
Datum: 19.04.2016
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 12. Kammer des Sozialgerichts
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 12 KR 261/13
ECLI: ECLI:DE:SGK:2016:0419.S12KR261.13.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 5 KR 531/16
Sachgebiet: Sozialrecht

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitgegenständlich ist die Kostenerstattung für eine bei dem Kläger durchgeführte Hyperthermiebehandlung in Höhe von insgesamt 27.463,20 EUR.

Der am 28.12.1966 geborene Kläger erkrankte Anfang 2004 an einem Karzinom der Ohrspeicheldrüse (Adenoidsyztisches Carcinom der Glandula parotis links). Es wurde das Tumorstadium pT3pN1MO diagnostiziert. Im März 2004 erfolgte die operative Entfernung des Tumors mit anschließender kombinierter Chemo- und Bestrahlungstherapie. Im Oktober 2006 wurde eine Teilresektion an der Zungenunterseite erforderlich.

Im Dezember 2009 stellten die behandelnden Ärzte Lungenmetastasen in beiden Lungenflügeln fest. Es erfolgte eine Chemotherapie bis März 2010, unter der zunächst eine gewisse Stabilisierung des Lungenbefundes eintrat. Nachdem die Metastasierung ab etwa August 2011 bis Mai 2012 fortschritt - ohne Metastasen in weiteren Organen oder Lokalrezidiven -, beantragte der Kläger am 16.05.2012 zunächst eine Therapie mit dendritischen Zellen sowie eine lokale Hyperthermiebehandlung verbunden mit einer Immunrestaurationstherapie mit Vitaminen, Antioxidantien, Enzymen u.ä. Schulmedizinisch wurde vom Zentrum für integrierte Onkologie eine therapiefreie Verlaufskontrolle favorisiert.

Mit der lokalen Hyperthermiebehandlung im Medical Center Cologne begann der Kläger am 30.05.2012 auf eigene Kosten.

Gestützt auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein (MDK) vom 05.06.2012 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 29.06.2012 die Übernahme der Behandlungskosten ab. Hiergegen legte der Kläger am 25.07.2012 Widerspruch ein und verwies mit weiteren Unterlagen darauf, in anderen Einzelfällen seien Behandlungskosten übernommen worden, obwohl die Therapie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse gehöre. Desweiteren reichte der Kläger umfängliche medizinische Unterlagen zu seiner Erkrankung und seinem aktuellen Gesundheitszustand ein. Im Oktober 2012 ergänzte er, durch die bereits durchgeführten bisherigen Hyperthermiebehandlungen sei derzeit eine Stabilisierung der Metastasierung festzustellen, er fühle sich deutlich besser und habe keine Arbeitsunfähigkeitszeiten. Eine mögliche alternative palliative Chemotherapie würde seinen Gesundheitszustand wieder massiv verschlechtern. Nach Auskunft der behandelnden Ärztin komme eine erneute Chemotherapie erst bei Verschlechterung des Zustandes in Frage; diese Therapie sei dann als palliativ, zur Eindämmung der Erkrankung und nicht zur Heilung einzuordnen. Das Medical Center Cologne gab die Auskunft, es werde seit 13.05.2012 eine Hyperthermiebehandlung sowie eine Immunrestorationstherapie mit hochdosierten Vitaminen, Antioxidantien und Enzymen sowie Spurenelementen durchgeführt; eine Impfung mit dendritischen Zellen finde nicht statt. Die Hyperthermiebehandlung erfolge 2x wöchentlich lokal im Thoraxbereich aufgrund der pulmonalen Metastasen sowie 1x/ Monat als Ganzkörperhyperthermie. Man habe in den letzten acht Jahren insgesamt mehr als 5.000 Patienten mit soliden Tumoren und etwa 180 Patienten mit Morbus Kahler, Leukämien und Lymphomen behandelt und sei überzeugt, dass auch der Kläger gute Chancen habe, eine (partielle) Remission zu erfahren und Überlebenszeit und Lebensqualität eindeutig zu verbessern.

6

Im Auftrag der Beklagten begutachtete der MDK am 28.08.12 und 18.12.2012 die medizinische Situation. Danach sei die durchgeführte Therapie als experimentell zu bewerten; es existiere keine evidenzbasierte wissenschaftliche Datenlage. Es könne nicht entschieden werden, inwieweit die derzeitige Stabilisierung der Metastasierung im Zusammenhang mit den durchgeführten Behandlungen, der Hyperthermie stehe; ein stabiler klinischer und laborchemischer Befund könne auch dem Spontanverlauf entsprechen. Ein Überwiegen des Nutzens gegenüber einem Schaden der Behandlungsmethode könne nicht festgestellt werden.

7

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.03.2013 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch zurück. Einer Kostenerstattung der vor Erstbescheidung begonnenen Behandlung stehe bereits die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges entgegen. Der Kläger hätte die Bescheidung seines Antrages abwarten müssen. Inhaltlich gehöre die Hyperthermiebehandlung zu den sog. Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach § 135 Abs 1 SGB V nur bei einer positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) von den Krankenkassen übernommen werden könnten. Die Hyperthermie sei aber ausdrücklich ausgeschlossen worden. Es liege auch kein Ausnahmefall iSd Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, übertragen in § 2 Abs 1a SGB V vor, denn es fehle mindestens an einer auf Indizien gestützten nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

8

Hiergegen hat der Kläger am 05.04.2013 Klage erhoben, gerichtet auf Kostenerstattung der bisher durchgeführten Therapieeinheiten der Hyperthermiebehandlung.

9

Derzeit gebe es für ihn keine anderweitige Behandlungsmöglichkeit. Zudem genüge für die Möglichkeit der ausnahmsweisen Übernahme die nicht ganz fernliegende Aussicht auf Besserung bzw. ernsthafte Hinweise auf einen positiven Einfluss. Seit er die Behandlung durchführe, sei der Befund hinsichtlich der Metastasen in der Lunge stabil.	10
Nicht erforderlich sei, wie es aber die MDK-Gutachten suggerierten, dass ein wissenschaftlich einheitlich anerkannter Wirksamkeitsnachweis geführt wurde oder Studien der Phase II oder III vorlägen. Solche Studien seien bei einer so seltenen Erkrankung im Übrigen auch nicht zu erwarten.	11
Mündlich habe er von einer Mitarbeiterin der Beklagten die Auskunft erhalten, wenn es dringlich sei, könne er sofort mit der beantragten Behandlung beginnen.	12
Schulmedizinisch sei er austherapiert.	13
Der Kläger beantragt,	14
die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 29.06.2012 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.03.2013 zu verurteilen, die dem Kläger für die Hyperthermiebehandlung und die Immunrestorationstherapie entstandenen Kosten im Zeitraum von Mai 2012 bis zum November 2014 in Höhe von insgesamt 27.463,20 EUR zu erstatten.	15
Die Beklagte beantragt,	16
die Klage abzuweisen.	17
Die Ablehnung sei aus den im Widerspruchsbescheid ausgeführten Gründen zu Recht erfolgt. Es existiere mit einer systemischen Chemotherapie bei Verschlechterung des Zustandes eine schulmedizinische Behandlungsalternative. Selbst die Deutsche Krebsgesellschaft empfehle keine Hyperthermiebehandlung unabhängig von einer Chemotherapie und außerhalb klinischer Studien.	18
Das Gericht hat Befundberichte der V - Onkologie, Frau Dr. U - vom 06.06.2014 und von Dr. H vom N3 vom 15.08.2014 angefordert.	19
Sodann hat das Gericht Prof. Dr. C als Sachverständigen ernannt und mit der Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. In dem am 02.02.2015 erstellten Gutachten kommt der Sachverständige zu dem Ergebnis, eine lebensbedrohliche Situation mit rascher Progredienz habe zum Zeitpunkt des Therapiebeginns nicht bestanden. Die allenfalls bildgebend gering zunehmende Lungenmetastasierung sei klinisch ohne Symptomatik geblieben; eine kurzfristige Lebensbedrohung oder ein kurzfristiger erheblicher Funktionsverlust bestehe nicht. Es bestünden hinreichende Kombinations- oder Monochemotherapien als Therapiealternativen zu Lasten der GKV. Es ergebe sich keine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Es gebe einzelne ermutigende Ergebnisse lediglich, wenn die Hyperthermie in Kombination mit Strahlentherapie oder ggfs. Chemotherapie angewandt werde.	20
Der Kläger hat hiergegen eingewandt, es habe sehr wohl bereits 2012 eine lebensbedrohliche Situation bestanden, denn bei Auftreten von Lungenmetastasen nach einem Ohrspeicheldrüsenkarzinom sei regelmäßig mit deren schnellem Wachstum zu rechnen. Nach Durchführen einer weiteren Chemotherapie hätte es nach Auskunft der	21

behandelnden Ärzte keine weiteren Behandlungsoptionen mehr gegeben, weshalb man mit dieser letzten Option so lange wie möglich habe warten wollen. Der Maßstab für positive Einwirkungen einer Behandlung sei seitens des Gutachters zu streng angewandt worden, Indizien für solche Wirkungen seien ausreichend.

Hierzu hat Prof Dr. C ergänzend Stellung genommen und seine Argumentation vertieft. 22

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat sodann Prof. Dr. Dr. T2, Facharzt für Gynäkologie und Strahlentherapie mit der Spezialisierung medikamentöser Tumorthherapie und Onkologie, am 19.08.2015 ein Gutachten nach Aktenlage erstellt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass eine Krebserkrankung, die nach langem Intervall zu einer systemischen Metastasierung wie hier in der Lunge führt, grundsätzlich nicht mehr heilbar ist und lediglich die Symptommfreiheit eine günstige Prognose vortäusche; der Verlust einer herausgehobenen Körperfunktion, d.h. eine Reduzierung der Lungenfunktion, sei durchaus in überschaubarer Zeit erwartbar gewesen. Andere Chemotherapeutika seien noch verfügbar gewesen. Aber es sei zu berücksichtigen, dass eine dritte Serie wie beim Kläger nötig erfahrungsgemäß deutlich geringere Wirkung zeitige und hochbelastend sei. Es sei nachvollziehbar, dass die Uniklinik Köln dem Kläger empfohlen habe, bei bestehender Symptommfreiheit auf eine aggressive und belastende Therapie zu verzichten. Es sei aber mehr als verständlich, wenn ein junger Patient nach allen Mitteln suche, sein Leben zu verlängern. Die Immunrestorationstherapie wirke spürbar positiv auf den Krankheitsverlauf, sie sei mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenso effektiv wie eine Lebensumstellung oder spezifischer Sport. Auch bei Ganzkörperhyperthermie sei ein immunologischer Effekt erwiesen, wohingegen die zahlreichen lokalen Hyperthermien ohne begleitende Chemo weniger wirksam seien, zumal in der Lunge tumorizide Temperaturen (>42Grad) kaum erreicht würden. Die streitgegenständliche Therapie sei offenbar bisher über Jahre effektiv. Salomonisch könne formuliert werden, dass dem Kläger bei Metastasierung Therapiealternativen gewährt werden mussten. 23

Der Kläger hat ergänzend vorgetragen, dass nach Abbruch der Hyperthermiebehandlung aus finanziellen Gründen im November 2014 nunmehr seit 2015 ein Fortschreiten der Metastasierung sowie u.a. eine Pleurakarzinose feststellbar sei. Er hat entsprechende Befunde eingereicht. Der Kläger hat zu seinen Behandlungsoptionen eine Zweitmeinung im O eingeholt; dort wurden die Lungenmetastasen als operabel eingestuft. 24

Der Kläger hat sich daraufhin am 22.12.2015 und 11.02.2016 beidseitigen Thorakotomien unterzogen, bei denen zahlreiche Metastasen in der Lunge entfernt werden konnten. Im Anschluss haben die dortigen Ärzte zunächst eine bildgebende Verlaufskontrolle im Dreimonatsrhythmus empfohlen; eine Therapieeinleitung sei aktuell nicht indiziert. 25

Prof. Dr. C hat unter dem 21.12.2015 noch einmal ergänzend Stellung genommen. 26

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichts- und Verwaltungsakten verwiesen. 27

Entscheidungsgründe: 28

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert i.S.v. § 54 Abs. 2 SGG, denn diese sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte Kostenerstattung. 29

30

Nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V sind den Versicherten die Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, und sich der Versicherte die Leistung deshalb selbst beschafft. § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V setzt somit einen Primärnaturaalleistungsanspruch des Versicherten, dessen rechtswidrige Nichterfüllung sowie die Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten voraus. Im Falle der ersten Alternative muss die Selbstbeschaffung auf der nicht rechtzeitigen Leistungserbringung beruhen. Bei der zweiten Alternative kommen die Ablehnung der Naturaalleistung durch die Krankenkasse und der Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung hinzu (vgl. Brandts, Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1, Stand: Juni 2014, § 13 SGB V Rdnr. 52). Beide Alternativen des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V hängen somit zunächst davon ab, dass der Versicherte einen Primäranspruch auf die entsprechende Dienst- oder Sachleistung hat (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 - B 1 KR 16/07 R = SozR 4-2500 § 31 Nr. 9 Rdnr.13; Urteil vom 16. Dezember 2008 - B 1 KR 11/08 R = BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 19 Rdnr. 12; Urteil vom 23. März 2007 - B 1 KR 25/06 R Rdnr. 10 = BSG SozR 4-2500 § 116 b Nr. 1 mwN). § 13 Abs. 3 SGB V kann die Grenzen des Leistungssystems nicht erweitern, sondern setzt einen Leistungsanspruch voraus. Dieser Kostenerstattungsanspruch tritt an die Stelle der Sach- und Dienstleistung, vgl. § 13 Abs 1 SGB V. Er besteht daher nur insoweit, als die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sach- und Dienstleistung zu erbringen sind.

Dies ist hier nicht der Fall.

31

Nach § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasst jedoch nur solche Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V). Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs.1 S. 1 SGB V nur dann der Fall, wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 i. V. m. § 135 Abs. 1 SGB V wird nämlich 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. Die Krankenkassen sind deshalb nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener Einschätzung der Versicherten oder der behandelnden Ärzte positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben (BSG, Urteil vom 03.07.2012 – B 1 KR 6/11 R Rdnr. 16).

32

Vorliegend fehlt es nicht nur an einer positiven Empfehlung, sondern es liegt ein ausdrückliches negatives Votum hinsichtlich der Hyperthermie vor. Sie darf also grundsätzlich nicht zu Lasten der GKV erbracht werden. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage eines umfangreichen und beanstandungsfreien Bewertungsverfahrens (ausführlich dokumentiert im Internetauftritt unter www.g-ba.de) durch Beschluss vom 18. Januar 2005, in Kraft getreten am 15. Mai 2005 (BANz. 2005 Nr. 90, S. 7485), die Anlage B

33

("Nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden") seiner Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dahin geändert, dass er ihr unter Nr. 42 anfügte: "Hyperthermie (u. a. Ganzkörperhyperthermie, Regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie)" (heute: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage II: Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, Nr. 42).

Entgegen der Auffassung des Klägers liegen zur Überzeugung der Kammer auch die Voraussetzungen für eine grundrechtsorientierte Auslegung nach dem Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98, BVerfGE 115,25) beziehungsweise des mit Wirkung zum 01.01.2012 eingeführten § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V nicht vor. 34

Basierend auf dieser verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung ist nach § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V eine Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, dass eine neue ärztliche Behandlungsmethode ausgeschlossen ist, weil der GBA diese nicht anerkannt hat, dann grundgesetzwidrig, wenn folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: 35

1. es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor, 36

2. bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung und 37

3. bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine „auf Indizien gestützte“, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. 38

Eine lebensbedrohliche Erkrankung kann hier mit den Ausführungen von Prof Dr. C unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG möglicherweise noch verneint werden. Denn das BSG verlangt mit nachvollziehbarer Argumentation eine „notstandsähnliche Situation“, d.h. einen „Zeitdruck“, wie er „typisch für akuten Behandlungsbedarf zur Lebenserhaltung“ ist. Es muss eine große Wahrscheinlichkeit des drohenden tödlichen Krankheitsverlaufs innerhalb eines kürzeren überschaubaren Zeitraums vorliegen. So führt das BSG wörtlich aus: 39

„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. Ähnliches kann für den gegebenenfalls gleichzustellenden, nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten.“ (BSG, Urteil v. 27.03.2007 - B 1 KR 17/06 R – juris Rn 23; zurückweisender Beschluss des BVerfG vom 30.6.2008 - 1 BvR 1665/07 – unter Verweis darauf, dass Anknüpfungspunkt für eine grundrechtsorientierte Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts "das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage" ist; BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 – B 1 KN 3/07 KR R –, Rn. 37, juris); Urteil v. 16.12.2008 - B 1 KN 3/07 KR R – juris Rn 32). 40

Der Zustand des Klägers zum maßgeblichen Entscheidungszeitpunkt Juni 2012 war nach den Ausführungen des sehr sachkundigen Sachverständigen Prof Dr. C unter Berücksichtigung seiner ersten ergänzenden Stellungnahme so einzuordnen, dass bei 41

symptomfreier, auf die Lunge beschränkter Metastasierung von einer mittleren Überlebensdauer von 32,3 Monaten ausgegangen werden konnte, anders, als wenn Metastasenbildungen in anderen inneren Organen auftreten. Sicherlich befand sich der Kläger damit – auch unter Berücksichtigung der vorherigen mehrjährigen symptomfrei verlaufenden und stabilen Situation der Metastasenbildung in der Lunge - nicht in einer vergleichbar akut lebensbedrohlichen Situation wie sie z.B. der Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 18.12.2014 - L 1 KR 21/13 – zugrunde lag (bzgl. eines Klägers, bei dem es innerhalb kürzester Zeit trotz Chemotherapie und experimenteller Antikörpertherapie zu einer fortschreitenden Metastasierung in Leber, Lunge, Milz, Bauchspeicheldrüse, Magen, Magenwand und Lymphknoten gekommen war –, Rn. 55, juris)

Vergleicht man allerdings die Situation mit anderen Entscheidungen, in denen eine notstandsähnliche, akut lebensbedrohliche Erkrankung bejaht wurde (BSG v. 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R - Dickdarm-Ca im Stadium III mit unklarer Situation bzgl. Fernmetastasen; BSG v. 26.09.2006 - B 1 KR 1/06 R - schwere pulmonale Hypertonie mit durchschnittlicher Überlebensdauer bei unbehandelter Krankheit von 2,8 Jahren; vgl. auch Plagemann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 2 SGB V, Rn. 58), hat die Kammer gewisse Zweifel daran, das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Situation zu verneinen. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil neben der behandelnden Ärztin Dr. U und dem nach § 109 SGG beauftragten Gutachter Prof. Dr. T2 auch der MDK in den im Vorverfahren erstellten Gutachten das Vorliegen einer akut lebensbedrohlichen Erkrankung ohne weiteres bejaht haben.

42

Letztlich kann dies aber dahinstehen, denn auch bei Bejahen dieser Voraussetzung des Leistungsanspruchs steht jedenfalls eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung.

43

Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, kann nicht losgelöst davon betrachtet werden, was die anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt. Bei der Frage, ob eine Behandlung mit Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, ist zunächst das konkrete Behandlungsziel zu klären (vgl. BSGE 97, 190 (201); s.a. LSG NRW, Urteil vom 27.03.2014 - L 16 KR 23/12). Bereits aus § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ergibt sich, dass hinsichtlich der therapeutischen Ziele der Krankenbehandlung zwischen der Heilung einer Krankheit, der Verhütung ihrer Verschlimmerung und der Linderung von Krankheitsbeschwerden differenziert wird. Dabei ist nach Möglichkeit die Heilung der Krankheit als das vorrangige Behandlungsziel anzustreben, während die Verhütung einer Verschlimmerung oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden regelmäßig nachrangige Behandlungsziele sind (vgl. bereits BSGE 78, 70 (85)). Bietet die Schulmedizin nur noch palliative Therapien an, weil sie jede Möglichkeit kurativer Behandlung als aussichtslos erachtet, kommt die Alternativbehandlung nur dann in Betracht, wenn die auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinaus reichenden Erfolg besteht. Rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt sind, reichen hierfür nicht. Mit Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ist es in der extremen Situation einer krankheitsbedingten Lebensgefahr jedoch nicht zu vereinbaren, Versicherte auf eine nurmehr auf die Linderung von Krankheitsbeschwerden zielende Standardtherapie zu verweisen, wenn durch eine Alternativbehandlung eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung besteht oder auch nur auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im Einzelfall

44

(vgl. BVerfG, Beschluss vom 26.02.2013 - 1 BvR 2045/12 und Beschluss vom 23.03.2007 - 1 BvR 623/07, beide unter juris; s.a. LSG NRW, Beschluss vom 19.11.2015 – L 16 KR 677/15 B ER, juris Rn 5). Desweiteren muss das konkrete Behandlungsziel geklärt, die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt, eine Risiko-Nutzenanalyse durchgeführt und die Behandlung ausreichend dokumentiert werden (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 7/05 Rdnr. 49 = BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4; Urteil vom 7. November 2006 - B 1 KR 24/06 R Rdnr. 25 = BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12). Nach der Rechtsprechung des BSG soll dem Patienten, der „Strohalm der Hoffnung“ auf Heilung nicht wegen der fehlenden wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verweigert werden. Hoffnungen in diesem Sinne kann ein Patient aber nur mit Behandlungsmethoden verbinden, die darauf gerichtet sind, auf seine mutmaßlich tödlich verlaufende Grunderkrankung als solche einzuwirken, es geht nicht um jede Verbesserung der subjektiven Lebensqualität (wie zum Beispiel der Verbesserung des Appetites - BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - B 6 KA 48/09 R = SozR 4-2500 § 106 Rdnr. Nr. 30 Rdnr. 33 ff).

Das Vorhandensein einer Standardtherapie, die den Anspruch auf Kostenübernahme nach diesen Vorgaben für die Hyperthermie ausschließt, folgt hier allerdings nicht schon daraus, dass sich die Lungenmetastasen 2015/2016 für den Kläger glücklicherweise doch noch als operabel herausgestellt haben und damit bereits zum Entscheidungszeitpunkt Juni 2012 erst recht, da noch in Anzahl und Ausmaß geringer, als operabel hätten eingeschätzt werden können. Denn der Kläger hat insoweit auf die damalige Einschätzung seiner behandelnden Ärzte vertraut, und weder der MDK noch die beiden gerichtlich bestellten Sachverständigen haben diese Therapieoption angeführt. Offenkundig hat sie sich erst nachträglich durch die auf Initiative des Klägers damit befassten Spezialisten im O herausgestellt, was dem Kläger hinsichtlich seines in ex-ante-Sicht zu prüfenden Anspruchs nicht zum Nachteil gereichen kann.

45

Es stand aber auch unter damaliger Sichtweise eine Chemotherapie als Kombinations- oder Monochemotherapie mit und ohne Cisplatin mindestens für den Fall der Verschlechterung als unstreitig palliative Therapie zur Verfügung. Dies führt der Sachverständige Prof. Dr. C nachvollziehbar und überzeugend aus. Dem schließt sich die Kammer an. Diese Einschätzung deckt sich mit den Einschätzungen des MDK und der behandelnden Ärztin Dr. U und wird im Grundsatz auch von dem Sachverständigen Prof Dr. T2 bestätigt. Dass eine solche Therapie im Einvernehmen der Beteiligten unter Abwägung von möglichem Nutzen und Belastungen erst bei deutlicher Verschlechterung des Zustandes zum Einsatz kommen sollte und zunächst bei gutem Befinden des Klägers einem reinen Abwarten („wait and see“) der Vorrang gegeben wurde, gehört zum Therapiekonzept und hindert nicht das Vorhandensein einer Standardtherapie und bedeutet gerade nicht, dass der Kläger schulmedizinisch nicht behandelbar war.

46

Eine Heilung stellt auch die Hyperthermiebehandlung in Kombination mit der Immunrestorationstherapie nicht in Aussicht, denn sie diene nach der Auskunft des Behandlers Dr. H dazu, das Risiko einer weiteren Verschlimmerung zu vermindern und den Zustand möglichst zu stabilisieren. Das Behandlungsziel der Alternativtherapie schließt damit den Verweis auf die vorhandene Standardtherapie nicht aus.

47

Überdies fehlt es zur Überzeugung der Kammer an ausreichenden Hinweisen auf auch nur eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im Einzelfall. Es handelt sich vielmehr um eine experimentelle Behandlung. Die Ausführungen des Behandlers Dr. H bleiben sehr allgemein und basieren im Wesentlichen auf nicht ausreichend mit gesicherten medizinischen Erkenntnissen unterfütterten Einschätzungen und dem Verweis auf eine

48

Vielzahl behandelter Patienten sowie den stabilen Befund bei dem Kläger. Sie vermögen die fundierten Ausführungen des Sachverständigen Prof Bruch nicht zu entkräften. Denn hierzu führt der durch die Hyperthermiebehandlung bei Krebserkrankungen langjährig erfahrene Sachverständige unter Verweis auch auf entsprechende Forschungsarbeiten überzeugend aus, dass es für eine Kombination der Hyperthermie mit Strahlentherapie und ggfs. Chemotherapie ermutigende experimentelle Ergebnisse gebe, die aber für eine singuläre Hyperthermie auch in Kombination mit der Immunrestorationstherapie bisher fehlen. Dies erscheint der Kammer in der Parallelwertung als medizinische Laien auch nachvollziehbar, da die kombinierte Hyperthermie das Eindringen oder Einwirken von Strahlung oder Medikamenten durch Erwärmen des Gewebes fördern soll, wohingegen selbst nach der Einschätzung des Gutachters Prof Dr. T2 durch die reine lokale Erwärmung in der Lunge keine Temperaturen erreicht werden, die gezielt Krebszellen zum Absterben bringen könnten. Die Stabilisierung des Zustandes des Klägers über den Zeitraum der Behandlung und leichte Progression nach deren Beendigung mögen zwar ex post betrachtet einen zeitlichen Zusammenhang belegen, liefern aber keinen Kausalitätsnachweis. Denn nach Auskunft der behandelnden Ärztin wie der Gutachter kann eine solche Entwicklung auch im Spontanverlauf der Erkrankung eintreten und ist offenbar, wenn man die durchschnittliche Überlebenserwartung wie von Prof. C angegeben betrachtet, auch nicht untypisch.

Dass sich die Immunrestorationstherapie und die Hyperthermie insgesamt günstig für das allgemeine Wohlbefinden des Klägers ausgewirkt haben und auf diese Weise den Kampf gegen die Erkrankung begünstigt haben mögen, führt nicht zu einem Anspruch auf Übernahme. So führt auch Prof. T2 in seinem Gutachten aus, dass Sport und Ernährungsumstellung ähnliche Effekte wie die Immunrestorationstherapie haben können. Da das Gutachten von Prof. T2 nicht die Alternativlosigkeit der begehrten Therapien belegt, vermochte die Kammer daher auch nicht abschließend der Übernahmeempfehlung dieses Sachverständigen zu folgen und sieht auch die Einwände von Prof. Dr. C gegenüber diesem Gutachten als berechtigt an. 49

Da es wie gezeigt an einem Primäranspruch fehlt und die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 S 1 SGB V bereits aus diesem Grund nicht erfüllt sind, bedarf es keiner Vertiefung mehr, ob es sich hinsichtlich des Beschaffungsweges bei der Hyperthermie um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne dieser Regelung gehandelt hat oder der erforderliche ursächliche Zusammenhang zwischen Nichtleistung und Kostenlast bereits daran scheitern könnte, dass der Kläger sich bereits auf die gewählte Behandlung festgelegt hatte, bevor der Antrag beschieden war, ob das auch auf die nach Erstbescheidung über Jahre durchgeführten Behandlungen gelten würde und inwieweit sich aus der vom Kläger geltend gemachten abweichenden mündlichen Auskunft einer Mitarbeiterin der Beklagten Anderes ergäbe. 50

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. 51

Rechtsmittelbelehrung: 52

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden. 53

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim 54

Landessozialgericht 55

Nordrhein-Westfalen, 56

Zweigertstraße 54, 57

45130 Essen,	58
schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.	59
Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem Sozialgericht Köln,	60 61
An den Dominikanern 2,	62
50668 Köln,	63
schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.	64
Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.	65
Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-koeln.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 (BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.	66
Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.	67
Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Köln schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.	68
Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.	69
Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.	70
Dr. Erberich	71
Richterin am Sozialgericht	72

