

L 5 KR 637/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 3468/06
Datum
26.09.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 637/09
Datum
26.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26.9.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Übernahme der Kosten einer manualmedizinischen Behandlung im Sinne einer Komplextherapie.

Der 1980 geborene Kläger, bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert, leidet an einer erstmals 1995 diagnostizierten spastischen Spinalparalyse mit zunehmender Spastik der unteren Extremitäten, dynamischer Spreizfußbildung beidseits und einer Sprachstörung mit Wortfindungsstörungen (vgl. Bericht der Universitätsklinik Freiburg vom 2.5.2006 bzw. Bericht der Ambulanz für Manuelle Medizin in der Rheintalklinik Bad Krozingen vom 11.4.2006).

Am 15.3.2006 beantragte der Kläger die Übernahme der Kosten einer Komplextherapie in der Ambulanz für Manuelle Medizin, Rheintalklinik, Bad Krozingen; zur Begründung verwies er auf den Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 (- [1 BvR 347/98](#) -). Die Komplextherapie verschaffe ihm Erleichterung und sogar Verbesserung der körperlichen Leiden.

Dem Antrag war der Bericht der Rheintalklinik vom 11.4.2006 beigelegt. Darin ist ausgeführt, der Kläger sei vom 13.3. bis 17.3.2006 behandelt worden. Seit der letzten Untersuchung bei der Behandlung im Dezember 2005 habe sich sein Zustand deutlich verschlechtert. Die Muskelschwäche der oberen Extremitäten und die Spastik der unteren Extremitäten hätten zugenommen. Dieser Zustand habe eine tiefe Depression ausgelöst. Teilweise durch die Grunderkrankung und teilweise aufgrund der Einnahme von Psychopharmaka hätten die Sprachstörungen (ataktische Aussprache, Wortfindungsstörung, Verlangsamung im intellektuellen Bereich) zugenommen. Die Mutter des Klägers habe außerdem über vermehrte Blasenentleerungsprobleme berichtet. Wegen der zunehmenden Spastik der unteren Extremitäten und der Muskelschwäche der oberen Extremitäten könne der Kläger einen Rollstuhl nicht mehr selbstständig fahren. Zudem sei der Muskeltonus so erhöht, dass eine aktive Bewegung der oberen Extremitäten zu einer Streckspastik sowohl im Bereich der unteren Extremitäten wie im Bereich des Rumpfes führe. Mit dem Therapieziel der Tonusregulierung und zur Verbesserung des Sitzens habe man die manualmedizinische Komplexbehandlung, bestehend aus werktäglicher Atlas-therapie von links-lateral, myofaszialem Lösen und Manipulations- und Mobilisationstechniken durchgeführt. Zusätzlich habe der Kläger werktäglich detonisierende und propriozeptionsfördernde Massagen und krankengymnastische Übungsbehandlungen auf neurophysiologischer Basis erhalten. Das Behandlungsziel sei erreicht worden. Insgesamt sei es zu einem recht erfreulichen Behandlungsergebnis gekommen. Bei der Abschlussuntersuchung sei der Muskeltonus deutlich reduziert gewesen und der Kläger habe wieder besser und lockerer in seinem Rollstuhl sitzen können und weniger spastische Streckung gezeigt. Eine Woche nach der Behandlung habe die Mutter des Klägers berichtet, dass sich noch weitere Besserungen ergeben hätten. So habe sich das Blasenentleerungsproblem verbessert und die Transfers gelängen wieder deutlich leichter. Nach wie vor sei eine begleitende manualmedizinische Intervallbehandlung i. V. m. Krankengymnastik und Massagen auch in Zukunft einmal alle drei Wochen nötig. Die Wiederholung einer einwöchigen intensiven Komplexbehandlung alle drei bis vier Monate sei dringend indiziert.

Mit Bescheid vom 12.5.2006 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Zur Begründung führte sie aus, die ambulante Komplextherapie sei nicht Bestandteil des mit der Rheintalklinik abgeschlossenen Versorgungsvertrags nach [§ 111](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Als Krankenbehandlung gem. [§ 27 SGB V](#) könne die Komplextherapie ebenfalls nicht gewährt werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss die Atlas-therapie im Rahmen der Komplextherapie vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen habe. Die

Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 (- [1 BvR 347/98](#) -) sei nicht einschlägig.

Den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.7.2006 zurück. Ergänzend führte sie aus, der Kläger habe vom 14. bis 18.1.2002 eine ambulante Komplextherapie in der Rheintalklinik unter Kostenbeteiligung der Krankenkasse durchgeführt. Im Jahr 2002 sei ein (weiterer) Antrag auf Kostenbeteiligung abgelehnt worden; nach entsprechenden Hinweisen des Landessozialgerichts Baden-Württemberg sei ein deswegen angestrigtes Berufungsverfahren durch Rücknahme der Berufung beendet worden. Aus der Leistungsgewährung in der Vergangenheit könne der Kläger Rechte auf weitere Leistungen nicht ableiten.

Am 17.7.2006 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Freiburg. Zur Begründung bekräftige er sein bisheriges Vorbringen. Er sei zur Linderung der Beschwerden auf die Manualtherapie angewiesen, zu deren Gewährung die Beklagte nach der Rechtsprechung des BVerfG verpflichtet sei.

Die Beklagte trug ergänzend vor, die Ambulanz für Manuelle Medizin sei zwar an die Rheintalklinik angegliedert, allerdings umfasse der Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) der Rheintalklinik weder die Atlasstherapie noch die Behandlung von Kindern. Außerdem werde die übliche Verweildauer nicht eingehalten und die Unterbringung erfolge außerhalb der Klinik, so dass es keine Gemeinsamkeiten mit einer stationären Rehabilitationsbehandlung gebe. Damit begehere der Kläger eindeutig eine außervertragliche Leistung. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in seiner Sitzung vom 21.6.2002 über die Atlasstherapie als wesentlichem Element der manuellen Therapie beraten und sei zu der Auffassung gelangt, dass Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Atlasstherapie nicht ausreichend belegt seien. Das Landessozialgericht Baden-Württemberg habe bereits mit Urteilen vom 31.01.2003 (- L 4 KR 334/02 -) und 3.4.2003 (- L 4 KR 88/02 -) entschieden, dass die in Rede stehende Komplexbehandlung nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehöre. Damit könnten selbst die Kosten für vom Leistungsspektrum umfasste Behandlungsteile nicht übernommen werden. Daraus, dass die Behandlungsleistung in der Vergangenheit über Jahre gewährt worden sei, könne der Kläger für die Zukunft keine Rechtsansprüche herleiten.

Die Beklagte legte außerdem das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK, Dr. Böhm) vom 17.8.2006 vor. Darin ist (u.a.) ausgeführt, wesentliche Komponente der Komplextherapie sei die Atlasstherapie nach Arlen. Dieses Verfahren sei vom Gemeinsamen Bundesausschuss den Methoden zugeordnet worden, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden dürften. Der balneophysikalische Anteil der Komplextherapie sei indessen verordnungsfähig. Die Komplextherapie stelle keine kausale Therapie des beim Kläger vorliegenden Krankheitsbildes dar. Sie solle auf symptomatischer Ebene die Spastik und den erhöhten Muskeltonus verbessern. Hierbei handele es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung. Zusätzlich bestünden auch Therapiemöglichkeiten, die zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden könnten, wie die (bereits erfolgte) Implantation einer Medikamentenpumpe zur Behandlung der Spastizität.

Das Sozialgericht erhob Berichte behandelnder Ärzte sowie das Gutachten der Neurologin Dr. K. vom 13.8.2007.

Dr. L.-B. (Ambulanz für Manuelle Medizin, Rheintalklinik Bad Krozingen) führte unter dem 14.10.2006 aus, der Kläger sei zuerst am 7.10.1997 und zuletzt am 17.10.2006 behandelt worden. Er leide unter einer seltenen neuromuskulären Erkrankung, die sich nicht präzise klassifizieren lasse. Es handele sich um eine progrediente, neuromuskuläre Erkrankung aus der Gruppe der spastischen Spinalparalysen mit atypischen, akzessorischen Symptomen. Die "reine" spastische Spinalparalyse sei eine Erkrankung des Rückenmarks, ohne dass Anteile des Gehirns einbezogen wären. Beim Kläger liege eine "komplizierte" Spinalparalyse vor, bei der neben den Schädigungen im Rückenmark weiße Substanz im Gehirn abgebaut werde. Als herausragender Befund erscheine die Verbindung zwischen den beiden Gehirnhälften (Balken) als stark verschmächtigt und es entstehe ein innerer Wasserkopf. Die Erkrankung habe in der Kindheit begonnen; seit 1996 sei der Kläger auf Unterarmgehstützen, seit 1998 auf einen Rollstuhl angewiesen. Seit dem Jahr 2000 leide er unter starken Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der Beine, die durch eine zur bestehenden Spastizität hinzukommende, einschließende maximale Muskelverkrampfung bedingten seien. Dabei würden die Beine und die Muskulatur um das Becken bei fast jeder Bewegung, aber auch bei bereits leichten emotionalen Regungen, beispielsweise etwas unbedingt sagen zu wollen, maximal verspannt. Diese schmerzhaften Verspannungen hätten zu einer vierwöchigen stationären Behandlung im Schmerzzentrum der Universitätsklinik Freiburg geführt.

Im Laufe der Zeit stiegen die Lähmungen so weit auf, dass seit etwa zwei bis drei Jahren eine ständig zunehmende, erhebliche Muskelschwäche der oberen Extremitäten hinzugekommen sei, die das Antreiben oder Steuern eines Rollstuhls unmöglich gemacht habe. Der Kläger brauche Hilfestellung bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden. Außerdem sei es als weiteres Symptom zu erheblichen Wortfindungsstörungen gekommen. Ungeachtet dessen, dass jetzt von einer progredienten Demenz gesprochen werden müsse, sei sich der Kläger seines immer schlechter werdenden Zustandes und seiner miserablen Lebensqualität bewusst und zeige deswegen eine sehr deutliche, reaktiv ängstlich getönte Depression mit Selbstmordgedanken. Die Entwicklung der letzten vier bis fünf Jahre lasse einen fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfall erkennen.

Die "reine" spastische Spinalparalyse verkürze die Lebenserwartung nicht. Anders verhalte es sich bei der "komplizierten" spastischen Spinalparalyse mit akzessorischen Symptomen. Beim Kläger liege ein sehr individuelles Krankheitsbild vor, dessen Prognose unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht abzuschätzen sei. Die akzessorischen, komplizierenden Symptome überwögen die Grundsymptomatik einer "reinen" spastischen Spinalparalyse um ein Vielfaches. Im Vordergrund stünden derzeit Krankheitszeichen, die auf einen fortschreitenden, allgemeinen Verfall der Hirnstrukturen und nicht nur auf eine Störung des Rückenmarks hindeuteten. Es komme zu einem langsam fortschreitenden inneren Wasserkopf. Wie weit diese Entwicklung gehen werde, sei nicht vorhersehbar. In einigen Fällen gehe die komplizierte Spinalparalyse in das Krankheitsbild der absolut tödlichen amyotropen Lateralsklerose (ALS) über; ob dies beim Kläger drohe, könne nicht vorhergesagt werden. Im Beobachtungszeitraum von mehr als 10 Jahren sei eine zunehmende Progredienz der Einschränkung der Hirntätigkeit offenbar geworden. Man könne nicht vorhersagen, wie weit der Untergang von Nervenzellen im Gehirn gehen werde und ob bzw. wann sich eine lebensbedrohliche Situation einstelle. Angesichts der in den radiologischen Untersuchungen nachgewiesenen Entwicklung bestehe große Besorgnis, dass beim Kläger eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen könnte.

Eine kausale Therapie existiere für keine Form der Spinalparalyse. Man könne nur versuchen, die Symptome mit Medikamenten und Methoden der physikalischen und rehabilitativen Medizin zu lindern, wobei die Progredienz der Grunderkrankung unbeeinflusst bleibe. Verschiedene, in den vergangenen Jahren durchgeführte Versuche der medikamentösen Behandlung mit antispastischen Medikamenten

seien beim Kläger fehlgeschlagen, weil es jeweils zu einer nicht tolerierbaren Muskelschwäche gekommen sei. Deswegen sei am 21.4.2006 eine Pumpe implantiert worden, die das Medikament Baclofen in den Rückenmarkskanal leite. Dabei seien die unerwünschten Nebenwirkungen meist geringer. Beim Kläger sei dies jedoch nicht der Fall gewesen. Es seien folgende Nebenwirkungen eingetreten: ein vollständiger Kraftverlust in den Beinen, den Rückenmuskeln und den Armen sowie verwaschene Sprache, erhebliche Schluckstörungen mit dem Unvermögen, den eigenen Speichel zu schlucken, fahriges Verhalten und Koordinationsstörungen, Desorientiertheit, Gleichgewichtsstörungen, Gedächtnisverlust und Vergesslichkeit, Angst, Suizidgedanken bei allgemeinen Stimmungsschwankungen, allgemein verminderte Wahrnehmung und geistige Verlangsamung, Paranoia, Halluzinationen, Verwirrtheit, manische Zustände, Darminkontinenz, Blasenentleerungsstörungen, Blasenkrämpfe, Gewichtsverlust und Appetitminderung (20 Kilogramm Gewichtsabnahme). In jedem Fall sei die spezielle medikamentöse Behandlung zumindest geeignet, auch die hinzugekommenen Störungen hervorzurufen und/oder zu verstärken. Das Medikament werde langsam wieder abgesetzt, wodurch es dem Kläger in fast allen Belangen deutlich besser gehe.

Die Physiotherapie werde im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als symptomatisch wirksame Therapie bei spastischen Bewegungsstörungen angeboten, wenngleich ihre Wirksamkeit insoweit wissenschaftlich nicht habe nachgewiesen werden können. Bei Durchführung und Bewertung entsprechender Untersuchungen könne man den heute geforderten wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügen, weshalb sich die forschende Medizin um diesen wichtigen Bereich fast gar nicht kümmere. Ziel der Komplextherapie in der Ambulanz für Manuelle Therapie der Rheintalklinik sei es, die Biomechanik und die willentliche Kontrolle der Muskulatur zu verbessern. Dazu würden verschiedene Formen der manuellen Medizin in Verbindung mit tonusregulierenden Massagen, neurophysiologisch begründete Physiotherapie, die Eigenwahrnehmung fördernde Ergotherapie und gegebenenfalls Laufbandbehandlung und extrakorporale Stoßwellen eingesetzt. Durch diese Maßnahmen verminderten sich die Steifigkeit der Muskulatur, die Schmerzen im Bereich des Bewegungssystems und die spastischen Reaktionen. Die Eigenwahrnehmung und die Bewegungsfähigkeit würden gefördert. Für den Kläger bedeuteten diese Behandlungen eine jeweils mehrwöchige bis mehrmonatige Verminderung der einschließenden spastischen Reaktionen, eine Verbesserung der Sitzposition im Rollstuhl, eine deutliche Schmerzlinderung und eine Zunahme der Bewegungsmöglichkeiten. Unerwünschte Wirkungen träten nicht auf. Die Grunderkrankung werde in ihrem Verlauf nicht beeinflusst. Das Behandlungsziel sei jeweils durch die werktäglich über zwei Wochen durchgeführte Komplextherapie erreicht worden. Bisher würden die zweiwöchigen Behandlungsserien etwa alle sechs Monate notwendig.

Entgegen der Auffassung des MDK habe die Komplextherapie keinen balneophysikalischen Anteil. Die Atlasterapie nach Arlen sei auch nicht wesentliche Komponente der Komplextherapie. Auf sie entfalle ein eher kleiner Teil der Behandlung. Von den Ärzten würden verschiedene manualmedizinische Methoden angewendet, wobei allerdings die Atlasterapie ein unverzichtbarer Bestandteil sei. Das Prinzip der Arbeit in der Ambulanz für Manuelle Medizin beruhe auf der Synergie verschiedener Methoden (u.a.) aus dem Bereich ärztlicher manueller Medizin einschließlich einiger osteopathischer Methoden und der Atlasterapie. Die durchgeführten Maßnahmen stünden gleichwertig nebeneinander und ergänzten sich in der Wirkung. Die Behandlung werde nach den Leitlinien des interdisziplinären Arbeitskreises Manuelle Medizin bei Kindern der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin zur Behandlung spastischer Bewegungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Man sei der Auffassung, die synergetische Wirksamkeit der Komplextherapie, aber auch der Atlasterapie nach Arlen als Einzelmethode durch ausgedehnte wissenschaftliche Arbeit nachgewiesen zu haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe die Atlasterapie nicht anerkannt, weil bei den Untersuchungen keine Kontrollgruppen geführt worden seien; letzteres beruhe auf faktischen und vor allem ethischen Gründen, weil es für die zu behandelnde Symptomatik keinen therapeutischen Goldstandard gebe, an dem die Wirksamkeit hätte gemessen werden können. Letztendlich könne niemand wissen, ob es sich bei der Erkrankung des Klägers um eine lebensbedrohliche Symptomatik handle oder nicht.

Prof. Dr. M. (Universitätsklinik Freiburg) führte unter dem 6.12.2006 aus, beim Kläger bestehe eine spastische Spinalparalyse mit rollstuhlpflichtiger spastischer Tetraparese und Verdacht auf eine beginnende Bulbärparalyse, Leukencephalopathie und Verschmächtingung des Balkens sowie am ehesten eine organische wahnhaft-schizophrene Störung. Zusätzlich seien seit Frühjahr 2006 zunehmende Schluckstörungen und eine beschriebene respiratorische Ventilationsstörung bekannt. Bei der spastischen Spinalparalyse handle es sich um eine Erkrankung innerhalb einer Gruppe von genetisch klinisch unterschiedlichen Erkrankungen. Diese seien charakterisiert durch eine spastische Tonuserhöhung der Muskulatur der Beine. Eine kausale Behandlung sei nicht möglich und es gebe auch keine evidenzbasierten Behandlungsstandards. Die Erkrankung werde symptomatisch behandelt, im Wesentlichen mit Medikamenten und Krankengymnastik. Im Vordergrund stehe die Kontrakturprophylaxe oder -behandlung sowie die funktionserhaltende Physiotherapie. Eine medikamentöse Therapie der Spastik bestehe unter anderem in der intrathekalen Baclofengabe. Die komplizierte Form zeichne sich durch zusätzliche neurologische Symptome, wie zunehmende Vergesslichkeit und Merkfähigkeitsstörungen aus. Die reine Form sei typischerweise gekennzeichnet durch den Untergang von Leitungsbahnen im Rückenmark, was die Lähmung der Beine nach sich ziehe. Es handle sich dabei nicht um eine regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit. Beim Kläger liege aktuell keine lebensbedrohliche Erkrankung vor. Lebensbedrohliche Probleme könnten sich sekundär durch massive Schluckbeeinträchtigungen mit Aspirationen ergeben. Die in Rede stehende Komplextherapie sei keine kausale Therapie der spastischen Spinalparalyse, sondern gehöre ebenfalls zur symptomatischen Therapie eines erhöhten Muskeltonus. Insoweit werde dem MDK zugestimmt. Die Atlasterapie nach Arlen behaupte ein neurophysiologisches Konzept zur Beeinflussung von neuromotorischen Störungen unterschiedlicher Ursache sowie von Schmerzzuständen des Bewegungssystems. Bewährt habe sich diese Therapie scheinbar bei diversen Störungen bzw. neurologischen Krankheitsbildern, wie den Folgen einer Poliomyelitis, bei bestimmten Formen der Multiplen Sklerose, bei Myopathien unterschiedlicher Genese oder motorischen Entwicklungsstörungen im Säuglingsalter sowie bei so genannten sensomotorischen Störungen im Vorschul- unter Schulalter und bei infantilen Zerebralpareesen, vor allem bei zerebraler Spastik. Erste wissenschaftliche Untersuchungen zeigten, dass die Atlasterapie als Ergänzung der neurophysiologischen Krankengymnastik beurteilt werden könne und einen Fortschritt insbesondere bei der Behandlung bewegungsgestörter Kinder darstellen könne. Im Einzelfall könne man sie als Unterstützung in den therapeutischen Bemühungen bei neuromotorischen Störungen und zur Verhinderung möglicher sekundärer Komplikationen wie Atemstörungen mit Gefahr der Pneumonie in das Behandlungskonzept auch der spastischen Spinalparalyse, wie beim Kläger, aufnehmen.

Dr. K. führte in ihrem Gutachten aus, die neurologische Erkrankung des Klägers sei langsam progredient. Seit einem Jahr sei es zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen, weshalb der Kläger mittlerweile rundum auf fremde Hilfe angewiesen sei. Der psychische Zustand sei mit Hilfe von Medikamenten aktuell stabil und zufriedenstellend. Der Kläger verschlucke sich immer wieder, habe bislang aber keine Lungenentzündung entwickelt. Die Spastik in den Armen und Beinen habe eher zugenommen; der Rollstuhl könne nicht mehr allein bedient werden. Die Transfers seien nur mit viel Unterstützung über den Stand möglich. Der Kläger leide außerdem an Blasenentleerungsstörungen

und nasse sich zwei bis drei Mal am Tag ein. Die Behandlung bestehe in zweimal wöchentlicher Physiotherapie, einmal Thermalbad, einmal Sprachtherapie und Ergotherapie. Punktuell würden Akupunktur und wiederholt Komplextherapie in der Rheintalklinik angewendet. Nachdem die Krankenkasse die Kosten seit 2001 nicht mehr bzw. nicht mehr in vollem Umfang übernehme, würden sie vom Kläger und seiner Familie getragen. Der Kläger habe berichtet, dass ihn die Behandlung in der Rheintalklinik psychisch aufbaue und er besser Wasserlassen könne. Er könne sich länger zurückhalten und die Miktion willkürlich in Gang setzen; nach der Behandlung verfüge er sogar für begrenzte Zeit über Harnkontrolle. Auch die Stuhlkontrolle sei vorübergehend normal. Die Beweglichkeit nehme zu, die Spastik sei kontrollierbarer und die Transfers seien mit weniger Hilfe möglich. Nach einer Behandlung habe er nur mit zehn Prozent Unterstützung allein stehen können, vor der Behandlung sei er zu 80 Prozent auf Hilfe angewiesen. Er könne die Nahrungsmittel auch besser zum Mund führen. Das Schlucken sei besser, er müsse weniger würgen und weniger oft nachschlucken. Er verschlucke sich auch weniger. Schmerzen seien für ihn kein Thema. Die Besserung halte zirka zwei Monate nach der Behandlung an.

Beim Kläger sei 1995 eine spastische Spinalparalyse mit Leukenzephalopathie diagnostiziert worden. Dabei handle es sich um eine chronisch progrediente Erkrankung, für die es keine kausale Behandlung gebe. Die Grunderkrankung könne nur symptomatisch behandelt werden, wobei medikamentöse, physiotherapeutische, ergotherapeutische und sprach-/schlucktherapeutische Bemühungen im Vordergrund stünden. Hinzukämen ergänzend physikalische Maßnahmen. Auf Grund der Progredienz der Erkrankung und der psychiatrischen Co-Morbidität könnten solche Maßnahmen beinahe nur einen zustandserhaltenden Charakter haben mit möglicherweise leichten, vorübergehenden Besserungen nach intensiveren Blockbehandlungen, wie sie (u. a.) auch in der Rheintalklinik stattfänden. Der Kläger habe zweifellos aufgrund der zuverlässigen Angaben auch seiner Mutter von den kompakten kurzen Behandlungen profitiert. Der Grund dafür sei die Intensität dieser Behandlungen (zirka vier Stunden am Tag), wobei die Behandlungen weitgehend aus den bekannten klassischen Methoden, die bei zentralmotorischen Störungen eingesetzt werden, bestünden.

Beim Kläger liege eine lebensbedrohliche Erkrankung nicht vor. Die Krankheit sei langsam fortschreitend, die Lebenserwartung im Vergleich zur gesunden Population verkürzt. Sollten die Schluckstörungen gefährlich zunehmen mit Verschlucken und Gefahr einer Pneumonie, könne der Kläger durchaus akut in Lebensgefahr geraten. Mit weiteren akuten, lebensbedrohlichen Komplikationen sei gegenwärtig nicht zu rechnen. Durch eine intensivere Behandlung, wie sie auch in der Rheintalklinik durchgeführt werde, lasse sich über die Zustandserhaltung eine vorübergehende Besserung erzielen. Entgegen der Auffassung des MDK spiele die Atlasterapie nicht die wesentliche Rolle; sie werde nur ergänzend angeboten. Die Besserung, die sich beim Kläger einstelle, hänge mit der Intensität der klassischen Behandlung zusammen und sicherlich nicht mit der Atlasterapie. Bis heute gebe es nur eine physiotherapeutische Methode, die bei zentralmotorischen Störungen angewendet werde und wissenschaftlich evaluiert sei. Dabei handle es sich um die Forced-Use oder Taubsche Methode. Alle anderen Methoden seien wissenschaftlich nicht evaluiert und würden von den Krankenkassen ohne Evidenz aufgrund der im Laufe der Jahre gesammelten Erfahrungen problemlos übernommen. Beim Kläger sei die Forced-Use Therapie aufgrund der Schwere der Ausfälle nicht indiziert und nicht möglich.

Das Sozialgericht führte am 10.12.2007 eine erste mündliche Verhandlung durch. Die Mutter des Klägers gab an, in den Zeiten, in denen er nicht in der Komplextherapie sei, bekomme der Kläger wöchentlich zweimal eine Stunde Krankengymnastik, zweimal eine Stunde Wassertherapie sowie einmal eine Stunde Ergotherapie und Logopädie. Für die Komplextherapie entstünden Kosten von 700 bis 800 EUR je Maßnahme (mündliche Verhandlung vom 26.9.2008: 1.200 EUR).

Nachdem eine vergleichsweise Regelung gescheitert war, wies das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom 26.9.2008 ab. Zur Begründung führte es aus, die Beklagte habe die Gewährung der vom Kläger begehrten Komplextherapie nicht zu Unrecht abgelehnt, weshalb ein Kostenerstattungsanspruch nicht bestehe. Im Hinblick auf die Behandlungsserie vom 13.3. bis 17.3.2006 fehle es schon an einem vorherigen Leistungsantrag bei der Beklagten; der Leistungsantrag sei erst am 15.3.2006 eingegangen. Hinsichtlich der seitdem in Anspruch genommenen Behandlungsserien fehle es (ebenfalls) an Leistungsanträgen des Klägers. Außerdem habe der Kläger auch keinen Anspruch auf Gewährung der Komplextherapie. Bei dieser Therapie handle es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, da sie nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgeführt sei. Eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) liege nicht vor. Vielmehr habe der Gemeinsame Bundesausschuss ausdrücklich klargestellt, dass die Atlasterapie nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfe. Dabei komme es nicht darauf an, dass die Komplextherapie aus verschiedenen Methoden der manuellen Medizin bestehe und die Atlasterapie am Gesamtaufwand lediglich einen kleinen Teil ausmache. Die Atlasterapie sei nach dem Bericht der Dr. L.-B. nämlich ein unverzichtbarer Bestandteil der Komplextherapie, die deshalb insgesamt nicht von der Krankenkasse gewährt werden müsse. Auf die vom BVerfG im Beschluss vom 6.12.2005 (- [1 BvR 347/98](#) -) aufgestellten Rechtsgrundsätze könne sich der Kläger nicht berufen. Trotz der unbestreitbaren Schwere seiner Erkrankung leide er nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit. Auch eine damit wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung liege nicht vor. Das BSG (Urt. vom 24.3.2007, - [B 1 KR 17/06 R](#) -) verlange eine einschränkende Auslegung der Grundsätze des BVerfG, weil andernfalls die vom Gesetzgeber gezogenen Grenzen überschritten würden. Erforderlich sei daher neben der Schwere der Erkrankung eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch sei. Nach den konkreten Umständen müsse die Gefahr bestehen, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen werde. Ähnliches könne für den gegebenenfalls gleichzustellenden, akut drohenden und nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten. Diese Voraussetzungen seien beim Kläger nicht erfüllt, wie aus den erhobenen Arztberichten und dem Gutachten der Dr. K. übereinstimmend hervorgehe.

Gegen das ihm am 29.1.2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 5.2.2009 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er ergänzend vor, er habe nicht jeweils erneut Leistungsanträge stellen müssen, da die Beklagte im Ablehnungsbescheid klar zum Ausdruck gebracht habe, dass sie die Komplexbehandlung nicht gewähren werde. Bei ihm liege eine notstandsähnliche Situation vor. Nur die Komplexbehandlung versetze ihn in die Lage, alle drei Monate für wiederum drei Monate ohne extreme Schmerzen urinieren zu können. Man möge die Akten dem BVerfG zur Entscheidung vorlegen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26.9.2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 12.5.2006 in der

Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.7.2006 zu verurteilen, die Kosten für Komplextherapie-Behandlungen in der Ambulanz für Manuelle Medizin der Rheintalklinik, Bad Krozingen, seit 13.3.2006 und in Zukunft zu übernehmen,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihm manualtherapeutische Behandlungen im Sinne einer Komplextherapie in der Ambulanz für Manuelle Medizin der Rheintalklinik, Bad Krozingen, zu gewähren bzw. die dafür entstandenen und noch künftig entstehenden Kosten zu erstatten. Der Kläger hat darauf keinen Anspruch.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs ist § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V; eine unaufschiebbare Leistung i. S. d. § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V steht (unstreitig) nicht in Rede. Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V sind die für eine selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte. Das war hier nicht der Fall. Die vom Kläger beanspruchte Komplexbehandlung gehört nicht zu den Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten zu erbringen haben. Die Beklagte muss sie dem Kläger daher nicht als Sachleistung zur Verfügung stellen und infolge dessen auch bereits gezahlte Behandlungskosten nicht erstatten. Auf die Einhaltung des in § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V vorgeschriebenen Beschaffungswegs kommt es entscheidungserheblich nicht mehr an (dazu etwa Senatsurteil vom 22.7.2009, - L 5 KR 5833/08 - unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 20.5.2003 - B 1 KR 9/03 R -; Urt. vom 19.2.2003 - B 1 KR 18/01 R - sowie Urt. v. 23.7.2002, - B 3 KR 66/01 R -).

I. Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in § 27 Abs. 1 SGB V grundlegend umschrieben. Danach haben sie Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um (u. a.) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst auch die Versorgung mit Arzneimitteln (§ 27 Abs. 2 Nr. 3 SGB V). Allerdings haben die Krankenkassen nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt vielmehr den in §§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Hinsichtlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist außerdem das in § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (BSG, Urt. v. 7.11.2006, - B 1 KR 24/06 R -; Urt. v. 4.4.2006, - B 1 KR 12/05 R -) zu beachten. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch dann nur zu den den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen (BSGE 81,73, ständige Rechtsprechung – zuletzt BSG, Urt. v. 4.4.2006, - B 1 KR 12/05 R -), wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. An die Entscheidungen des Bundesausschusses sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG, Urt. v. 4.4.2006, - B 1 KR 12/05 R - m.w.N.). Ohne befürwortende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht (zu alledem auch Senatsurteil vom 30.8.2006, - L 5 KR 281/06 -).

Nach der neueren Rechtsprechung des BVerfG - auf die sich der Kläger in erster Linie beruft - können sich (ansonsten nicht bestehende) Leistungsansprüche auch aus einer grundrechtsorientierten Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts ergeben. In seinem Beschluss vom 6.12.2005 (- B 1 BvR 347/98 -) hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar erklärt, einen gesetzlichen Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts sei in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr (im vom BVerfG entschiedenen Fall durch die Duchenne'sche Muskeldystrophie) verfassungswidrig.

Das Bundessozialgericht hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben seiner Rechtsprechung zugrunde gelegt und näher konkretisiert. Der Senat schließt sich dem an. Danach – so etwa BSG Urt. v. 7.11.2006 - B 1 KR 24/06 R -; Urt. v. 4.4.2006 - B 1 KR 7/05 R - verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe (BSGE 94, 221), gegen das Grundgesetz, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

1. Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor (oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Krankheit - BSG, Urt. v. 16.12.2008, - B 1 KN 3/07 KR R -; BSGE 96,153),

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

3. Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine "auf Indizien gestützte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Ergänzend hat das BSG - im Hinblick auf die Anwendung von Arzneimitteln - dargelegt, dass eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen nur gerechtfertigt ist, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, 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. Ähnliches kann für den ggf. gleichzustellenden, akut drohenden und nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten (so BSG, Urt. v. 27.3.2007, - [B 1 KR 17/06](#) - und - [B 1 KR 30/06](#) -; Urt. v. 16.12.2008, - [B 1 KN 3/07 KR R](#) -; zusammenfassend auch Urt. v. 5.5.2009, - [B 1 KR 15/08 R](#) -). Das BVerfG hat die Rechtsprechung des BSG nicht beanstandet und in einem Beschluss vom 30.6.2008 (- [1 BvR 1665/07](#) - Nichtannahme einer Verfassungsbeschwerde) klar gestellt, dass Anknüpfungspunkt für eine grundrechtsorientierte Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage ist.

II. Von diesen rechtlichen Vorgaben ausgehend kann das Leistungs- bzw. Erstattungsbegehren des Klägers keinen Erfolg haben. Es richtet sich ersichtlich nicht allein auf die Gewährung der Atlasterapie nach Arlen, sondern auf eine manualtherapeutische Komplexbehandlung, die sich aus weiteren Therapieelementen zusammensetzt (zur Gewährung einer Behandlungsleistung dieser Art als Ganzes etwa BSG, Urt. v. 16.9.1997, - [B 1 KR 28/95](#) -). Bei der Komplexbehandlung handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode i. S. d. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#), hinsichtlich derer eine befürwortende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht ergangen ist (dazu 1.). Ein sog. "Systemversagen" liegt nicht vor (unten 2.). Der Kläger kann sich auch nicht mit Erfolg auf die neuere Rechtsprechung des BVerfG (Beschl. v. 6.12.2005, - [1 BvR 347/98](#) -) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Fällen lebensbedrohlicher oder regelmäßig tödlich verlaufender Erkrankungen berufen (dazu 3.).

1. Der Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) ist vorliegend einschlägig. Die Ambulanz für Manuelle Medizin der Rheintalklinik, Bad Krozingen, erbringt die Komplextherapie als ambulante Behandlungsleistung; sie wird nicht im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewendet. Bei der Komplextherapie handelt es sich auch um eine Behandlungsmethode i. S. d. [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), also eine medizinische Vorgehensweise, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zu Grunde liegt bzw. zu Grunde liegen soll, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. In diesem Zusammenhang kann offenbleiben, ob die Komplextherapie in Teilen auch auf Behandlungsmethoden zurückgreift, die hätten vertragsärztlich separat verordnet werden können, weil ein solche vertragsärztliche Verordnung hier nicht erfolgt ist. Die Komplextherapie, wie sie beim Kläger angewandt wurde, ist nicht ein Teil eines weiteren Behandlungsschrittes umfassenden Behandlungskonzepts, weshalb sie rechtlich auch nur für sich zu beurteilen ist. Der Kläger führt die bei ihm eingetretene Besserung auch nur auf diese spezielle Behandlungsmethode zurück.

Um eine "besondere Therapierichtung", deren Behandlungsmethoden gem. [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht ausgeschlossen sind, geht es ersichtlich nicht, weshalb dahinstehen mag, ob der Kläger aus der Vorschrift des [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) für sich günstige Rechtsfolgen herleiten könnte. Besondere Therapierichtungen bedürfen nämlich (u.a.) eines sich von der naturwissenschaftlichen Schulmedizin abgrenzenden weltanschaulichen Denkansatzes (wie etwa die Homöopathie oder die anthroposophische Medizin). Das ist hier ersichtlich nicht der Fall. Die Komplextherapie der Ambulanz für Manuelle Medizin nimmt nicht für sich in Anspruch, im Gegensatz zu den wesentlichen Grundaussagen der Schulmedizin zu stehen (dazu näher BSG, Urt. v. 4.4.2006, - [B 1 KR 12/05 R](#) - m.N.). Schließlich ist die Komplextherapie auch "neu", da sie als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) nicht aufgeführt ist (vgl. etwa BSG, Urt. v. 26.9.2006, - [B 1 KR 3/06 R](#) - "neuropsychologische Therapie", unter Hinweis auf [BSGE 81, 54](#); [81, 73](#); [94, 221](#)).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorgeschriebenen Empfehlungen nicht abgegeben, so dass die Komplexbehandlung - unbeschadet dessen, dass die Ambulanz für Manuelle Medizin der Rheintalklinik, Bad Krozingen, nicht zu den zugelassenen Leistungserbringern gehört - von der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung nicht gewährt werden kann. Die zur Komplexbehandlung gehörende Atlasterapie nach Arlen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (sogar) mit Beschluss vom 21.6.2002 (BAnz Nr. 179 v. 24.9.2002) ausdrücklich aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen (vgl. Anlage II Nr. 40 der Richtlinien zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Method-RL; dazu auch LSG Saarland, Urt. v. 19.1.2005, - [L 2 KR 30/03](#) -). Welches Gewicht der Atlasterapie nach Arlen im Rahmen der Komplexbehandlung zukommt (dazu etwa Dr. L.-B. im Bericht vom 14.10.2006: keine wesentliche Behandlungskomponente, ebenso Dr. K. Gutachten vom 13.8.2007, anders Prof. Dr. M. im Bericht vom 6.12.2006 sowie Dr. Böhm vom MDK im Gutachten vom 17.08.2006) und ob deren Ausschluss die Komplextherapie als Ganzes erfasst, kann der Senat offen lassen (dazu etwa LSG Bad.-Württ., Urt. v. 3.4.2003, - [L 4 KR 88/02](#) - und v.31.1.2003, - [L 4 KR 334/02](#) -).

2. Das Fehlen der nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) notwendigen Empfehlung des Bundesausschusses ist nicht wegen sog. "Systemversagens" entbehrlich. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde und damit ein sog. "Systemversagen" vorliegt. Dann ist die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien nämlich rechtswidrig unterblieben, weshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (näher [BSGE 81, 54](#) sowie BSG, Urt. v. 4.4.2006, - [B 1 KR 12/05 R](#) -). Für eine solche Fallgestaltung ist hier aber nichts ersichtlich oder substantiiert geltend gemacht. Der Sonderfall einer wegen ihrer Seltenheit praktisch nicht systematisch erforschbaren Krankheit, deren Behandlung aus dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung deswegen nicht schon mangels entsprechender Empfehlung des Bundesausschusses ausscheidet (vgl. dazu [BSGE 93,236](#)), liegt ebenfalls nicht vor.

3. Die Beklagte ist auch bei grundrechtsorientierter Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts nicht verpflichtet, dem Kläger die in Rede stehende Komplexbehandlung zu gewähren bzw. die dafür gezahlten Kosten zu übernehmen.

a. Der Kläger leidet unbestreitbar an einer sehr schweren Krankheit. Es handelt sich jedoch nicht um eine im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung. Das geht aus den vorliegenden Gutachten und Arztunterlagen überzeugend hervor. So hat Dr. L.-B. im Bericht vom 14.10.2006 - in Einklang mit dem MDK-Gutachten des Dr. Böhm vom 17.8.2006 - dargelegt, dass die reine spastische Spinalparalyse die Lebenserwartung nicht verkürzt. Beim Kläger liegt zwar eine besondere Form der spastischen Spinalparalyse vor, bei der komplizierende Symptome die Grundsymptomatik um ein Vielfaches überwiegen. Zu einem tödlichen Krankheitsverlauf kommt es ersichtlich aber nur dann, wenn die Spinalparalyse in das Krankheitsbild der amyotropen Lateralsklerose (ALS) übergeht. Ob es beim Kläger dazu kommen kann, ist - so Dr. L.-B. - indessen nicht vorhersehbar und es ist damit auch nicht vorhersehbar, ob sich eine lebensbedrohliche Situation einstellen wird. Auch Prof. Dr. M. hat im Bericht vom 6.12.2006 klar gestellt, dass eine regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit nicht vorliegt. Dass es sekundär - durch Folgeerkrankungen - zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann, etwa beim Verschlucken von Speisen bzw. durch das Auftreten von Lungenentzündungen, genügt den Anforderungen, die das BVerfG und des BSG für die grundrechtsfundierte Begründung von Leistungsansprüchen aufgestellt haben, nicht. Insoweit ist auf die jeweilige Erkrankung als solche und nicht auf - ggf. gesondert behandelbare - Folgeerkrankungen abzustellen. Schließlich hat Dr. K. im Gutachten vom 13.8.2007 ebenfalls die Auffassung vertreten, dass der Kläger nicht an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet und die Lebenserwartung des Klägers krankheitsbedingt nicht verkürzt ist.

Die schwere Erkrankung des Klägers kann nach Maßgabe der höchstrichterlichen Rechtsprechung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung auch nicht wertungsmäßig gleichgestellt werden. Dies mag beim nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion in Betracht kommen (BSG, Urt. v. 16.12.2008, - [B 1 KN 3/07 KR R](#) -). Eine Fallgestaltung dieser Art liegt hier indessen nicht vor. Die Komplexbehandlung vermag an dem Bestehen bzw. Fortschreiten der Grunderkrankung nichts zu ändern, sie stellt keine kausale Therapie dar, sondern behandelt lediglich symptomatisch. Der Kläger profitiert zwar von der Komplexbehandlung, die offenbar vorübergehende Besserungen der vielfältigen Krankheitserscheinungen bewirkt (so etwa Dr. K. im Gutachten vom 13.8.2007) und ihn insbesondere in die Lage versetzt, ohne starke Schmerzen urinieren zu können. Für die Erweiterung grundrechtsfundierter Leistungsrechte über die in der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG beschriebenen zugespitzten Sonderfälle hinaus genügt dies jedoch nicht. Der Senat hat im Urteil vom 30.8.2006 (- [L 5 KR 281/06](#) -) entschieden, dass sich aus der grundrechtsorientierten Auslegung des Krankenversicherungsrechts ein Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln auf Cannabisgrundlage (Cannabinoiden) zur Behandlung chronischer Schmerzen nicht ableiten lässt. Im auf die (zugelassene) Revision ergangenen Urteil vom 27.3.2007 (- [B 1 KR 30/06 R](#) -) hat das BSG die Rechtsprechung des Senats bestätigt und bekräftigt, dass die vom BVerfG herangezogenen Kriterien bei weiter Auslegung sinnentleert würden und ohne einschränkende Auslegung vom Gesetzgeber gezogene Grenzen fast beliebig überschritten werden könnten.

Schließlich fehlt es, worauf das Sozialgericht mit Recht abgestellt hat, auch an einer notstandsähnlichen Situation, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Die Komplextherapie wird nämlich in regelmäßigen Abständen turnusgemäß angewendet, um die Lebenssituation des Klägers durch zeitlich begrenzte Linderung der Krankheitsfolgen vorübergehend zu verbessern, nicht jedoch um einer Notlage abzuhelpen, die durch nahe Lebensgefahr (oder eine wertungsmäßig gleich zu erachtende Gefahrensituation) gekennzeichnet ist (vgl. BVerfG, Beschl. v. 30.6.2008, - [1 BvR 1665/07](#) -).

b. Hinsichtlich der Atlasterapie nach Arlen ist für eine Anspruchsbegründung auf Grund grundrechtsorientierter Auslegung nach der Rechtsprechung des BSG (BSG, Urt. v. 7.11.2006, - [B 1 KR 24/06 R](#) -) schon deshalb kein Raum mehr, weil der Gemeinsame Bundesausschuss - wie dargelegt - zu einer negativen Bewertung gelangt ist: Dann ist auch verfassungsrechtlich gegen den Ausschluss einer Behandlungsmethode aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nichts einzuwenden, weil nach dem maßgeblichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinische Notwendigkeit, diagnostischer und therapeutischer Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend gesichert sind. Dieses Behandlungselement scheidet also aus der Leistungsgewährung bzw. der Kostenerstattung auch aus diesem Grund von vornherein aus (vgl. auch Senatsurteil v. 31.10.2007, - [L 5 KR 2563/07](#) -).

III.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat weitere Ermittlungen, etwa die Erhebung weiterer Gutachten nicht auf.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung des Klägers erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-09-04