu ihrem Tod Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beklagten. Sie litt an einem metastasierenden muzinösen Ovarialkarzinom, das im November 2012 diagnostiziert wurde und an dessen Folgen sie schließlich verstarb.

Von Januar 2014 bis März 2014 wurde C. A. mittels Chemotherapie behandelt, die bösartige Neubildungen im Juni 2014 nicht verhindern konnte. Trotz anschließender mehrfacher operativer und intensivierter chemotherapeutischer Behandlung kam es im Juni 2015 zu bösartigen sekundären Neubildungen.

Im Laufe der Erkrankung hatten Frau C. A. und der Kläger regelmäßig – auch mittels E Mail – Kontakt mit dem Mitarbeiter der Beklagten, Herrn D., dem Vater einer Freundin der verstorbenen Versicherten.

Am 1. Juli 2015 beantragte C. A. mittels E-Mail die Kostenübernahme für eine Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung. Die E-Mail versandte sie von Ihrem E-Mail – Account xxxxx@gmx.de an die auch zuvor genutzte dienstliche E-Mail-Adresse des Mitarbeiters D.@he.aok.de. Beigefügt war unter anderem eine umfangreiche ärztliche Stellungnahme des Arztes Dr. E. vom 25. Juni 2015. Hierin gab er an, die Immuntherapie werde „gemäß dem Arzneimittelgesetz für neuartige Therapien durchgeführt“. Aus

der Anamnese gehe hervor, dass es trotz maximaler Ausschöpfung der konventionellen Therapie zu einem Krankheitsprogress gekommen sei. Daher sei ein individueller Heilversuch mit der streitgegenständlichen Behandlung dringend angezeigt. „Die veröffentlichten Studien zur Immuntherapie“ rechtfertigten bei einer lebensbedrohlichen Krankheit, wie in diesem Fall, eine Tumorstabilisierung, die die zu erwartende positive Wirkung und das Behandlungsrisiko in einem günstigen Verhältnis zu einander stünden. Darüber hinaus sei dieser Therapieansatz die derzeit einzige Möglichkeit ohne ernsthafte akute oder chronische Nebenwirkungen einen länger anhaltenden Therapieerfolg zu erzielen bei Erhaltung oder gar Verbesserung der Lebensqualität.

Mit Bescheid vom 13. Juli 2015 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Die beantragte Maßnahme sei nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Es handele sich daher um eine neue Behandlungs- und Untersuchungsmethode, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bislang keine Empfehlung abgegeben habe. Die Voraussetzung einer Ausnahme vom grundsätzlichen Ausschluss der Kostenübernahme für eine solche Methode, die das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem Beschluss vom 6. Dezember 2015 ([1 BvR 347/98](#)) formuliert habe, seien im vorliegenden Fall nicht gegeben. Als vertragliche Behandlungsalternative stehe die Gabe von Treosulfan und Gemcitabine zur Verfügung.

Hiergegen legte C. A. noch am selben Tag schriftlich Widerspruch ein. Die Mittel Treosulfan und Gemcitabine seien einer Chemosensitivitätstestung an ihrem lebenden Tumormaterial unterzogen worden. Dieses habe sich als resistent gegen die Mittel erwiesen. Eine Therapieoption hierdurch sei deshalb nicht zu erkennen.

Am 28. September 2015 nahm sie die streitgegenständliche Behandlung auf. Insgesamt sind hierfür Kosten in Höhe von 23.113,33 € angefallen.

Mit Gutachten vom 24. November 2015 verwies der von der Beklagten beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) darauf, dass leitliniengerecht eine Behandlung mit Cyclophosphamid, Topotecan oder Epirubicin sei. Die Wirksamkeit der beantragten Tumorstabilisierung sei wissenschaftlich nicht tragfähig belegt. Es fehlten entsprechende Publikationen und vergleichende Untersuchungen. Der patientenrelevante Nutzen sei deshalb nicht nachgewiesen. Eine medizinische Notwendigkeit einer anderen Therapie als einer leitliniengerechten Therapie sei deshalb nicht gegeben. Die vom BVerfG als Voraussetzung vorgesehene „Alternativlosigkeit“ hinsichtlich einer vertraglichen Behandlung sei gerade nicht gegeben. Eine leitliniengerechte Behandlung sei in diesem Fall eine Option.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 2015, zugestellt am 21. Dezember 2015, wies die Beklagte den Widerspruch C. A. zurück. Zur Begründung nahm die Beklagte auf das eingeholte Gutachten des MDK Bezug. Der Widerspruchsbescheid wies in seiner Rechtsmittelbelehrung auf die Möglichkeit der Klageerhebung in schriftlicher Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle hin.

Am xx. xxx 2015 verstarb C. A. Ausweislich des Erbscheins vom 13. April 2016 des Amtsgerichts Darmstadt ist der Kläger der Alleinerbe der Versicherten.

Am 21. Juni 2016 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben. Zur Begründung führt er die Gründe des Widerspruchs näher aus. Eine vertragliche Behandlungsalternative sei vorliegend nicht gegeben gewesen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung bestehe daher gem. [§ 2 Abs. 1a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Der Kläger beantragt schriftlich, den Bescheid der Beklagten vom 13. Juli 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für die von der Versicherten durchgeführten Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung in Höhe von 23.113,33 € nebst Zinsen in Höhe von jeweils fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 2.345,52 € seit dem 13. August 2015, aus 371,29 € seit dem 19. August 2015, aus 368,39 € seit dem 7. September 2015, aus 628,41 € seit dem 7. September 2015, aus 64,54 € seit dem 19. September 2015, aus 389,24 € seit dem 22. September 2015, aus 15.209,65 € seit dem 2. Oktober 2015, aus 917,58 € seit dem 26. Oktober 2015, aus 22,53 € seit dem 27. Oktober 2015 und aus 2.796,18 € seit dem 16. November 2015 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt schriftlich, die Klage abzuweisen.

In der mündlichen Verhandlung vom 17. August 2020 haben die Beteiligten einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt. Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Sachverständigen Prof. Dr. F. gem. [§ 106](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Zur Ergänzung des Tatbestands wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der Beratung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig.

Die Klage vom 17. Juni 2016 war insbesondere nicht verfristet. Sie richtet sich zwar gegen den am 21. Dezember 2015 zugestellten Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 15. Dezember 2015. Grundsätzlich wäre die Klagefrist in Form der Monatsfrist gem. [§§ 87 Abs. 1 Satz 1, 64 SGG](#) daher mit Ablauf des 21. Januar 2016 abgelaufen und die Klage verfristet gewesen. Unabhängig von der auch im sozialgerichtlichen Verfahren anzuwendenden Unterbrechungsnorm des [§ 202 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 239](#) Zivilprozessordnung (ZPO) galt aber im vorliegenden Fall ohnehin die Jahresfrist gem. [§ 66 Abs. 2 SGG](#), denn die Rechtsmittelbelehrung im Widerspruchsbescheid war fehlerhaft. Nach allgemeiner Auffassung in der Sozialgerichtsbarkeit ist auch – wie geschehen – über die Form der Rechtsmitteleinlegung zu belehren (vgl. nur Jung, in: Ross/Wahrendorf/Müller, SGG, 2021 § 66 Rn. 18; Müller in: jurisPK-ERV Band 3, 1. Aufl., [§ 66 SGG](#) (Stand: 12.04.2021), Rn. 17 mwN). Hierzu gehört auch die Belehrung über die elektronische Form. Die elektronische Klageerhebung war in der hessischen

Sozialgerichtsbarkeit im Jahr 2016 bereits zulässig, [§ 65a SGG](#) aF. iVm. mit der Hessischen Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr. Eine Belehrung über die elektronische Form der Rechtsbehelfseinlegung hatte das BSG zwar in einer Entscheidung aus 2013 noch nicht für erforderlich angesehen (BSG v. 14.03.2013 - [B 13 R 19/12 R](#); vgl. kritisch Müller, NZS 2015, 896, 898; a.A. LSG Darmstadt v. 13.04.2012 - [L 5 R 154/11](#)), denn die „elektronische Form“ sei zwar keine Unterform der Schriftform, aber es handle sich nicht um einen „klassischen“ bzw. „allgemein gebräuchlichen“ Weg zu den Gerichten. Die elektronische Einreichung habe trotz ihrer Zulassung noch keine solche praktische Bedeutung erlangt, dass es geboten wäre, die Beteiligten auf diese Form hinzuweisen. Dieser Rechtsprechung war aber spätestens im Jahr 2016 nicht mehr zu folgen (vgl. auch SG Hildesheim v. 03.09.2020 - [S 12 AS 13/19](#)). Die Entscheidung des BSG hat sich durch das Gesetz zur Förderung des elektronischen Rechtsverkehrs (sog. „eJustice-Gesetz“) überholt. Es handelt sich daher bei der elektronischen Form um einen „Regelweg“, mit der Folge, dass ohne einen Hinweis hierauf die Wegweiserfunktion der Rechtsmittelbelehrung nicht erfüllt ist. Denn ein fehlender Hinweis erscheint durchaus geeignet, bei den Beteiligten den Eindruck zu erwecken, dass der Rechtsbehelf eben nicht in elektronischer Form eingelegt werden könne (Schleswig-Holsteinisches LSG v. 20.12.2018 - [L 6 AS 202/18 B ER](#); Müller in: jurisPK-ERV Band 3, 1. Aufl., [§ 66 SGG](#) (Stand: 12.04.2021), Rn. 22; Jung, in: Ross/Wahrendorf/Müller, SGG, 2021 [§ 66 Rn. 18](#); a.A. Senger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl., [§ 66 SGG](#) (Stand: 23.10.2020), Rn. 29).

Die Klage ist aber unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 13. Juli 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 2015 ist nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung.

Als Anspruchsgrundlage kommt einzig [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Es steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die Versicherte die Kostenübernahme für die streitgegenständliche Behandlung wirksam am 1. Juli 2015 bei der Beklagten beantragt hat. Der Antrag erfolgt mittels E-Mail an das Postfach der Beklagten D.@he.aok.de.

Die Versicherte konnte ihren Antrag auch mittels E-Mail an die Beklagte richten. Gem. [§ 36a Abs. 1](#) - Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil (SGB I) ist die Übermittlung elektronischer Dokumente zulässig, soweit der Empfänger (hier: die Beklagte) hierfür einen Zugang eröffnet hat. Die Zugangseröffnung setzt sich zusammen aus der technischen Bereitstellung des Zugangs als Vorbereitungsakt und der Widmung dieses Zugangs für die Nutzung im (rechtsverbindlichen) elektronischen Rechtsverkehr (Müller, ejustice-Praxishandbuch, 5. Aufl. 2020, S. 203). Die technische Bereitstellung des Zugangs ist ausschließlich im Hinblick auf dessen Außenwirkung zu bewerten. Tatsächlich bereitgestellt ist der Zugang, wenn ein elektronisches Postfach oder ein digitales Portal/Formular durch eine andere Person erreichbar oder adressierbar ist. Ob dessen Funktionalität im Übrigen gegeben ist, spielt dagegen keine Rolle, weil dies für den Absender nicht erkennbar ist. Die Eröffnung dieses Zugangs erfolgt durch Widmung. Die Widmung wiederum ist die Signalisierung der Bereitschaft und Fähigkeit zur elektronischen Kommunikation gegenüber dem (potentiellen) Kommunikationspartner - ausdrücklich oder konkludent. Ausdrücklich wird der Zugang dadurch eröffnet, dass die Behörde explizit auf die Möglichkeit der rechtsverbindlichen Nutzung eines Kommunikationswegs verweist. Die konkludente Eröffnung eines Zugangs ist dann anzunehmen, wenn die Behörde nach außen die Empfangsbereitschaft für einen tatsächlich eingerichteten technischen Zugang jedenfalls schlüssig signalisiert. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die Behörde selbst vorbehaltlos den elektronischen Kommunikationskanal gegenüber dem Bürger nutzt. So liegt vorliegend der Fall: Die Behörde hat E-Mail-Postfächer für ihre Mitarbeiter mit der Möglichkeit der Kommunikation mit und durch den Bürger technisch bereitgestellt. Hierzu wird die Domäne @he.aok.de genutzt. Durch die vorbehaltlose Kommunikation des Mitarbeiters der Beklagten D. hat die Beklagte diesen Zugang ausdrücklich gewidmet (vgl. auch das Urteil der Kammer mit gleichem Rubrum vom 17. August 2020 - [S 13 KR 524/16](#) mAnm. Hofmann, RDi 2021, 106).

Diesen Antrag hat die Beklagte aber rechtmäßigerweise abgelehnt. Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht nur soweit, wie der Sachleistungsanspruch, den er ersetzt. Die Versicherte hatte aber keinen Anspruch auf eine Sachleistung in Form einer Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung zu Behandlung von Eierstockkrebs.

Gem. [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherten einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn die Behandlung notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Versicherungsfall der Krankheit lag bei der Versicherten in Form ihres Krebsleidens vor.

Ihr Leistungsanspruch war aber gem. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) begrenzt. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Unparteiischen nach [§ 91 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen abgegeben hat über 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Da Versicherte ihrer Ansprüche auf Sachleistungen oder Kostenerstattung aber nur im Rahmen des Leistungserbringungsrechts verwirklichen können, hat [§ 135 SGB V](#) unmittelbare Auswirkungen auf die Rechtsbeziehungen der Versicherten zu ihrer Krankenkasse. [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) bestimmt noch einmal explizit, dass das Verbot des [§ 135 SGB V](#) nicht nur im Leistungserbringungsrecht, d.h. insbesondere im Verhältnis Krankenkasse zum Vertragsarzt, (vgl. [§ 92 Abs. 8](#) i.V.m. [§ 82 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), sondern auch gegenüber dem Versicherten verbindlich ist (Müller, OK-SGB V [§ 135 Rn. 1](#)).

Die Behandlung von Eierstockkrebs in Form einer Therapie mit dendritischen Zellen in Kombination mit einer Hyperthermiebehandlung ist eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne dieser Vorschrift. "Neu" ist eine Methode, die bislang nicht als abrechnungsfähig im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder im Bewertungsmaßstab (Bema) enthalten ist oder eine Methode, die zwar im EBM oder Bema enthalten ist, deren Art der Erbringung oder Indikation aber eine wesentliche Änderung oder Erweiterung erfahren hat (BSG v. 8. Juli 2015 - [B 3 KR 5/14 R](#)). Dies ist bei der streitgegenständlichen Therapie der Fall.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) war bislang mit dieser Therapie nicht befasst.

Hinweise auf ein sog. „Systemversagen“ sind für die Kammer nicht ersichtlich. Bei Vorliegen eines "Systemversagens" muss die Zweckmäßigkeit im Einzelfall festgestellt werden, obwohl keine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt. Dieser Ausnahmetatbestand beruht auf dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) auf Leben und körperliche Unversehrtheit, aus welchem sich eine Förderungs- und Schutzpflicht des Staates herleiten lässt. Von einem Systemversagen ist auszugehen, wenn die Durchführung des Bewertungsverfahrens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aus willkürlichen oder sachfremden Erwägungen verzögert wird. Eine bloß objektiv lange Verfahrensdauer genügt hingegen nicht für die Annahme eines Systemversagens. Diese Einschränkung ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (siehe BVerfG, 23.03.2017 - [1 BvR 2861/16](#)). Die durch die Untätigkeit des Bundesausschusses entstandene Lücke in der Qualitätsbeurteilung ist durch eigene Ermittlungen der Zweckmäßigkeit durch die Krankenkasse oder das Gericht zu schließen. Der Versicherte kann keine Behandlungsmethoden beanspruchen, die sich erst im Stadium der Forschung oder Erprobung befinden und (noch) nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Durch das Erfordernis, dass die Behandlungsmethoden dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen, ist letztlich nicht nur ein konkreter Eignungsnachweis erforderlich, sondern darüber hinaus auch ein genereller Wirksamkeitsnachweis.

Vorliegend fehlt aber offensichtlich bereits eine Antragstellung beim G-BA. Der G-BA wird nur auf Antrag tätig. Antragsberechtigt sind die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und der GKV-Spitzenverband. Daneben hat auch der Unparteiische gem. [§ 92 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ein eigenes Antragsrecht. Für die Annahme eines Systemversagens müssen aber die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen für eine positive Stellungnahme des G-BA, namentlich eine hinreichend eindeutige Studienlage zu Qualität und Wirksamkeit der streitigen Methoden, erfüllt sein und die Stellungnahme dennoch unterbleiben. Dies ist auch folgerichtig, ersetzt dieser Prüfungsschritt schließlich das - ebenfalls auf die generelle Wirksamkeit abstellende - Überprüfungsverfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Letztlich wird auch nur durch den generellen Maßstab sicher verhindert, dass medizinische Forschungsversuche am Versicherten zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden (vgl. Müller, OK-SGB V § 135 Rn. 6).

Auch die Voraussetzungen des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Mit seiner Entscheidung vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#)) hat das Bundesverfassungsgericht eine weitere Fallgruppe erkannt, in der es aufgrund einer verfassungskonformen Auslegung des Gesetzes trotz einer fehlenden Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich ist, im Einzelfall die Eignung der Behandlungsmethode zu prüfen. In [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) ist diese Rechtsprechung des BVerfG seit 1. Januar 2012 Gesetz geworden. Diese Fallgruppe setzt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung und das Fehlen einer allgemein anerkannten, dem medizinischen Standard entsprechenden Behandlung voraus. Ferner muss durch die vom Versicherten beanspruchte Therapie eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehen. Das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestützt durch die Einschätzung oder Empfehlung behandelnder Ärzte oder deren Behandlungserfahrung im Einzelfall, genügt für sich allein regelmäßig nicht. Wirksamkeitsindizien können sich aber auch außerhalb von Studien oder Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften finden, etwa in der wissenschaftlichen Diskussion, Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologischen Überlegungen, deskriptiven Darstellungen, Einzelfallberichten, nicht mit Studien belegten Meinungen anerkannter Experten und Berichten von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen (vgl. BSG v. 4. April 2006 - [B 1 KR 7/05 R](#)) oder in Verlaufsbeobachtungen, unterstützt durch Parallelbeobachtungen im Rahmen von Tierversuchen und untermauert durch wissenschaftliche Erklärungsmodelle (vgl. BSG v. 2. September 2014 - [B 1 KR 4/13 R](#)).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend entgegen der Rechtsauffassung des Klägers zur Überzeugung der Kammer nicht erfüllt. Die Kammer stützt sich bei ihrer Beurteilung auf das schlüssige, widerspruchsfreie und überzeugende Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. F. Hiernach lag bei der Versicherten zwar offenkundig eine lebensbedrohliche, (regelmäßig) tödlich verlaufende Erkrankung vor. Die Kammer ist aber überzeugt davon, dass allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungen im maßgeblichen Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheids (noch) zur Verfügung standen.

Vorliegend war ausweislich des Gutachtens aufgrund des (noch) guten Allgemeinzustands der Versicherten und ihrer akzeptablen Blutwerte eine leitliniengerechte Behandlung in Form einer Monotherapie eine Behandlungsoption (S. 7 des Gutachtens). Diese Behandlungsoptionen waren im Gegensatz zur Rechtsauffassung des Klägers gestützt auf das eingeholte Gutachten nicht aufgrund der Chemosensitivitätstestung ausgeschlossen. Diese Testungsverfahren haben evidenz- und leitlinienbasiert keinen Stellenwert (S. 7, 8 des Gutachtens).

Nicht maßgeblich ist nach Rechtsauffassung der Kammer, dass eine leitliniengerechte Behandlung (nur noch) einen palliativen Charakter hatte und die Versicherte mit der selbstbeschafften Leistung weiter einen kurativen Ansatz verfolgte. Der Sachverständige bestätigt in seinem Gutachten (S. 11), dass ab August 2015 nach deutlichem Progress keine Aussicht mehr auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf mehr bestand. In dieser Situation ist zwar auch für die Kammer in jeder Hinsicht verständlich und nachvollziehbar, dass die Versicherte, zumal in (noch) gutem Allgemeinzustand weiter eine Hoffnung auf Heilung hatte und nicht gewillt war durch die Wahl einer bestimmten Therapie diese Hoffnung nicht weiter zu verfolgen. [§ 2 Abs. 2a SGB V](#) gibt aber nicht allgemein jeglicher Form der (kurativen) Therapie zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung den Vorrang, wenn dem wissenschaftlichen Standard entsprechende Therapien nur noch palliativ wirken.

Dies gilt hier umso mehr, weil die erforderlichen Wirksamkeitsindizien hinsichtlich der streitgegenständlichen Therapie fehlen. Die Kammer stützt sich auf das eingeholte Gutachten und geht davon aus, dass ein klinischer Nutzen des Therapiekonzepts auch in Ansätzen nicht nachgewiesen ist (S. 10 des Gutachtens). Positive Studienergebnisse der Hyperthermiebehandlung sind nur in völlig anderen medizinischen Zusammenhängen publiziert und ausweislich des Gutachtens (S. 11 des Gutachtens) nicht auf das Krankheitsbild der Versicherten übertragbar. Studienergebnisse in Zusammenhang mit der durchgeführten Immuntherapie liegen gar nicht vor.

Ebenfalls nicht zum Erfolg der Klage verhilft, dass der Sachverständige ausführt, dass die Versicherte eventuell von der besonders aggressiven Therapie profitiert habe und hierdurch „ein paar Lebensmonate gewonnen“ haben könnte (S. 8 des Gutachtens). Zwar würde es grundsätzlich genügen, wenn die Therapie auch nur einen zeitlich begrenzten Erfolg gehabt hätte, weil auch einige zusätzliche Lebensmonate oder Tage einen positiveren Krankheitsverlauf darstellen. Dies alleine genügt jedoch nicht, sondern es müsste auch

zusätzlich eine allgemein anerkannte, dem wissenschaftlichen Standard entsprechende Therapie fehlen; diese Voraussetzung war aber – wie oben dargestellt – hier gerade nicht gegeben.

Die Klage konnte daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Saved

2022-01-10