

L 4 KR 3935/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 4 KR 4222/15

Datum

23.09.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 3935/16

Datum

20.01.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Versicherte haben keinen Anspruch, mit einem Bemer (Bio-Elektro-Magnetische-Energie-Regulation) Pro-Set-up-Gerät zur physikalischen Gefäßtherapie versorgt zu werden.

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. September 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Kostenübernahme für ein Bemer (Bio-Elektro-Magnetische-Energie-Regulation) Pro-Set-Gerät zur physikalischen Gefäßtherapie.

Der Kläger ist am 1968 geboren und bei der Beklagten krankenversichert. Er beantragte am 6. Oktober 2015 aufgrund der Diagnose einer Polymyalgia rheumatica unter Vorlage eines Attestes des Internisten Dr. B. u.a. vom 1. Oktober 2015 die Kostenübernahme für ein Bemer Pro-Set. Er legte einen Kostenvoranschlag bzw. eine Auftragsbestätigung der Bemer Group vom 2. Oktober 2015 über EUR 4.150,00 vor.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 12. Oktober 2015 ab. Das Bemer Pro-Set-Gerät sei kein zugelassenes Hilfsmittel und könne daher von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbracht werden.

Hiergegen erhob der Kläger mit Schreiben vom 15. Oktober 2015 Widerspruch. Er habe einen Sachleistungsanspruch auf medizinische Hilfsmittel, die erforderlich seien, um den Erfolg seiner Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Aufgrund umfangreicher Untersuchung und Vorbehandlung halte sein behandelnder Arzt das beantragte Hilfsmittel bei seiner speziellen Erkrankung für sehr unterstützend und hilfreich. Das Hilfsmittel unterstütze die medizinische Therapie und erleichtere ihm die weitere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Der Praxis der Krankenkassen, die Kostenübernahme für ein Hilfsmittel nur dann zu bewilligen, wenn es im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sei, habe das Bundessozialgericht (BSG) widersprochen. Es handele sich zudem nicht um eine Magnetfeldtherapie, sondern um Signaltherapie. Das Bemer Pro-Set-Gerät sei zertifiziert und habe einen therapeutischen Nutzen, die Wirkung sei wissenschaftlich bewiesen. Dies sei die Kernaussage der EG-Zertifizierung seit dem 2. Dezember 2014. Er habe sich am 25. November 2015 beim Sturz die linke Schulter gebrochen. Es sei noch nicht geklärt, ob die Schulter operativ oder konservativ behandelt werde. In jedem Fall stehe ihm eine sehr lange Rehabilitationszeit bevor. Mit dem Bemer Pro-Set-Gerät könne er diese bis zu 50 Prozent verkürzen. Er legte einen Befundbericht des Dr. Z. (Notfallambulanz des Städtischen Klinikums K.) vom 27. November 2015 (Diagnose: eingestauchte subcapitale Humerusfraktur links) vor.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 14. Dezember 2015 zurück. Bei dem Bemer Pro-Set-Gerät handele es sich um kein Hilfsmittel, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet und zugelassen sei. Weiter sei kein nachgewiesener therapeutischer Nutzen erkennbar und nach Nr. 9 der Anlage II der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (MVV-Richtlinien) werde die Kostenübernahme der Magnetfeldtherapie ausdrücklich verneint.

Hiergegen erhob der Kläger am 21. Dezember 2015 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Er habe das Bemer Pro-Set privat ca. sechs Wochen testen können. In dieser Zeit habe sich sein Gesundheitszustand erheblich verbessert. Der Kläger legte eine Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. M. vom 15. März 2016 vor. Der Kläger leide an einer Polymyalgia rheumatica, einer Meniskopathie und

einem Wirbelsäulensyndrom. Außerdem habe er 2015 eine Humerusfraktur links erlitten. Während einer vierwöchigen konsequenten Behandlung mit der physikalischen Gefäßtherapie Bemer sei es zu einem deutlichen Rückgang der Beschwerden gekommen, die jedoch nach Absetzen der Therapie wieder voll eingesetzt hätten. Mit der physikalischen Gefäßtherapie werde eine eingeschränkte Mikrozirkulation um bis zu 30 Prozent verbessert. Goldstandard in der Schulmedizin sei eine Durchblutungsverbesserung von zehn bis zwölf Prozent durch Haes-Infusionen. Mit krankengymnastischer Übungsbehandlung werde eine Durchblutungsverbesserung von fünf bis acht Prozent erreicht. Um einen Dauereffekt zu erreichen, sei jedoch eine Daueranwendung erforderlich. Der Berufsverband Deutscher Rückenschulen habe 2015 die physikalische Gefäßtherapie Bemer wegen der hervorragenden Ergebnisse bei der Behandlung von Rückenschmerzen als Aktionspartner ausgewählt, weil die eingeschränkte Mikrozirkulation bei Rückenschmerzen ursächlich mitbeteiligt sein könne. Die physikalische Gefäßtherapie stelle eine Hilfe bei Rückenschmerzen mit neuer Therapie dar. Eine gute Durchblutung der Mikrozirkulation sei essentiell für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Wissenschaftliche Untersuchungen belegten, dass gerade die Mikrozirkulation der wichtigste Teil der gesamten Durchblutung sei. Auch bei Rückenschmerzen könne die Störung der Mikrozirkulation zugrunde liegen. Bereits kleinere Störungen in den einzelnen Organen hätten deutliche Auswirkung für das tägliche Leben. Speziell bei der komplexen Behandlung von Rückenschmerzen könne Bemer einen wertvollen Beitrag leisten. Die physikalische Gefäßtherapie Bemer diene der Prävention, Behandlung und Regeneration. Der Kläger legte weiter ein ärztliches Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. P. vom 18. März 2016 vor, in dem dieser bestätigte, dass bei Polymyalgie rheumatica, Zustand nach Oberarmfraktur und diversen Gelenksbeschwerden aufgrund der verbesserten Durchblutung durch die Bemer-Therapie eine Verbesserung der verschiedenen Beschwerden zu erwarten sei. Es bestehe die Erfahrung, dass durch die Bemer-Behandlung im Rahmen der Polymyalgia rheumatica eine deutliche Beschwerdeverbesserung eintrete. Damit sei das gute Ansprechen des Klägers auf diese Therapieform gezeigt und eine dauerhafte Anwendung medizinisch auf jeden Fall empfohlen. Der Kläger legte ferner eine nervenärztliche Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Pi. vom 7. April 2016 vor. Bei der physikalischen Gefäßtherapie Bemer handele es sich um eine komplementäre Behandlungsmethode, die durch nachweisliche Beeinflussung der Mikrozirkulation, des zellulären Stoffwechsels sowie immunologischer Prozesse einen günstigen Effekt auf chronisch-degenerative und entzündliche Prozesse ausübe. Dabei könne die physikalische Gefäßtherapie Bemer schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht ersetzen, sondern ergänzen und damit deren Effekt verstärken bzw. die erforderlichen Medikamentendosen, wie im Fall des Klägers, reduzieren. In Einzelfällen können medikamentöse Therapien auch entbehrlich gemacht werden. Die therapeutischen Effekte seien nicht bei jedem Menschen zu erwarten, so dass vor der Anschaffung eines entsprechenden Therapiegerätes die probeweise Anwendung zu empfehlen sei, wie es auch beim Kläger erfolgt sei. Aufgrund des guten Ansprechens auf die Behandlung sei ein weiterer, mittel- bis langfristiger günstiger Effekt der physikalischen Gefäßtherapie Bemer auf die Symptomatik des Klägers zu erwarten. Ggf. könne damit sogar dauerhaft der Einsatz der Kortison- und Schmerzmedikation und somit auch der damit verbundene potenziellen Nebenwirkungen vermieden werden. Der Kläger legte schließlich eine Stellungnahme der Fachärztin für Chirurgie Dr. Be. vom 12. April 2016 vor. Aus medizinischer Sicht sei die langfristige physikalische Gefäßtherapie, es handle sich nicht um eine Magnetfeldtherapie, beim Kläger indiziert.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf den Widerspruchsbescheid entgegen.

Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 23. September 2016 ab. Es nahm auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid Bezug. Ergänzend führte es aus, ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für ein Bemer-Gerät bzw. Bemer Pro-Set bestehe nicht, weil die Behandlung mittels Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen wie im Fall eines Bemer-Gerätes ausdrücklich nach Nr. 9 der Anlage II der MVV-Richtlinien nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfe. Entgegen den Ausführungen des Klägers handele es sich bei dem Bemer-Set bzw. Bemer Pro-Set auch um eine solche Magnetfeldtherapie, wie sich aus den Angaben des Herstellers sowie anderen frei zugänglichen Angaben für dieses Medizinprodukt im Internet ergebe. Im Übrigen gelte für ein Hilfsmittel, das als Bestandteil einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode eingesetzt werde, in gleicher Weise wie bei anderen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden das Erfordernis einer positiven Bewertung durch den GBA. Denn wenn ein Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung deren Erfolg sichern solle, sei seine Verwendung nicht von dem zugrunde liegenden Behandlungskonzept und den dafür geltenden Anforderungen zu trennen. Auch nach der Richtlinie des GBA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) sei eine Magnetfeldtherapie ohne Verbindung implantierter Spulen nicht verordnungsfähig.

Gegen den ihm am 28. September 2016 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 18. Oktober 2016 beim SG Berufung eingelegt, die vom SG an das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg weitergeleitet wurde und dort am 24. Oktober 2016 einging. Er bitte um Prüfung auf Einzelfallbehandlung. Es handle sich nicht um Magnetfeldtherapie, sondern um ein physikalisches Signal, welches übertragen werde. Der Kläger hat die Informationsbroschüre "Supportivmedizin Physikalische Gefäßtherapie" des Bundesverbandes für Gesundheitsinformationen und Verbraucherschutz in Kooperation mit Bemer Group vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. September 2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 12. Oktober 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2015 zu verurteilen, ihn mit einem Bemer Pro-Set zu versorgen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist auf den angegriffenen Gerichtsbescheid.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers

ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedurfte insbesondere gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) nicht der Zulassung: Der Beschwerdewert von EUR 750,00 ist überschritten, da bereits der Preis für das vom Kläger begehrte Bemer Pro-Set nach dem vorgelegten Kostenvoranschlag EUR 4.150,00 beträgt.

2. Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 12. Oktober 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2015 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf die Versorgung mit einem Bemer Pro-Set.

a) Der bei der Beklagten versicherte Kläger hat aufgrund der bei ihm bestehenden Polymyalgia rheumatica gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, die nach Satz 2 Nr. 3 auch die Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst. Nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind.

b) Bei dem begehrten Bemer Pro-Set handelt es sich um eine sächliche medizinische Leistung und damit um ein Hilfsmittel (vgl. zum Begriff BSG, Urteil vom 8. Juli 2015 – [B 3 KR 5/14 R](#) – juris, Rn. 19). Es besteht kein Ausschluss als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens oder durch Rechtsverordnung nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#).

Es liegen indes bereits die Voraussetzungen des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht vor. Das begehrte Bemer Pro Set dient – unstreitig – nicht dazu, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (Varianten 2 und 3). Es dient aber auch nicht der Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung (Variante 1) im Sinne dieser Norm. Letzteres ist nur der Fall, soweit es spezifisch im Rahmen der ärztlich verantworteten Krankenbehandlung eingesetzt wird, um zu ihrem Erfolg beizutragen (BSG, Urteil vom 8. Juli 2015 – [B 3 KR 5/14 R](#) – juris, Rn. 20). Der spezifische Bezug zur ärztlich verantworteten Krankenbehandlung setzt voraus, dass die Verwendung des begehrten Hilfsmittels in einem engen Zusammenhang zu einer andauernden, auf einem ärztlichen Therapieplan beruhenden Behandlung durch ärztliche und ärztlich angeleitete Leistungserbringer steht und für die gezielte Versorgung im Sinne der Behandlungsziele des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) anzusehen ist (BSG, Urteil vom 8. Juli 2015 – [B 3 KR 5/14 R](#) – juris, Rn. 20).

Ein solcher spezifischer Zusammenhang liegt nicht vor, denn es ist nicht ersichtlich, dass eine andauernde ärztliche Behandlung erfolgt, deren Erfolg die Verwendung des Bemer Pro-Sets sichern könnte, oder dass ein hierauf bezogener Therapieplan vorliegen würde. Die Verordnung des Bemer Pro Sets erfolgte durch Dr. B. u.a. unter dem 1. Oktober 2015, ohne dass Angaben zu einer begleitenden Therapie gemacht wurden. Auch die vom Kläger vorgelegte Bescheinigung des Dr. M. vom 15. März 2016 enthält lediglich allgemeine Ausführungen zur physikalischen Gefäßtherapie, aber keine konkreten Angaben zu einer geplanten Behandlung des Klägers. Das Gleiche gilt für das Attest des Dr. P. vom 18. März 2016 sowie die Stellungnahmen des Dr. Pi. vom 7. April 2016 und der Dr. Be. vom 12. April 2016.

c) Wäre hingegen beabsichtigt, das Bemer Pro-Set im Rahmen einer ärztlichen Therapie oder ärztlich angeleiteten Therapie zu verwenden, wäre die Versorgung mit dem Bemer Pro-Set nicht isoliert als Frage der Versorgung mit einem Hilfsmittel zu würdigen, sondern als Bestandteil einer therapeutischen Maßnahme, die nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen darf.

Ein Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln besteht im Hinblick auf die "Erforderlichkeit im Einzelfall" gemäß [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) nur, soweit das begehrte Hilfsmittel geeignet, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet; darüber hinausgehende Leistungen darf die Krankenkasse nicht bewilligen. Sofern ein Hilfsmittel den Erfolg einer Krankenbehandlung im Sinne von [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Var. SGB V sichern soll und dabei in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne von [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) eingesetzt wird, ist Voraussetzung für einen Anspruch des Versicherten nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGB V](#), dass die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode durch den GBA anerkannt worden ist. Bei einem Hilfsmittel mit diesem Versorgungsziel ist seine Verwendung nicht von dem zugrunde liegenden Behandlungskonzept und den dafür geltenden Anforderungen nach [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), [§ 12 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zu trennen (BSG, Urteil vom 12. August 2009 – [B 3 KR 10/07 R](#) – juris Rn. 18). Insoweit erfasst die Sperrwirkung des in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) begründeten Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt jegliche Maßnahme im Rahmen einer bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewandten "Methode" (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 8. Juli 2015 – [B 3 KR 5/14 R](#), juris Rn. 27 m.w.N.). Die für Versicherte und Leistungserbringer verbindliche Entscheidung über den Versorgungsumfang obliegt nach [§ 92 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) auch im Bereich der Hilfsmittel dem GBA, soweit er sich am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zum diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit orientiert (vgl. auch [§ 33 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Eine solche Anerkennung ist für die Magnetfeldtherapie durch den GBA bisher nicht erfolgt. Im Gegenteil ist die Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen nach Nr. 9 der Anlage zur MVV-Richtlinie ausdrücklich eine Methode, die nicht als vertragsärztliche Leistung zur Lasten der Krankenversicherung erbracht werden darf.

Entgegen dem Vortrag des Klägers handelt es sich bei der Verwendung des Bemer Pro Sets auch um eine Magnetfeldtherapie. Das SG hat insofern zu Recht auf die im Internet verfügbaren Informationen des Herstellers dieses Gerätes hingewiesen. Danach erfolgt die Physikalische Gefäßtherapie Bemer mit Hilfe "elektromagnetisch übertragener Stimulationssignale" (<https://deutschland.bemergroup.com/de/methode>).

d) Die Magnetfeldtherapie darf auch nicht ausnahmsweise ohne positive Empfehlung des GBA im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden. Eine neue Methode kann grundsätzlich erst nach einer positiven Empfehlung des GBA gewährt werden (BSG, Urteil vom 8. Juli 2015 – [B 3 KR 5/14 R](#) – juris, Rn. 42 – auch zum Folgenden). Denn es kommt nicht nur auf die gesundheitlichen Risiken, sondern insbesondere im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot auch auf den diagnostischen bzw. therapeutischen Nutzen der Methode an, der zuerst hinreichend belegt sein muss. Einheitlich für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) hierzu, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Die auch mit wertenden Nutzen-Risiko-Abwägungen verbundene Feststellung, ob die Leistung diesem Erkenntnisstand hinreichend gerecht wird, obliegt grundsätzlich dem GBA.

Ein Ausnahmefall, in dem eine Behandlungsmethode ausnahmsweise ohne positive Empfehlung des GBA zur Versorgung in der GKV

zuzulassen ist, liegt nicht vor. Eine solche Ausnahme regelt inzwischen [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), wonach 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](#) abweichende Leistung (und damit eine Leistung, deren Qualität und Wirksamkeit entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse noch nicht feststeht) beanspruchen können, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Damit hat der Gesetzgeber die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) im Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#) – juris) aufgegriffen und gesetzlich fixiert. Gerechtfertigt ist eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen nur, 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 (vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. November 2015 – [1 BvR 2056/12](#) – juris, Rn. 18). Ferner ist eine Ausnahme für sog. Seltenheitsfälle anerkannt, die sich einer systematischen Erforschung entziehen, und schließlich für den Fall, dass der GBA dem in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzten Auftrag nicht gerecht geworden ist, selbst für eine Aktualisierung der Richtlinien Sorge zu tragen (siehe jeweils die Nachweise bei BSG, Urteil vom 8. Juli 2015 – [B 3 KR 5/14 R](#) – juris, Rn. 43).

Ein solcher Ausnahmefall liegt hier nicht vor. Bei der Polymyalgia rheumatica handelt es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende noch um eine wertungsmäßig mit einer solchen Krankheit vergleichbare Erkrankung. Es handelt sich auch nicht um eine besonders seltene Erkrankung. Ferner findet sich kein Anhaltspunkt für eine willkürlich oder ansonsten mit dem Aktualisierungsauftrag des GBA unvereinbar verzögerte Handhabung des Verfahrens nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-04-20