

## L 11 KR 1579/21

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11.  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 7 KR 1575/18  
Datum  
31.03.2021  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 1579/21  
Datum  
28.03.2023  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Hat die Klägerin ihren Antrag auf Erstattung der ihr entstandenen Kosten für eine selbstbeschaffte MRT begrenzt und die Krankenkasse nur über diesen mittels Verwaltungsakt entschieden, fehlt es betreffend die zukünftige Versorgung mit einer MRT-Untersuchung pro Jahr zur Nachsorge an einem anfechtbaren Verwaltungsakt.
2. Der GBA hat in der Anlage I Nr. 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung den Umfang der von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen bzgl. der MRT-Untersuchung der weiblichen Brust verbindlich festgelegt und zwar auch für den Fall eines invasiv-lobulären Mammakarzinoms.
3. Ein Revidizrisiko eines Mammakarzinoms stellt keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung i.S.d. [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) dar.

**Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31.03.2021 wird zurückgewiesen.**

**Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.**

### **Tatbestand**

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung der Kosten für eine Magnetresonanztomographie(MRT)-Untersuchung der weiblichen Brust (auch als MR-Mammographie <MRM> bezeichnet) am 21.06.2017 i.H.v. 489,94 € sowie die Versorgung mit einer jährlichen MRT-Untersuchung der Brust als Sachleistung in Zukunft streitig.

Die 1965 geborene Klägerin ist als Juristin tätig und bei der beklagten Krankenkasse krankenversichert. Im Oktober 2014 wurde bei ihr ein invasiv-lobuläres Mammakarzinom (pT3 pN3a (10/24) L1 V0 Pn0 RX G2) festgestellt. Am 30.10.2014 erfolgten eine Ablatio rechts und eine regionale Lymphadenektomie Level I und II, am 04.12.2014 eine Nachresektion mit radikaler Mastektomie rechts und laparoskopische Adnexektomie. Postoperativ fand u.a. eine adjuvante Radiatio in kurativer Intention sowie eine Aromatasehemmertherapie statt.

Am 23.06.2015 erfolgte eine MRT der Brust links. Dort wurde kein Nachweis eines neu aufgetretenen suspekten Herdbefundes oder eines Korrelats für die von der Klägerin angegebenen Brustschmerzen links festgestellt. Die Breast Image Reporting and Data System (BI-RADS)-Kategorie wurde mit 2 (gutartiger Befund) angegeben. Eine erneute Kontrolle wurde in einem Jahr im Rahmen der Nachsorge empfohlen. Am 04.05.2016 erfolgte die nächste MRT der Brust als Nachsorge. Als BI-RADS-Kategorie wurde 1 (negativ) angegeben. Es wurden kein Nachweis eines Rezidiv- oder Zweitumors und keine Lymphadenopathie (krankhafte Schwellung von Lymphknoten) festgestellt.

Im Oktober 2016 erfolgte dann eine Lappenplastik zur Brustrekonstruktion rechts. R, Brustzentrum am Klinikum K, empfahl unter dem 07.12.2016 eine Mammographie und eine MRT der linken Brust im Wechsel, ansonsten eine Sonographie-Kontrolle beidseits. Im Rahmen der Krebsfrüherkennung Frauen am 09.02.2017 wurden unauffällige Befunde festgestellt. Im März 2017 erfolgte sodann eine angleichende Mammareduktion links. Im Juni 2017 fand wegen Schmerzen in der Schulter links und zum Ausschluss von Metastasen eine Kernspintomographie der Schulter links statt. Dabei konnten keine metastasensuspekte knöcherner Läsion und unauffällige Lymphknoten festgestellt werden.

Am 22.05.2017 wandte sich die Klägerin an die Beklagte wegen der Übernahme der Kosten für ein erneutes MRT der Mamma. Am 23.05.2017 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine MRT-Untersuchung der weiblichen Brust. Das invasiv-lobuläre Mammakarzinom sei bei der Röntgen-Mammographie trotz erheblicher Größe nicht diagnostiziert worden. Die Klägerin legte einen Kostenvoranschlag für die Durchführung einer MRT-Untersuchung i.H.v. 486,61 € sowie einen Überweisungsschein des N vom 02.05.2017 an die Radiologie für eine MR-Mammographie bei den Diagnosen Mammakarzinom rechts, Nachsorge, DIEP-Lappen rechts und Reduktion links vor.

Mit Bescheid vom 29.05.2017 lehnte die Beklagte diesen Antrag ab. Die Kosten für das Mamma-MRT dürfe die Beklagte nicht übernehmen. Die Kosten könnten bei bestimmten medizinischen Indikationen übernommen werden. Voraussetzung sei, dass N diese bei der Klägerin feststelle und dies auf der Überweisung vermerke. Die radiologische Praxis könne dann die Untersuchung direkt per Überweisungsschein abrechnen.

Dagegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 10.06.2017 Widerspruch ein. Sie beantragte die Aufhebung der ablehnenden Kostenentscheidung der Beklagten und die Übernahme/Erstattung der Kosten der Mamma-MRT-Untersuchung entsprechend dem bereits eingereichten Kostenvoranschlag im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. Zur Begründung führte die Klägerin aus, dass die Nachsorge mittels jährlicher Mamma-MRT geboten und erforderlich sei, da eine Nachsorge mittels halbjährlicher bzw. jährlicher Mammographie aufgrund des bei ihr vorliegenden Krankheitsverlaufs keine ausreichend verlässliche Diagnose ermögliche. Aufgrund dauernder Schmerzen in der rechten Brustseite sei sie Anfang 2014 zur Untersuchung bei ihrer damaligen Gynäkologin gewesen, die sie nach einer unauffälligen Ultraschalluntersuchung zur Mammographie überwiesen habe. Das Ergebnis dieser Mammographie sei ebenfalls unauffällig gewesen. Im Oktober 2014 sei bei ihr dann Brustkrebs in der rechten Brust diagnostiziert worden. Die histologische Untersuchung habe ein relativ langsam wachsendes lobulär-invasives Mammakarzinom mit einer Größe von 130 mm ergeben. Auch dieser übergroße Tumor sei bei der im Oktober 2014 durchgeführten Mammographie nur unzureichend diagnostiziert worden. Nach Aussage ihrer behandelnden R stelle die Mammographie in ihrem Fall keine sinnvolle Diagnostik im Rahmen der Nachsorge dar. Aus diesem Grund sei bisher die bildgebende Diagnostik im Rahmen ihrer Nachsorge in Form der Sonographie und einer jährlichen Mamma-MRT-Untersuchung unter Verzicht auf die halbjährliche (betroffene Brust) bzw. jährliche (andere Brust) Mammographie durchgeführt worden. Darüber hinaus sei bei ihr im Oktober 2016 ein Brustwiederaufbau der rechten Brust mit Eigengewebe durchgeführt worden. Diesbezüglich werde das Mamma-MRT zur Diagnostik nach Aufbauplastiken empfohlen. Auch wenn die Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung die Mamma-MRT-Untersuchung grundsätzlich nur bei Rezidivverdacht vorsehe, sei diese Art der Diagnostik bei ihr die einzig sinnvolle und aussagekräftige Möglichkeit, Rezidive in der betroffenen Brust oder in der anderen Brust im Rahmen einer jährlichen Untersuchung frühzeitig zu erkennen.

Am 21.06.2017 ließ die Klägerin im MVZ Radiologie K eine MRT der Brust (MR-Mammographie) durchführen. Dabei wurde kein Rezidiv- oder Zweitumor festgestellt. Der beschriebene Befund links retromamillär sei am ehesten Folge der kürzlich durchgeführten Reduktionsplastik. Die konstante Lymphknotenvergrößerung links axillär sei nicht suspekt. Die BI-RADS-Kategorie wurde rechts mit 2 (gutartiger Befund) und links mit 3 (vermutlich gutartiger Befund) angegeben. Es wurde eine Kontrolle der linken Brust in 12 Monaten empfohlen.

Die Beklagte schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B (MDK) ein. Der MDK nahm durch P mit sozialmedizinischem Gutachten vom 28.06.2017 dahingehend Stellung, dass aus den Unterlagen nicht hervorgehe, dass eine Diagnostik mit Mammographie und Sonographie aktuell nicht möglich sei. Bei der Mamma-MRT handele es sich um eine diagnostische Methode zur Darstellung der weiblichen Brust. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe die Mamma-MRT bei folgenden Indikationen in die Anlage A der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgenommen:

„- Rezidivausschluss eines Mamma-Karzinoms nach brusterhaltender Therapie (Operation und/oder Radiatio) oder nach primärem oder sekundärem Brustwiederaufbau, wenn Mammographie und Sonographie nicht die Dignität des Rezidivverdachteten klären.

- Primärtumorsuche bei histologisch gesicherter axillärer Lymphknotenmetastase eines Mamma-Karzinoms, wenn ein primärer Tumor weder klinisch noch mit den bildgebenden Verfahren Mammographie oder Sonographie dargestellt werden konnte.“

Mit Wirkung ab 01.10.2001 sei die Mamma-MRT in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Ziffer 34431 für die folgenden Indikationen aufgenommen:

„- Zum Rezidivausschluss (frühestens 6 Monate nach Operation oder 12 Monate nach Beendigung der Bestrahlungstherapie) eines histologisch gesicherten Mammakarzinoms nach brusterhaltender Therapie, auch nach Wiederaufbauplastik, für den Fall, dass eine vorausgegangene mammographische und sonographische Untersuchung die Dignität des Rezidivverdachteten nicht klären konnte oder

- Zur Primärtumorsuche bei axillärer (N) Lymphknotenmetastase (N), deren histologischer Morphologie ein Mamma-Karzinom nicht ausschließt, wenn ein Primärtumor weder klinisch noch mittels monographischer und sonographische Untersuchung dargestellt werden konnte, nativ und nach Gabe eines paramagnetischen Kontrastmittels, einschließlich Kontrastmitteleinbringung (EM)“.

Im Fall der Klägerin sei eine solche Indikation nicht dokumentiert. Auch sei eine lebensbedrohliche Erkrankung nicht dokumentiert.

Die Beklagte informierte die Klägerin über das Ergebnis der sozialmedizinischen Beurteilung des MDK. Die Klägerin wandte ein, dass dem MDK die relevanten medizinischen Unterlagen nicht vorgelegen hätten. N nahm unter dem 25.07.2017 gegenüber dem MDK dahingehend Stellung, dass alle vertraglichen Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden durchgeführt worden seien. Die MRT der weiblichen Brust solle zum Rezidivausschluss durchgeführt werden. Der MDK blieb auch nach Vorlage des durch N ausgefüllten Fragebogens mit Stellungnahme vom 04.09.2017 bei seiner Einschätzung (Schreiben vom 04.09.2017).

Auf Anforderung der Beklagten reichte die Klägerin am 06.10.2017 die Privatliquidation des MVZ Radiologie K vom 05.07.2017 betreffend die am 21.06.2017 durchgeführte MRT der Mamma i.H.v. 498,94 € ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.04.2018 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den klägerischen Widerspruch gegen den Bescheid vom 29.05.2017 zurück. Die gesetzlichen Krankenkassen könnten nicht frei darüber entscheiden, welche Leistungen sie erbringen dürften. Der Gesetzgeber habe bestimmt, dass der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen im EBM beschrieben sei. Alle Leistungen, die im EBM aufgeführt seien, dürften die gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Leistungen hingegen, die nicht im EBM enthalten seien, gölten als unkonventionelle Methoden. Diese dürften in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden, wenn der GBA in Richtlinien eine Empfehlung dafür abgegeben habe. Habe der GBA für eine Methode noch keine positive Empfehlung ausgesprochen, dürften die gesetzlichen Krankenkassen diese grundsätzlich nicht übernehmen bzw. bezuschussen. Bei der MRT der weiblichen Brust handele es sich um eine nicht im EBM enthaltene unkonventionelle Methode, die der

GBA noch nicht empfohlen habe. Kosten dafür dürften deshalb nicht getragen werden. Der GBA habe in der Anlage I Nr. 9 der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ die MRT der weiblichen Brust abschließend geregelt. Diese Voraussetzungen lägen nicht vor. Eine lebensbedrohliche Erkrankung sei nicht dokumentiert. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen sei nicht plausibel, dass eine Nachsorge mit einer Mammographie und Sonographie nicht möglich oder nicht ausreichend sei.

Dagegen hat die Klägerin am 11.05.2018 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und beantragt, die Kosten für eine Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust i.H.v. 489,94 € zu erstatten sowie festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, auch die Kosten für künftige MRT-Untersuchungen der weiblichen Brust zu erstatten.

Im Laufe des Klageverfahrens ist im Juni 2018 eine Kernspintomographie des Schädels und der Felsenbeinregion beidseits durchgeführt und kein Zeichen einer intrazerebralen Metastasierung bei Zustand nach Mammakarzinom festgestellt worden. Am 27.09.2019 hat eine weitere MRT-Untersuchung der Brust stattgefunden, die weder links noch rechts einen Nachweis eines suspekten Herdbefundes von pathologischen Non-Mass-Enhancements ergeben hat. Die Klassifikation nach BI-RADS ist mit rechts 2 (gutartiger Befund) und links 1 (negativ) angegeben worden.

Das SG hat die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen befragt. N hat mit Schreiben vom 21.11.2018 über die Behandlungen vom 11.12.2014 bis zum 20.11.2018 sowie die jeweils erhobenen Befunde berichtet, u.a. hat er einen Karnofsky-Index (Skala, mit der symptombezogene Einschränkungen der Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung bei Patienten mit bösartigen Tumoren bewertet werden) im Juli 2016, Mai 2017, Juli 2017, Oktober 2017, Januar 2018, April 2018 von jeweils 95 % (keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit) mitgeteilt. Der Karteikartenauszug enthält zu einer Vorsprache am 25.07.2017 u.a. folgenden Eintrag: „NMR Ablehnung Kasse Schreiben dabei, keine Berechnung möglich hier Lange Unterredung indikation straff“.

Er hat u.a. folgende Untersuchungsbefunde mitgeteilt:

„02.05.2017 Mamma bds. inspektorisch und palpatorisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen, Axilla bds. ohne suspekte oder vergrößerte Lymphknoten.

25.07.2017 Mamma bds. inspektorisch und palpatorisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen, Axilla bds. ohne suspekte oder vergrößerte Lymphknoten.

09.01.2018 Mamma bds. inspektorisch und palpatorisch unauffällig, keine pathologischen Resistenzen, Axilla bds. ohne suspekte oder vergrößerte Lymphknoten.“

Weiter hat er über Mammasonographien u.a. im Februar 2016, Mai 2016, Februar 2017, Mai 2017, Juli 2017, Oktober 2017, Januar 2018, April 2018 und Oktober 2018 berichtet, die jeweils unauffällig waren. Er habe regelmäßige Tastuntersuchungen und eine Sonographie durchgeführt. Auch seien MRT-Untersuchungen durchgeführt worden und zwar aufgrund des Primärbefundes sowie der konventionellen mammographisch eingeschränkten Darstellung einschließlich Ausdehnung.

R hat mit Schreiben vom 14.12.2018 u.a. mitgeteilt, dass am 20.03.2017 die angleichende Mammareduktion links stattgefunden habe. Bei der Kontrolle am 07.04.2017 postoperativ habe sie einen unauffälligen Verlauf, jedoch eine kleine postoperative Wundheilungsstörung im Bereich der Neomamille festgestellt. Am 28.04.2017 sei eine erneute ambulante Vorstellung in der Brustsprechstunde mit der Frage des adjuvanten weiteren Vorgehens und einer endokrinen Therapie erfolgt. Ein Rezidiv oder ein Zweitkarzinom habe nicht bestanden. Die Klägerin befinde sich regelmäßig in der Nachsorge beim niedergelassenen Frauenarzt. Im Juni 2015 sei eine MRT der Mamma links im Rahmen der Nachsorge durchgeführt worden mit unauffälligem Ergebnis.

Ergänzend hat R mit Schreiben vom 29.01.2019 dahingehend Stellung genommen, dass bei der Vorstellung am 28.04.2017 keine Untersuchung erfolgt sei und andere Fragestellungen erörtert worden seien. Im Zusammenhang mit der MRT-Untersuchung am 24.09.2018 habe sie die Klägerin nicht gesehen und nicht untersucht.

Das SG hat eine Anfrage an den GBA gerichtet. S hat für den GBA mit Schreiben vom 24.04.2019 unter Vorlage der zusammenfassenden Dokumentation (ZD) vom 18.10.2001 wie folgt Stellung genommen:

„Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, eine Vorgängerinstitution des G-BA, hat die Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust (MRM) bei den nachfolgend genannten Indikationen mit Beschluss vom 03. Mai 2001 in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen und der Anlage A (jetzt Anlage I) der Richtlinie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zugewiesen:

- Rezidivausschluss eines Mamma-Karzinoms nach brusterhaltender Therapie (Operation und/oder Radiatio) oder nach primärem oder sekundärem Brustwiederaufbau, wenn Mammographie und Sonographie nicht die Dignität des Rezidivs Verdachts klären.

- Primärtumorsuche bei histologisch gesicherter axillärer Lymphknotenmetastase eines Mamma-Karzinoms, wenn ein Primärtumor weder klinisch noch mit den bildgebenden Verfahren Mammographie oder Sonographie darstellt werden konnte.

... Mit Blick auf Ihre Frage, ob auch allgemeine Vorsorgemaßnahmen nach in der Vergangenheit diagnostiziertem Primärtumor Gegenstand der Beratungen war, können wir auf Kapitel 1 der ZD (u.a.) verweisen. Dort wird ausgeführt, dass die MRM nur bei den beiden vorgenannten Indikationsstellungen einen relevanten Informationszugewinn ergänzend zu den bisher etablierten, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angewendeten, diagnostischen Verfahren (klinische Untersuchung, Mammographie, Sonographie) leisten könne. Ausdrücklich sei die MRM nicht als routinemäßige Früherkennungsmethode im Rahmen der Nachsorgeuntersuchung, sondern ausschließlich bei einzelnen, entsprechend dokumentierten und begründeten Zweifelsfällen einzusetzen. Für den Nutzen eines regelmäßigen Screenings mittels MRM aller Patientinnen im Rahmen der Brustkrebsnachsorge seien keine belastbaren Belege gefunden worden. Die von Ihnen angefragte Indikation „invasiv-lobuläres Mammakarzinom“ war Teil der Prüfung; die ausgewerteten Studien haben den Nutzen der MRM nicht belegen können (s. Seite 66 und 67 der ZD). Jenseits der Feststellungen, die sich aus der ZD ergeben, wurden keine weiteren Möglichkeiten der Rezidivdiagnostik bei Patientinnen mit Mammakarzinom beraten.“

Das SG hat mit den Beteiligten am 12.08.2019 einen Erörterungstermin durchgeführt; hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Niederschrift vom 12.08.2019 (Bl. 247 ff. der SG-Akten) Bezug genommen. Die Klägerin hat im weiteren Verlauf den Befundbericht des K1 vom 06.10.2014 über eine Mammographie der Brüste am 06.10.2014 vorgelegt, wonach eine leichte Verdickung der Kutis auf der rechten Seite mit Betonung perimamillär sowie eine diskrete Architekturstörung ohne klar abgrenzbaren Tumor oder Mikroverkalkungen, lateral ein intramammärer Lymphknoten dargestellt worden sei. Der Befund wurde als verdächtig auf ein lobuläres Mammakarzinom mit beginnender

inflammatorischer Komponente eingestuft und eine bioptische Abklärung empfohlen.

Auf erneute Anfrage des SG hat R mit Schreiben vom 30.10.2019 ausgeführt, dass bei dem invasiv lobulären Karzinomtyp oft eine Sonographie und Mammographie nicht ausreichend sei, weshalb sie zu jährlichen MRT-Untersuchungen geraten habe. Die Sonographie und Mammographie sei in aller Regel nur bedingt geeignet, ein etwaiges Rezidiv des invasiv lobulären Karzinoms zu entdecken. Man könne es nicht als von vorneherein gänzlich ungeeignet ansehen, jedoch deutlich weniger sensitiv als eine MRT-Untersuchung. Da die Sensivität von Sonographie und Mammographie geringer sei als bei einer MRT-Untersuchung sei, könne nicht zunächst eine Sonographie und Mammographie durchgeführt werden und falls sich dort ein Rezidivverdacht äußere, dann im zweiten Nachgang eine MRT-Untersuchung. Dieser Schluss sei nicht gerechtfertigt, da die Rate des Entdeckens durch Sonographie und Mammographie wesentlich schlechter sei als bei einer MRT-Untersuchung. Die Rezidive würden zudem in aller Regel deutlich später entdeckt als mit einer MRT-Untersuchung. Wissenschaftliche Studien oder Forschungsergebnisse zur MRT-Untersuchung der weiblichen Brust, insbesondere bei Vorliegen eines invasiv lobulären Mammakarzinoms und nach Aufbauplastik, lägen aus der Zeit seit 2001 nicht vor.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 31.03.2021 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die MRT-Untersuchung i.H.v. 489,94 € sowie auf Feststellung, dass die Beklagte verpflichtet sei, die Kosten für künftige MRT-Untersuchungen der Brust zu übernehmen. Nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) hätten Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig sei, um u.a. eine Krankheit zu erkennen. Von diesem Anspruch umfasst seien auch diagnostische Maßnahmen. Dieser Behandlungs- und Versorgungsanspruch unterliege allerdings den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen seien daher nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn eine bestimmte Maßnahme - im vorliegenden Fall die MRT-Untersuchung der weiblichen Brust - nach eigener Einschätzung der Versicherten oder der behandelnden Ärzte zu befürworten sei. Vielmehr müsse die betreffende Maßnahme rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein. Bei der MRT-Untersuchung der weiblichen Brust handele es sich um eine Untersuchungsmethode, die nicht generell als abrechnungsfähige Leistung im EBM enthalten sei. Es handele sich demzufolge um eine neue Untersuchungsmethode (Hinweis auf Bundessozialgericht <BSG> 27.09.2005, [B 1 KR 28/03 R](#)). Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben habe. Dies gelte allgemein für den Umfang der den Versicherten von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen (Hinweis auf BSG 16.09.1997, [1 RK 28/95](#), [BSGE 81, 54](#); BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#)). Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, eine Vorgängerinstitution des GBA, habe bislang lediglich eine Empfehlung für zwei Indikationen abgegeben. Die Indikationen seien vorliegend nicht einschlägig. Die erste Alternative der Empfehlung des GBA setze voraus, dass bereits ein konkreter Rezidivverdacht bestehe, der durch eine Mammographie und Sonographie nicht geklärt werden könne. Die MRT-Untersuchung könne in diesem Fall als Informationszugewinn lediglich ergänzend eingesetzt werden. Gemeint seien hier einzelne, entsprechend dokumentierte und begründete Zweifelsfälle. Der GBA habe hierzu ergänzend ausgeführt, dass nach den Beratungen zum Beschluss die MRT-Untersuchung der weiblichen Brust ausdrücklich nicht als routinemäßige Früherkennungsmethode im Rahmen der Nachsorgeuntersuchung, sondern ausschließlich bei einzelnen, entsprechend dokumentierten und begründeten Zweifelsfällen einzusetzen sei. Für den Nutzen eines regelmäßigen Screenings mittels MRT-Untersuchung aller Patientinnen im Rahmen der Brustkrebsnachsorge seien - und zwar auch im Fall eines invasiv-lobulären Mammakarzinoms - keine belastbaren Belege gefunden worden. Die von der Klägerin gewünschte Versorgung im Rahmen des regelmäßigen Screenings ohne konkreten Rezidivverdacht sei daher nicht von den im Beschluss des GBA formulierten Indikationen umfasst. Selbst wenn die im Beschluss genannte erste Ausnahmeindikation - entgegen der Auskunft des GBA - dahingehend verstanden werden würde, dass eine MRT-Untersuchung indiziert und Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sei, wenn Mammographie und Sonographie von vorneherein im Hinblick auf die Diagnostik nicht erfolgversprechend seien, mithin ein etwaiges Rezidiv definitiv nicht würden erkennen können, führe dies vorliegend zu keinem Anspruch der Klägerin. Nach Auskunft der R seien Sonographie und Mammographie zwar in aller Regel nur bedingt geeignet, ein etwaiges Rezidiv des invasiv-lobulären Karzinoms zu entdecken, jedoch nicht von vorneherein gänzlich ungeeignet. Auch ein Ausnahmefall könne vorliegend nicht angenommen werden. Zwar sei in der Rechtsprechung anerkannt, dass trotz der Regelung des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens ausnahmsweise dann bestehen könne, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode darauf zurückzuführen sei, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt worden sei (Hinweis auf BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)). Die Annahme eines Systemmangels setze voraus, dass die für eine Überprüfung der Methode notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen vorgelegen hätten. Hierzu gehöre grundsätzlich das Vorliegen eines entsprechenden Antrages beim GBA. Machten die Antragsberechtigten von ihrem Antragsrecht jedoch pflichtwidrig keinen Gebrauch, sei allein darauf abzustellen, ob eine Überprüfung bzw. Aktualisierung veranlasst worden wäre. Dies sei der Fall, wenn einer neuen Methode in der medizinischen Fachdiskussion bereits Gewicht i.S. einer tatsächlichen Verbreitung der Methode in der Praxis und in der fachlichen Diskussion zukomme. Werde anhand dieser Kriterien ein Systemmangel bejaht, bedürfe es für eine ausnahmsweise bestehende Leistungspflicht der Krankenkasse darüber hinaus einer Versorgungslücke, mithin der Feststellung, dass der GBA verpflichtet gewesen wäre, eine positive Empfehlung für die in Rede stehende Behandlungsmethode abzugeben. Die Gerichte hätten in diesen Fällen ersatzweise die Prüfung anzustellen, ob Qualität und Wirksamkeit der Methode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Dies sei der Fall, wenn die Wirksamkeit der Methode in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen auf Grund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt werden könne. Vorliegend sei das Bestehen einer Versorgungslücke nicht zu bejahen. Die Klägerin verweise auf die aktuelle S3-Leitlinie, in der die MRT-Untersuchung im lokalen Staging des invasiv-lobulären Karzinoms empfohlen werde. In der Leitlinie heiße es jedoch, dass nach einer Mastektomie mindestens jährlich eine klinische und sonographische Untersuchung zur Überwachung der ipsilateralen Thoraxwand und der regionalen Lymphknotenstationen erfolgen solle. Nach brusterhaltender Therapie werde zusätzlich die regelmäßige Durchführung einer Mammographie mit ergänzender Mammosonographie empfohlen. Die apparative Diagnostik (Mammographie, Sonographie) zur Beurteilung der ipsilateralen und kontralateralen Brust-/Thoraxwand und Axilla solle mindestens einmal pro Jahr erfolgen. Obwohl grundsätzlich eine Stratifizierung der Nachsorge bezüglich der eingesetzten bildgebenden Verfahren und der Untersuchungsfrequenz nach individueller Risikokonstellation sinnvoll erscheine, lägen hierzu in der Literatur keine ausreichenden Daten vor. Empfehlungen zur Indikation und Durchführung der verschiedenen diagnostischen und interventionellen Verfahren für die Primärdiagnostik des Mammakarzinoms ließen sich weitgehend auf die Nachsorgesituation übertragen. In Fällen, in denen mit den oben genannten Techniken keine sichere Diagnostik gestellt werden könne oder bei denen eine Biopsie problematisch sei (multiple Befunde, ausgeprägte Vernarbungen, extreme Lokalisierung), könne der Einsatz der Kontrastmittel-MRT erwogen werden. Unterschiede bestünden jedoch dadurch, dass Veränderungen der Brust nach Operation und

Strahlentherapie zu einer eingeschränkten Beurteilbarkeit in der Mammographie und Sonographie führen könnten. Sei bei Verdacht auf ein Rezidiv nach BET in der Mammographie und Sonographie die Differenzierung zwischen narbiger und karzinomatöser Läsion nicht zu treffen, solle eine kernspintomographische Untersuchung der Mamma durchgeführt werden. Auch die S3-Leitlinie empfehle mithin zunächst die Durchführung einer Sonographie und Mammographie sowie lediglich ergänzend die MRT-Untersuchung, wenn diese Verfahren keine verlässliche Diagnose lieferten. Die Notwendigkeit eines primären Einsatzes der MRT-Untersuchung im Rahmen der Nachsorge eines lobulär-invasiven Mammakarzinoms lasse sich auch der S3-Leitlinie nicht entnehmen. Dass die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. ausdrücklich die MRT-Untersuchung zur Diagnostik nach Aufbauplastiken empfehle, stehe dem nicht entgegen, denn dort werde nicht ausdrücklich aufgeführt, ob die MRT-Untersuchung primär oder lediglich ergänzend durchzuführen sei. Zudem werde von dieser Gesellschaft kein Bezug auf eine konkrete Studie genommen. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass der Umstand, dass die MRT-Untersuchung einen Rezidivverdacht nach brusterhaltender Therapie gelegentlich besser abklären könne als andere bildgebende Verfahren, bei den Beratungen des GBA bekannt gewesen und berücksichtigt worden sei. Dies lasse sich der zusammenfassenden Beurteilung entnehmen, wonach auch die Indikation invasiv-lobuläres Mammakarzinom Teil der Prüfung durch den Ausschuss gewesen sei. Die ausgewerteten Studien hätten den Nutzen der MRT-Untersuchung nicht belegen können. Insgesamt sei kein Anlass zu erkennen, dass der GBA sich hätte gedrängt sehen müssen, die begehrte Untersuchungsmethode zur Aufnahme in die Liste der vertraglichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgrund neuer aktueller Erkenntnisse erneut zu prüfen, geschweige denn zur Annahme, dass die Wirksamkeit der neuen Methoden in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen auf Grund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt sei. Schließlich ergebe sich auch kein Anspruch der Klägerin unter Berücksichtigung der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung bei Vorliegen einer notstandsähnlichen Krankheitssituation. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) habe mit Beschluss vom 06.12.2005 (1 BVR 347/98, [BVerfGE 115, 25](#)) entschieden, dass es mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nicht vereinbar sei, einen gesetzlich Krankenversicherten für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe, generell von der Gewährung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe. Einen Anspruch auf verfassungskonforme Leistungserweiterung könnten hiernach Versicherte nur wegen solcher Krankheiten geltend machen, die in absehbarer Zeit zum Verlust ihres Lebens oder eines wichtigen Organs oder einer herausragenden Körperfunktion führten (Hinweis auf BSG 19.06.2006, [B 1 KR 18/06 R](#)). Bei der Klägerin liege während der routinemäßigen Nachsorge keine notstandsähnliche Situation vor, die in absehbarer Zeit den Tod oder den Verlust eines wichtigen Organes oder einer herausragenden Körperfunktion befürchten lasse. Der Primärtumor sei entfernt, ein Rezidiv sei bisher nicht entdeckt worden. Eine Leistungsgewährung sei daher auch aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht geboten.

Gegen den ihrer Bevollmächtigten am 07.04.2021 zugestellten Gerichtsbescheid wendet sich die Klägerin mit ihrer am 30.04.2021 beim SG eingelegten Berufung, mit der sie die Erstattung von 489,94 € sowie die Feststellung, dass die Beklagte verpflichtet ist, auch die Kosten für künftige MRT-Untersuchungen zu erstatten, beantragt hat. Sie habe sich Anfang 2014 aufgrund dauernder Schmerzen in der rechten Brust bei ihrer damaligen Gynäkologin vorgestellt, die sie nach einer unauffälligen Ultraschalluntersuchung zur Mammographie überwiesen habe. Das Ergebnis dieser Mammographie sei jedenfalls als unauffällig diagnostiziert worden. Der erste Krebsverdacht sei im Oktober 2014 gestellt worden, als die Brustwarze bereits eingezogen gewesen sei. Am Brustzentrum des Klinikums K sei eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden, die zu keinem klaren Ergebnis geführt habe. Eine anschließende Mammographie habe weder einen abgrenzbaren Tumor noch Mikroverkalkungen gezeigt. Erst die daraufhin durchgeführte MRT-Untersuchung habe die Diagnose großes Karzinom in der Brust ergeben. Im Anschluss sei eine Stanzbiopsie der rechten Brust erfolgt, die dann als pathologischen Befund das lobuläre Mammakarzinom ergeben habe. Die mikroskopische Analyse des Tumorgewebes habe ergeben, dass es sich um ein relativ langsam wachsendes, lobulär-invasives, d.h. von den Drüsenläppchen der Brust ausgehendes, zum Feststellungszeitpunkt in die angrenzenden Gewebestrukturen bereits hineinwachsendes Mammakarzinom gehandelt habe. N habe im Mai 2017 unter Überweisung an die Radiologie eine MRT-Untersuchung zum Ausschluss des Verdachtes auf ein Krebsrezidiv an der rechten Brust sowie zur Nachsorge des Brustaufbaus rechts sowie zur Nachsorge der reduzierten linken Brust verordnet. Die Radiologie habe gegenüber der Beklagten die medizinische Notwendigkeit der Untersuchung bestätigt. Das SG habe die Klage zu Unrecht abgewiesen. Die begehrte Untersuchung mittels MRT sei notwendig, um im konkreten Einzelfall die Erkrankung lobulär-invasiver Brustkrebs bzw. ein Rezidiv frühzeitig und sicher erkennen zu können. Durch die Krankheitsgeschichte und die Stellungnahme der behandelnden Ärzte sei hinreichend belegt, dass eine Untersuchung mittels Sonographie und Mammographie zwar nicht als völlig aussichtslos bezeichnet werden könne, jedoch erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt einen Nachweis erbringe. Die Beklagte wolle es ihr zumuten, Nachsorgeuntersuchungen in Form einer Mammographie bzw. Sonographie über sich ergehen zu lassen trotz der besonderen Einzelfallsituation aus der vorangegangenen Krankengeschichte. Die Beklagte und das SG hätten es völlig außer Acht gelassen, dass der Primärtumor bei seiner Entdeckung bereits einen Durchmesser von 13 Zentimeter gehabt habe. Trotz der bereits vorhandenen Brustverformungen sei dieser Tumor bei den wahrgenommenen regelmäßigen Untersuchungen mittels Sonographie und Mammographie nicht zu erkennen gewesen. Dass dies auf die Unfähigkeit der behandelnden Ärzte zurückzuführen sei, sei nicht zu vermuten. Belegt sei jedoch, dass mittel der begehrten Untersuchungsmethode das mögliche Auftreten eines Rezidivs oder eines neuen Tumors erheblich früher und genauer feststellbar sei. Vor dem Hintergrund, dass sie - die Klägerin - nach der Brustamputation den Wiederaufbau mittels Eigengewebe gewählt habe und das vorhandene Narbengewebe die Bildgebung mittels Mammographie und Sonographie zusätzlich erschwere, bestehe noch ein weiteres Argument für die MRT-Untersuchung. Zudem ersparten regelmäßige MRT-Untersuchungen nicht nur der Klägerin die erheblichen psychischen Belastungen durch die Unsicherheit einer Sonographie- oder Mammographie-Untersuchung, sondern auch der Beklagten die im Falle eines erst später entdeckten Tumors höheren Behandlungskosten. Die Klägerin hat sich auf die Stellungnahme der R berufen. Weiter hat sie geltend gemacht, dass die MRT-Untersuchung keine neuartige Untersuchungsmethode darstelle, die erst noch vom GBA anerkannt werden müsse. Es handele sich um eine längst anerkannte Standardmethode, welche nur aus Kostengründen von der Beklagten nicht übernommen werde. Auch würden SG und Beklagte verkennen, dass es sich bei ihrer Krebserkrankung um eine lebensbedrohliche Erkrankung handele.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31.03.2021 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 29.05.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.04.2018 zu verurteilen, ihr die Kosten für eine Magnetresonanztherapie der weiblichen Brust i.H.v. 489,94 € zu erstatten, sowie festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, auch die Kosten für künftige MRT-Untersuchungen der weiblichen Brust der Klägerin zu erstatten, hilfsweise zum Beweis der Tatsache, dass ein lobuläres Mammakarzinom nicht durch Mammographie erkennbar ist, die Einholung eines

medizinischen Sachverständigengutachtens nach [§ 106 SGG](#) auf onkologischem-gynäkologischem Fachgebiet, hilfsweise zum Beweis der Tatsache, dass ein lobuläres Mammakarzinom durch eine Mammographie erst in einem späteren Stadium als durch ein MRT erkannt werden kann, die Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens nach [§ 106 SGG](#) auf onkologischem-gynäkologischem Fachgebiet, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Auf Anfrage des Senats vom 05.04.2020, ob und ggf. wann, bei wem und mit welchem Ergebnis nach der hier streitigen MR-Mammographie erneut eine MR-Mammographie durchgeführt worden sei, und auf Anforderung entsprechender Belege auch zu ggf. entstandenen Kosten sowie zu erneuten Anträgen gegenüber der Beklagten, hat die Klägerin die Rechnungen des MVZ Radiologie K vom 05.07.2017 über ein Mamma-MRT am 21.06.2017 (Rechnungsbetrag 489,94 €), vom 28.11.2018 über ein Mamma-MRT am 24.09.2018 (Rechnungsbetrag 698,82 €) und vom 02.10.2019 über ein Mamma-MRT am 26.08.2019 (Rechnungsbetrag 815,24 €), einen Zahlungsbeleg über eine Überweisung an das Städtische Klinikum K am 07.01.2022 i.H.v. 732,06 € sowie auszugsweise den Befundbericht des Städtischen Klinikums K, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, vom 18.10.2021 über eine MRT der Brust vorgelegt. Dazu hat die Klägerin mitgeteilt, dass die Befunde der Untersuchungen 2018, 2019 und 2021 jeweils unauffällig gewesen seien. Im Jahr 2020 habe sie pandemiebedingt keine MRT durchführen lassen. Nach ihren Erinnerungen habe sie keine weiteren Rechnungen bei der Beklagten eingereicht.

Der Berichterstatter hat mit den Beteiligten am 23.08.2022 einen Erörterungstermin durchgeführt. Er hat darauf hingewiesen, dass Regelungsgegenstand des Bescheides vom 29.05.2017 allein die Ablehnung der Übernahme für eine MRT-Untersuchung gemäß Kostenvoranschlag und Überweisungsschein vom 02.05.2017 gewesen sein könnte und die Beklagte keine Regelung über eine Ablehnung einer vergleichbaren Leistung für die Zukunft getroffen haben dürfte. Einer Auslegung des Feststellungsantrags als Leistungsklage auf zukünftige Versorgung mit einer MRT dürfte entgegenstehen, dass die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid über einen zukünftigen Leistungsanspruch nicht entschieden haben dürfte. Die Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) dürfte zudem nicht statthaft sein, weil keine Entscheidung der Beklagten betreffend das Feststellungsbegehren vorliegen dürfte. Das BSG verlange im Regelfall auch bezüglich eines Feststellungsbegehrens die vorherige Durchführung eines Verwaltungsverfahrens.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

#### **Entscheidungsgründe:**

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

1. Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs. 1](#) und 2 SGG form- und fristgerecht eingelegte sowie statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig.
2. Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist der Bescheid vom 29.05.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.04.2018 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte die Erstattung der Kosten für die MRT-Untersuchung der weiblichen Brust am 21.06.2017 i.H.v. 489,94 € abgelehnt hat. Gegen den Bescheid vom 29.05.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.04.2018 hat sich die Klägerin mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage sowie Feststellungsklage ([§ 54 Abs. 1](#) und 4, [55, 56 SGG](#)) gewandt und sowohl die Erstattung der ihr entstandenen Kosten für die am 21.06.2017 durchgeführte MRT i.H.v. 489,94 € als auch die Feststellung begehrt, dass die Beklagte verpflichtet ist, die Kosten für künftige MRT-Untersuchungen der weiblichen Brust zu erstatten.
3. Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg. Soweit die Klägerin die Erstattung der ihr entstanden Kosten i.H.v. 489,94 € für die am 21.06.2017 durchgeführte MRT-Untersuchung begehrt, ist die Klage als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig, aber unbegründet. Soweit die Klägerin darüber hinaus die Feststellung begehrt, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr auch die Kosten für künftige MRT-Untersuchungen der weiblichen Brust zu erstatten, ist die Klage unzulässig und zwar unabhängig davon, ob die Klage als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage auf Erstattung der nach Klageerhebung durch die MRT-Untersuchung 2018, 2019 und 2021 entstandenen Kosten (2018 698,82 €, 2019 815,24 € und 2021 732,06 €) und die zukünftige Versorgung mit einer jährlichen MRT-Untersuchung oder als Feststellungsklage auf Feststellung einer entsprechenden Leistungspflicht der Beklagten auszulegen ist.
  - a. Ausgangspunkt ist, dass die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid lediglich über die Versorgung mit einer MRT-Untersuchung der Brust gemäß Überweisungsschein vom 02.05.2017 und Kostenvoranschlag bzw. nach der Selbstbeschaffung durch die Klägerin über die Erstattung der durch die am 21.06.2017 durchgeführte MRT-Untersuchung angefallenen Kosten i.H.v. 498,94 € (Rechnung vom 05.07.2017) entschieden hat. Maßgeblich ist für die Auslegung von Verwaltungsakten (vgl. [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch <SGB X>), wobei die bürgerlich-rechtlichen Vorschriften des [§§ 133, 156](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zur Auslegung von Willenserklärungen entsprechend gelten, der objektive Sinngehalt der Erklärung, wie ihn der Empfänger der Erklärung bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalles objektiv verstehen musste. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 29.05.2017 in der maßgeblichen Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.04.2018 den Antrag der Klägerin vom 23.05.2017 abgelehnt. Darin hat die Klägerin einen Antrag „zur Übernahme der Kosten für eine MRT-Untersuchung der weiblichen Brust“ gestellt. Ihrem Antrag beigefügt hatte sie einen Überweisungsschein des N vom 02.07.2017 für eine MRT-Untersuchung sowie einen Kostenvoranschlag i.H.v. 486,61 € für diese konkrete Untersuchung. Dass diese Untersuchung jährlich stattfinden soll, ist weder dem Antrag noch den eingereichten Unterlagen zu entnehmen. Vielmehr belegt der vorgelegte Überweisungsschein, dass N im II. Quartal 2017 eine MR-Mammographie für erforderlich erachtet hat. Die Klägerin hat den Bescheid der Beklagten vom 29.05.2017 auch als Ablehnung der konkret im Mai 2017 geplanten MRT-Untersuchung verstanden. Dies ergibt sich aus ihrem Widerspruchsschreiben vom 10.06.2017, mit dem sie ausdrücklich beantragt hat: „die Übernahme/Erstattung der Kosten der Mamma-MRT Untersuchung entsprechend dem bereits eingereichten Kostenvoranschlag in Höhe von 486,61 EUR im Rahmen einer Einzelfallentscheidung ohne Anerkennung einer Rechtspflicht“. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens hat

sie die Rechnung vom 05.07.2017 über die am 21.06.2017 durchgeführte MRT i.H.v. 489,94 € vorgelegt, sodass die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19.04.2018 nicht mehr über die Versorgung der zwischenzeitlich selbst beschafften Sachleistung, sondern die Erstattung der dafür angefallenen Kosten i.H.v. 489,94 € entschieden hat. Unter diesen Umständen hat für die Beklagte kein Anlass bestanden, auch für die Zukunft eine Versorgung der Klägerin mit einer MRT-Untersuchung der weiblichen Brust abzulehnen, zumal im Entscheidungszeitpunkt (Widerspruchsbescheid vom 19.04.2018) nicht ausgeschlossen war, dass in Zukunft eine der Indikationen der maßgeblichen Richtlinie des GBA gegeben ist und die behandelnden Ärzte eine MRT-Untersuchung als Sachleistung erbringen.

Da mithin die Beklagte durch den streitgegenständlichen Bescheid vom 29.05.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.04.2018 die zukünftige Versorgung der Klägerin mit einer MRT-Untersuchung der Brust nicht abgelehnt hat, ist eine entsprechende kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage mangels anfechtbaren Verwaltungsakts (§ 54 Abs. 4 SGG) unzulässig. Denn der Anspruch auf (zukünftige) ärztliche Behandlung bzw. auf Erstattung der zwischenzeitlich angefallenen Kosten ist gerichtlich durch eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 4 SGG) geltend zu machen, weil über die begehrte Leistung zunächst ein Verwaltungsakt zu ergehen hat (dazu und zum Folgenden z.B. BSG 28.05.2019, B 1 KR 25/18 R, BSGE 128, 154). Nach § 19 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) werden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf Antrag erbracht, soweit sich aus den für sie geltenden Vorschriften nichts Abweichendes ergibt. Zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehörende vertragsärztliche Leistungen nehmen die Versicherten nach dem Regelungssystem des SGB V grundsätzlich unmittelbar unter Vorlage ihrer elektronischen Gesundheitskarte bei einem für die jeweilige Leistung zugelassenen Vertragsarzt in Anspruch. Erhalten sie eine Leistung nicht im Naturalleistungssystem, müssen sie diese bei ihrer Krankenkasse beantragen, um ihr zu ermöglichen, den Leistungsanspruch in einem Verwaltungsverfahren zu prüfen und ggf. die begehrte Behandlung als Sachleistung zu erbringen. Erst die Leistungsablehnung durch Verwaltungsakt eröffnet den Klageweg. Wie bereits dargelegt, fehlt es an einer solchen Leistungsablehnung betreffend die (zukünftige) Versorgung mit einer MRT-Untersuchung der Brust. Für eine Feststellungsklage (§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG) besteht vorliegend kein Raum. Der Klägerin war es möglich und zumutbar, hinsichtlich der Versorgung mit einer MRT-Untersuchung in den Jahren 2018, 2019 und 2021 an die Beklagte heranzutreten und eine Entscheidung, ggf. auch über eine zukünftige Leistungsgewährung, herbeizuführen. Gegen eine solche Entscheidung hätte die Klägerin eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage, ggf. auch auf zukünftige Versorgung mittels Sachleistung, erheben und in gleichem Umfang Rechtsschutz erreichen können. Eine solche Anfechtungs- und Leistungsklage ist vorrangig vor einer Feststellungsklage (vgl. Keller im Meyer-Ladewig, SGG, 13. Auflage 2020, § 55 Rn. 3b; Scholz in BeckOGK, SGG, Stand 01.08.2022, § 55 Rn. 11, 17, 18; Senger in jurisPK-SGG, 2. Auflage 2022, § 55 Rn. 19).

b. Soweit die Klage zulässig ist, ist sie jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 29.05.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.04.2018 stellt sich als rechtmäßig dar und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Das SG hat in dem angefochtenen Gerichtsbescheid vom 31.03.2021 im Einzelnen die Voraussetzungen des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs sowie des Sachleistungsanspruchs nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 SGB V dargelegt und begründet, warum die Voraussetzungen für eine Erstattung der der Klägerin entstandenen Kosten für die MRT-Untersuchung der Brust am 21.06.2017 i.H.v. 489,94 € nicht vorliegen. Der Senat weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab (§ 153 Abs. 2 SGG).

Ergänzend zum Berufungsvorbringen der Klägerin weist der Senat auf Folgendes hin:

Zunächst ist maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage betreffend den streitigen Erstattungsanspruch der Zeitpunkt, zu dem sich die Klägerin die begehrte MRT-Untersuchung im Juni 2017 selbst verschafft hat. Mithin kommt es darauf an, ob seinerzeit ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestand.

Dass die Klägerin und ihre behandelnden Ärzte die MRT-Untersuchung der Brust für medizinisch indiziert halten, begründet nicht automatisch einen Anspruch gegen die beklagte Krankenkasse. Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch einer Versicherten unterliegt den sich aus § 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, ggf. modifiziert durch die Grundsätze grundrechtsorientierter Auslegung (vgl. § 2 Abs. 1a SGB V, zuvor BVerfG 06.12.2005, 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25 sowie z.B. BSG 17.12.2013, B 1 KR 70/12 R, BSGE 115, 95 m.w.N.). Diese allgemeinen Vorgaben werden für den ambulanten Bereich durch § 135 SGB V konkretisiert. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung sind gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V grundsätzlich nur dann von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn zunächst der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat und der Bewertungsausschuss sie zudem zum Gegenstand des EBM gemacht hat (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG 26.05.2020, B 1 KR 21/19 R, SozR 4-2500 § 13 Nr. 54, SozR 4-6065 Art. 20) m.w.N.). Durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V wird nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (BSG 26.05.2020, B 1 KR 21/19 R, SozR 4-2500 § 13 Nr. 54, SozR 4-6065 Art. 20). Im Hinblick auf die MRT-Untersuchung der weiblichen Brust hat der GBA in Anlage I Nr. 9 der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ den Umfang der von der Beklagten geschuldeten ambulante Leistung verbindlich festgelegt. Der Senat ist mit dem SG und der Beklagten davon überzeugt, dass die dort geregelten Voraussetzungen in der hier maßgeblichen Zeit nicht vorlagen. Dabei sind das SG und die Beklagte zu Recht davon ausgegangen, dass die MRT-Untersuchung im Juni 2017 nicht zum Rezidivabschluss indiziert war. Zwar liegt bei der Klägerin ein (primärer oder sekundärer) Brustwiederaufbau nach Mamma-Karzinom vor, jedoch bestand im Mai und Juni 2017 kein Rezidivverdacht. Dies haben die Klägerin selbst und N in seiner sachverständigen Zeugenaussage bestätigt. Im Übrigen ist nur so verständlich, warum die MRT-Untersuchung nicht als Sachleistung erbracht und nicht nach dem EBM gegenüber der Beklagten direkt abgerechnet, sondern als privatärztliche Leistung an die Klägerin erbracht worden ist. Die Richtlinie verlangt jedoch ausdrücklich, dass ein Rezidivverdacht besteht und dass Mammographie und Sonographie nicht die Dignität dieses Rezidivverdacht klären. Dies bedeutet, dass die MRT-Untersuchung nur im zu begründenden Einzelfall dann zum Einsatz kommen soll, wenn die etablierten Verfahren (klinische Untersuchung, Mammographie und Sonographie) keine hinreichend aufschlussreiche Dignitätsbeurteilung des Rezidivverdachts erlauben. Unabhängig davon, dass im Vorfeld der MRT-Untersuchung im Juni 2017 die etablierten Verfahren keinen Hinweis auf ein Rezidiv begründet hatten, waren diese Methoden auch bei einem invasiv-lobulären Mamma-Karzinom nicht gänzlich nur Nachsorge ungeeignet. Dies hat auch R nicht behauptet, sondern eingeräumt, dass Sonographie und Mammographie nicht als von vornherein gänzlich ungeeignet angesehen

werden könnten. Weiter konnte sie keine wissenschaftlichen Studien oder Forschungsergebnisse zur MRT-Untersuchung der weiblichen Brust, insbesondere bei Vorliegen eines invasiv-lobulären Mammakarzinoms und nach Aufbauplastik aus der Zeit seit 2001, benennen.

Weiterhin hat das SG zu Recht ein Systemversagen verneint, wobei es auch hier auf die Verhältnisse im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung im Juni 2017 ankommt. Nach der Rechtsprechung des BSG sind Leistungen in einem solchen Ausnahmefall in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen einbezogen, ohne dass es einer Richtlinie des GBA und einer Aufnahme der Methode in den EBM bedarf. Die Rechtsprechung des BSG erstreckt den Anwendungsbereich der Regelung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) über den ausdrücklich geregelten Kostenerstattungsanspruch hinaus auch auf Fälle der Kostenfreistellung, wenn aufgrund Systemversagens eine Lücke im Naturalleistungssystem besteht, die verhindert, dass Versicherte sich die begehrte Leistung im üblichen Weg der Naturalleistung verschaffen können (vgl. z.B. BSG 26.05.2020, [B 1 KR 21/19 R](#), SozR 4-2500 § 13 Nr. 54; BSG 24.04.2018, [B 1 KR 29/17 R](#), SozR 4-2500 § 2 Nr. 11; BSG 11.05.2017, [B 3 KR 6/16 R](#), SozR 4-2500 § 33 Nr. 51; BSG 07.05.2013, [B 1 KR 44/12 R](#), [BSGE 113, 241](#)). Ein solches Systemversagen wird angenommen, wenn der GBA das vorgeschriebene Verfahren trotz Erfüllung der notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt hat. Es ist weder ersichtlich noch hat dies die Klägerin vorgetragen, dass eine Aktualisierung der Richtlinie durch den GBA rechtswidrig unterblieben ist. Auch nach der aktuellen Version der Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Version 4.4, Juni 2021) sollen nach den evidenzbasierten Empfehlungen zur Diagnostik des lokalen/lokoregionäres Rezidivs bei asymptomatischen Patientinnen neben denen im Rahmen der Nachsorge empfohlenen keine weiteren diagnostischen Methoden durchgeführt werden (S. 204). Für die bildgebende Abklärung bei Verdacht auf ein lokales/lokoregionäres Rezidiv sollen - wie auch in der Diagnostik des primären Mammakarzinoms - die Mammographie und der Brustultraschall eingesetzt werden. Die Brust-MRT sollte nur eingesetzt werden, wenn mit anderen Methoden im Hinblick auf die Risikosituation der Frau keine ausreichend sichere diagnostische Aussage getroffen werden kann (S. 205). Nach einer Mastektomie (wie bei der Klägerin) soll mindestens jährlich eine klinische und sonographische Untersuchung zur Überwachung der ipsilateralen Thoraxwand und der regionalen Lymphknotenstationen erfolgen (S. 206/207). Die apparative Diagnostik (Mammographie, Sonographie) zur Beurteilung der ipsilateralen und kontralateralen Brust/Thoraxwand und Axilla sollte mindestens einmal pro Jahr erfolgen (S. 207). In der S3-Leitlinie wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in der Literatur keine ausreichenden Daten zur Nachsorge bezüglich der eingesetzten bildgebenden Verfahren und der Untersuchungsfrequenz nach individueller Risikokonstellation vorliegen. Vor diesem Hintergrund werden die Empfehlungen zur Indikation und Durchführung der verschiedenen diagnostischen und interventionellen Verfahren für die Primärdiagnostik des Mammakarzinoms weitgehend auf die Nachsorgesituation übertragen. Die S3-Leitlinie weist auf Unterschiede insofern hin, dass Veränderungen der Brust nach Operation und Strahlentherapie zu einer eingeschränkten Beurteilbarkeit in der Mammographie und Sonographie führen können. Sie empfiehlt jedoch nur die Durchführung einer kernspintomographischen Untersuchung (MRT) der Mamma, wenn bei Verdacht auf ein Rezidiv in der Mammographie und Sonographie die Differenzierung zwischen narbiger und karzinomatöser Läsion nicht zu treffen ist (S. 207). Zur Primärdiagnostik empfiehlt die S3-Leitlinie den Einsatz der MRT auf diejenigen Fälle einzugrenzen, die mit konventioneller Diagnostik (Mammographie, Ultraschall) sowie perkutaner Biopsie nicht ausreichend sicher gelöst werden können. Daraus entnimmt der Senat, dass nach dem Stand der evidenzbasierten Medizin auch in der Nachsorge zunächst die apparative Diagnostik mittels Mammographie und Sonographie zum Einsatz kommen und die MRT-Untersuchung nur bei Rezidivverdacht, wenn mit Standardverfahren die Differenzierung zwischen narbiger und karzinomatöser Läsion nicht zu treffen ist, ergänzend herangezogen werden soll. Auch der zuletzt von der Klägerin vorgelegte Beitrag vom 14.10.2022 aus dem Ärzteblatt (Bl. 127/128 der Senatsakten) unterstreicht, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse sich nicht derart verdichten haben, dass eine Aktualisierung der Richtlinien durch den GBA - bereits 2017 - geboten gewesen wäre. Vielmehr wird dort gerade der Forschungsbedarf bezüglich neuer diagnostischer Methoden und therapeutischer Verfahren des invasiven lobulären Mammakarzinoms beschrieben, weil sich in der aktuellen medizinischen Forschung zunehmend zeige, dass es gewisse Unterschiede zwischen dem invasiven duktalem und dem invasiven lobulären Mammakarzinom gebe, denen ggf. in Diagnostik und Therapie Rechnung getragen werden müsse.

Schließlich hat das SG zu Recht eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung i.S.d. [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) verneint. Nach [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) („Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“) abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Hintergrund für diese Regelung bildet die Rechtsprechung des BVerfG (06.12.2005, 1 BVR 347/98, [BVerfGE 115, 25](#)), die das SG zutreffend dargestellt hat, sowie die konkretisierende Rechtsprechung des BSG (vgl. z.B. BSG 28.02.2008, [B 1 KR 160/07](#), [BSGE 100, 103](#); BSG 20.04.2010, [B 1/3 KR 22/08](#), [BSGE 106, 81](#)). Eine Erkrankung ist lebensbedrohlich, wenn sie in überschaubarer Zeit das Leben beenden kann und dies eine notstandsähnliche Situation herbeiführt, in der Versicherte nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen ([BVerfGE 140, 229](#)). Es genügt hierfür nicht, dass die Erkrankung unbehandelt zum Tode führt. Dies trifft auf nahezu jede schwere Erkrankung ohne therapeutische Einwirkung zu (vgl. z.B. BSG 17.12.2013, [B 1 KR 70/12 R](#), [BSGE 115, 95](#)). Die Erkrankung muss trotz des Behandlungsangebots mit vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung regulär umfassten Mitteln lebensbedrohlich sein. Kann einer Lebensgefahr mit diesen Mitteln hinreichend sicher begegnet werden, besteht kein Anspruch aus grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts (vgl. BVerfG 11.04.2017, [1 BvR 452/17](#), [NZS 2017, 582](#)). Die notstandsähnliche Situation muss sich nach den konkreten Umständen des einzelnen Falles ergeben. Ein nur allgemeines mit einer Erkrankung verbundenes Risiko eines lebensgefährlichen Verlaufs genügt hierfür nicht (BSG 20.03.2018, [B 1 KR 4/17 R](#), SozR 4-2500 § 2 Nr. 12). Die notstandsähnliche Situation muss im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegen, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird (BSG 27.03.2007, [B 1 KR 17/06 R](#), USK 2007-25; BSG 28.02.2008, [B 1 KR 160/07](#), [BSGE 100, 103](#); 17.12.2013, [B 1 KR 70/12 R](#), [BSGE 115, 95](#); BSG 15.12.2015, [B 1 KR 30/15 R](#), [BSGE 120, 170](#)). Danach muss es sich um eine durch eine nahe Lebensgefahr gekennzeichnete individuelle Notlage handeln (BSG 20.03.2018, [B 1 KR 4/17 R](#), SozR 4-2500 § 2 Nr. 12 m.w.N. zur Rechtsprechung des BVerfG). Das BSG hat das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden oder wertungsmäßig hiermit vergleichbaren Erkrankung u.a. verneint bei einem Prostatakarzinom im Anfangsstadium ohne Hinweise auf metastatische Absiedlungen (BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/05](#), SozR 4-2500 § 27 Nr. 8), bei einem in schwerwiegender Form bestehenden Restless-Legs-Syndrom mit massiven Schlafstörungen und daraus resultierenden erheblichen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen sowie Suizidandrohung (BSG 26.09.2006, [B 1 KR 14/06 R](#), SozR 4-2500 § 31 Nr. 6), bei Friedreich'scher Ataxie - Zunahme der Wanddicke des Herzmuskels, allgemeiner Leistungsminderung und langfristig eingeschränkter Lebenserwartung (BSG



14.12.2006, [B 1 KR 12/06 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr. 8](#)) und bei Zungenschwellungen mit Erstickungsgefahr im Rahmen von Urtikaria-Episoden, die medikamentös mit Hilfe eines stets mitgeführten Notfallsets zu beherrschen waren (vgl. BSG 13.12.2016, [B 1 KR 1/16 R](#), [BSGE 122, 170](#); zustimmend BVerfG 11.04.2017, [1 BvR 452/17](#), [NZS 2017, 582](#)). Dagegen hat es bei einem zunächst operativ und dann chemotherapeutisch behandelten Dickdarm-Karzinom, das sich bereits mindestens im Stadium III befand, das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung bejaht (BSG 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#), [BSGE 96, 170](#)).

Vorliegend ergeben sich keine Hinweise auf eine regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit oder eine wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung i.S. eines nicht kompensierbaren Verlustes eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion. Bei der Klägerin wurden im Oktober 2014 nach Feststellung eines invasiv-lobulären Mammakarzinoms (pT3 pN3a (10/24) L1 V0 Pn0 RX G2) eine Ablatio rechts und eine regionale Lymphadenektomie, im Dezember 2014 eine Nachresektion mit radikaler Mastektomie rechts und laparoskopische Adnexektomie, im Oktober 2016 eine Brustrekonstruktion rechts und im März 2017 eine angleichende Mammareduktion links durchgeführt. Die Nachsorgeuntersuchungen durch N waren jeweils unauffällig; ein Rezidivverdacht ergab sich nicht. Daraus ergeben sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung, die im Juni 2017 eine notstandsähnliche Situation i.S.d. [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) begründet hat. Ein Rezidivrisiko genügt dafür nicht (vgl. LSG Baden-Württemberg 11.10.2011, [L 11 KR 2003/20](#); BeckRS 2021, 45012).

Der entscheidungserhebliche Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat war nicht verpflichtet, entsprechend den Hilfsanträgen der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ein medizinisches Sachverständigengutachten zu den Fragen, ob ein lobuläres Mammakarzinom durch Mammographie erkennbar ist oder jedenfalls durch eine Mammographie erst in einem späteren Stadium als durch ein MRT erkannt werden kann, einzuholen. Unabhängig von den Fragen, ob diese Anträge überhaupt hinreichend bestimmt sind und auf Ermittlungen des Senats in Blaue hinein zielen, kommt es für die Entscheidung des Senats auf diese Beweisthemen nicht an. Der geltend gemachte Erstattungs- und Leistungsanspruch scheidet daran, dass die im Juni 2017 selbstbeschaffte Leistung seinerzeit nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst war, weil die Voraussetzungen der Anlage I Nr. 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, insbesondere mangels Rezidivs, nicht vorlagen, ein Fall des Systemversagens nicht vorlag, weil nicht ansatzweise erkennbar ist und auch nicht durch die Klägerin aufgezeigt wurde, dass bis Juni 2017 eine Entscheidung des GBA im Sinne einer positiven Bewertung zur Nachsorge mittels MTR bei lobulärem Mammakarzinom trotz Erfüllung der für die Überprüfung einer neuen Behandlungsmethode notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen unterblieben ist oder verzögert wurde (vgl. z.B. BSG 27.08.2019, [B 1 KR 14/19 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr. 50, Rn. 18](#)), sowie eine regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit oder eine wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung nicht vorlag.

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

5. Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-05-03