

L 9 KR 407/01

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 72 KR 1030/00
Datum
06.04.2001
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 407/01
Datum
31.01.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 6. April 2001 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer ambulanten LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren.

Der 1951 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er leidet u. a. an einer Hyperlipoproteinämie Typ III bei Homozygotie für Apo E 2/2, in deren Folge sich eine schwere periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) entwickelt hat. Wegen dieser Erkrankungen wurde der Kläger u. a. in der Lipidambulanz des Universitätsklinikums Charité von Frau Prof. Dr. S mit einer LDL-Apherese als extrakorporalem Hämotherapieverfahren bis Mai 1999 ambulant zu Lasten der Beklagten behandelt. Im Mai, Juli und August 1999 wandte sie sich (erneut) an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV) mit der Bitte, die Fortführung der ambulanten LDL-Apherese-Behandlung als extrakorporales Hämotherapieverfahren gegenüber der Beklagten zu befürworten. Unter Bezugnahme auf die Schreiben von Prof. Dr. S teilte die KV der Beklagten daraufhin mit, die bei ihr zur Beratung der Indikationsstellung für die beantragte Behandlung eingerichtete Dialyse-Kommission sei nach umfangreicher Prüfung und Beratung der ihr vorgelegten medizinischen Unterlagen zu dem Ergebnis gelangt, dass im Fall des Klägers eine Indikationsstellung nach den insoweit maßgeblichen Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-RL) derzeit nicht vorliege. Als Begründung teilte sie mit, dass die LDL-Apherese nach den NUB-RL nur zur Elimination von LDL-Partikeln zugelassen sei, die bei dem Kläger ausweislich des LDL-Cholesterins im Plasma jedoch nicht krankheitstypisch vermehrt seien; zur Elimination von LDL-Partikeln und VLDL-Remnants sei die Behandlung nicht vorgesehen.

Daraufhin lehnte die Beklagte die Gewährung einer ambulanten LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren mit ihrem an den Kläger gerichteten Bescheid vom 5. Oktober 1999 unter Bezugnahme auf die Einschätzung der Dialyse-Kommission der KV ab. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und berief sich zur Begründung auf eine Stellungnahme von Prof. Dr. S vom 12. Oktober 1999, in der es u. a. heißt: Entgegen der Auffassung der Dialyse-Kommission liege bei dem Kläger keine isolierte Hypertriglyceridämie, sondern eine familiäre kombinierte Hyperlipoproteinämie mit Apo E Genotyp 2/2 vor, in deren Folge sich eine koronare Herzkrankheit sowie die periphere arterielle Verschlusskrankheit rasch fortentwickelt hätten. Unter Berücksichtigung des Gesamtprofils sei der Kläger als Hochrisikopatient anzusehen. Die beantragte Behandlung stelle in seinem Fall die einzige sinnvolle Therapieoption dar, eine Retardierung der Erkrankung zu erreichen.

Nachdem die Dialyse-Kommission der KV hierzu ausgeführt hatte, eine Indikationsstellung sei nach wie vor nicht gegeben, weil bei dem Kläger entgegen der Auffassung von Prof. Dr. S eine von den NUB-Richtlinien nicht erfasste familiäre Dysbetaloproteinämie vorliege, bei der die Behandlung der Elimination von so genannten VLDL-Remnants dienen solle, erklärte die Beklagte gegenüber Prof. Dr. S mit ihrem Schreiben vom 3. Dezember 1999, dass sie die Kosten für die beantragte Behandlung bis zum 15. Januar 2000 übernehme. Dem Kläger teilte sie unter Bezugnahme auf die neuere Stellungnahme der Dialyse-Kommission der KV mit ihrem Bescheid vom 3. Januar 2000 mit, dass es bei ihrer Entscheidung vom 5. Oktober 1999 verbleibe. Den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies sie mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 14. März 2000 als unbegründet zurück.

Im anschließenden Klageverfahren hat der Kläger unter Bezugnahme auf weitere medizinische Unterlagen im Wesentlichen ausgeführt: Er habe einen Anspruch auf die begehrte ambulante LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren. Zwar liege für diese im Grundsatz anerkannte Behandlung in seinem Fall keine der in den zwischenzeitlich in Kraft getretenen und nunmehr maßgeblichen Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-RL) aufgeführten Indikationen vor. Diese Indikationen seien jedoch zu eng gefasst. Soweit sie die bei ihm bestehende Fettstoffwechselstörung beim Abbau von so genannten VLDL-

Remnants in der Leber nicht mit einschließen, liege ein Systemfehler vor, der durch die Leistungsgewährung überwunden werden müsse. Denn wie sich gerade in seinem Fall in der Vergangenheit gezeigt habe, sei die beantragte Behandlung auch bei der bei ihm bestehenden Störung von therapeutischem Nutzen und medizinisch notwendig. Dass der therapeutische Nutzen der Behandlung bislang nicht in solchen Studien festgestellt worden sei, die den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) zur Aufnahme der Indikation in die BUB-RL hätte zwingen müssen, dürfe ihm nicht entgegengehalten werden, weil die in Rede stehende Störung sehr selten sei, so dass die Anforderungen an den Nachweis des therapeutischen Nutzens und der medizinischen Wirksamkeit der Behandlung nicht überspannt werden dürften.

Mit seinem Urteil vom 6. April 2001 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Der Kläger habe keinen Anspruch auf die begehrte Behandlung. Denn die beratende Kommission der KV habe die nach den BUB-RL erforderliche Genehmigung zur Durchführung der Behandlung verweigert, so dass die Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht angewandt werden dürfe. Soweit sich die Kommission zur Begründung ihrer Entscheidung darauf berufen habe, dass im Fall des Klägers keine der in den Richtlinien genannten Indikationen vorliege, erweise sich dies als nachvollziehbar und überzeugend. Dass die Krankheit des Klägers so selten sei, dass die geforderten wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise nicht erbracht werden könnten, könne einen Anspruch nicht begründen, weil sich die Krankenkassen nicht an experimentellen Behandlungsmethoden beteiligen dürften.

Gegen dieses ihm am 18. Mai 2001 zugestellte Urteil richtet sich die am 6. Juni 2001 bei Gericht eingegangene Berufung des Klägers, mit der er sein bisheriges Vorbringen weiter vertieft.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 6. April 2001 sowie die Bescheide der Beklagten vom 5. Oktober 1999 und 3. Januar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. März 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für eine ambulante LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend und macht sich eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) vom 12. Oktober 2005 zu Eigen, in der Dr. H u. a. ausgeführt hat: Nach den bisherigen wissenschaftlichen Daten sei zwar klar, dass bei einer Hyperlipoproteinämie Typ III bei Homozygotie für Apo E 2/2 durch eine extrakorporale Lipid-Apherese Cholesterin und Triglyceride gesenkt werden könnten, ein klinischer therapeutischer Erfolg der Apherese, der über den Therapieeffekt der heute einsetzbaren Statine hinausgehe, sei jedoch nicht durch entsprechende Studien belegt. Hinsichtlich des Einsatzes der Apherese bei der hier vorliegenden Erkrankung bestehe zurzeit kein Diskussionsbedarf. Ferner sei insoweit nicht ersichtlich, dass die Behandlung zurzeit ein wesentliches Thema in der Forschung darstelle. Angesichts des seltenen Auftretens der Erkrankung seien die Möglichkeiten, Studien zu erstellen, begrenzt. Eine gegebenenfalls im europäischen Raum anzuesiedelnde Multicenterstudie erscheine jedoch möglich.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts nimmt der Senat auf den Inhalt der Gerichtsakte insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie die den Kläger betreffenden Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug. Der Senat hat außerdem Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte Dr. P F vom 30. Januar und vom 26. Juli 2006 sowie von Irene Dorow vom 7. August 2006 eingeholt und die Dipl. Med. Frau T vom MDK in der mündlichen Verhandlung gehört.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil die angefochtenen Bescheide rechtmäßig sind. Denn ein Anspruch des Klägers auf die begehrte Behandlung lässt sich nicht feststellen.

Rechtsgrundlage für die streitige Behandlung könnten im vorliegenden Fall [§§ 13 Abs. 3, 27 Abs. 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) sein, weil es sich bei der begehrten Behandlung um eine solche der ambulanten Krankenbehandlung zuzuordnende Leistung handelt. Die Beklagte ist zwar nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) zur Gewährung ärztlicher Behandlung des bei ihr versicherten Klägers verpflichtet. Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt allerdings den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie - wie im vorliegenden Fall - nach eigener Einschätzung des Versicherten oder des behandelnden Arztes positiv verlaufen wird oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Therapie rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasst sein. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (früher: Bundesausschuss) in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 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 (BSG, Urteil vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#), zitiert nach juris, m. w. N.).

Danach darf hier die streitige ambulante LDL-Apherese als Sachleistung nicht erbracht werden, weil sie bis heute bei der Erkrankung des Klägers vom Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfasst wird. Denn diese Behandlung stellt eine "neue" Behandlungsmethode dar, für die es an der erforderlichen positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses fehlt. Die ambulante LDL-Apherese ist eine neue Behandlungsmethode, weil sie als abrechnungsfähige ärztliche Leistung nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist. Auf Grund des Beschlusses des Bundesausschusses vom 24. März 2003 (BANz. 2003 Nr. 123, S. 14486) können LDL-Apheresen zwar als Leistung der GKV zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Dies betrifft allerdings nur LDL-Apheresen bei Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung und Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL - Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann (§ 3 Nr. 3.1 der Anlage A BUB-RL: Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, a. a. O., jetzt in Anlage 1 zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung i. d. F. v. 17. Januar 2006, BAnz. 2006, Nr. 48, S. 1523). Der Kläger leidet jedoch an einer Lipoprotein (a) -Erhöhung, die von der Empfehlung des Bundesausschusses nicht erfasst wird.

Ungeachtet des in [§ 135 Abs 1 SGB V](#) statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt kann nach der Rechtsprechung des BSG eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss/Gemeinsamen Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde ("Systemversagen"). Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen Fällen die in [§ 135 Abs 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (vgl. [BSGE 81, 54](#), 65 f = [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#) S. 21; BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#) S. 70 - Colon-Hydro-Therapie). Ein derartiger Systemmangel liegt vor, wenn das Verfahren vor dem Bundesausschuss von den antragsberechtigten Stellen bzw. dem Bundesausschuss/Gemeinsamen Bundesausschuss selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde. In einem solchen Fall kann die BUB-RL einer den Anforderungen des [§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) genügenden Krankenbehandlung widersprechen. Letztere erfordert, dass Qualität und Wirksamkeit der streitbefangenen Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, die sich in zuverlässigen wissenschaftlich nachprüfbar Aus-sagen niedergeschlagen haben müssen (st. Rspr. seit [BSGE 76, 194](#), 199 = [SozR 3-2500 § 27 Nr. 5](#) - Remedacen®; [BSGE 81, 54](#), 66 f = [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#); BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#) S. 71; [BSGE 94, 221](#), 232 = [SozR 4-2400 § 89 Nr. 3](#) RdNr. 23); für den Fall rechtswidriger Untätigkeit sind Lockerungen hinsichtlich dieses Wirksamkeitsnachweises in dem Sinne anerkannt worden, dass für den dann in Betracht kommenden Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) die bloße Verbreitung einer Methode ausreichen kann (vgl. [BSGE 81, 54](#), 68 f = [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#); BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#) S. 71; [BSGE 94, 221](#), 232 = [SozR 4-2400 § 89 Nr. 3](#) RdNr. 23 m. w. N.). Zur Feststellung einer durch Untätigkeit hervorgerufenen Versorgungslücke sind die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zuständig. Eine in den Grenzen der Rechtsetzungsbefugnisse des Bundesausschusses/Gemeinsamen Bundesausschusses getroffene Entscheidung, mit der er eine neue Methode von der Anwendung zu Lasten der GKV ausgeschlossen hat, unterliegt ansonsten auch grundsätzlich keiner inhaltlichen Überprüfung durch Verwaltung und Gerichte (vgl zum Ganzen zB: [BSGE 81, 73](#), 85 = [SozR 3-2500 § 92 Nr. 7](#); [BSGE 86, 54](#), 61 = [SozR 3-2500 § 135 Nr. 14](#) m. w. N.; BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#) S. 69; BSG [SozR 4-2500 § 135 Nr. 1](#) RdNr. 7; [BSGE 94, 221](#), 232 = [SozR 4-2400 § 89 Nr. 3](#) RdNr. 23 m. w. N.).

Dass das Fehlen einer positiven Äußerung im vorliegenden Fall als Systemversagen bewertet werden müsste, lässt sich nicht feststellen. Denn es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Behandlungsmethode in den Leistungskatalog der GKV hätte aufgenommen werden müssen, wobei es in diesem Zusammenhang allein auf die ambulante Anwendung ankommen kann. Dies ergibt sich schon aus den Ausführungen der für den MDK tätigen Ärztin Dr. H vom 12. Oktober 2005. Danach lassen sich Hinweise auf Studien, die einen therapeutischen Benefit der LDL-Apherese bei der hier vorliegenden Indikation belegen könnten, in der Datenbank Med-Line nicht finden. Ferner besteht derzeit kein medizinischer Diskussionsbedarf über den Einsatz der beantragten Behandlung, die nach den bisher veröffentlichten Studien zurzeit noch nicht einmal wesentliches Thema in der Forschung ist. Aus diesen Ausführungen, die von dem Kläger nicht angegriffen worden sind, ist zu schließen, dass die Behandlung nur von einem kleinen Kreis von Ärzten befürwortet und ambulant erbracht wird. Die Befürwortung durch nur wenige Ärzte reicht für die Annahme eines Systemversagens nicht aus, ohne dass geklärt werden müsste, welche darüber hinaus gehende Datenlage bestehen müsste, um ein Systemversagen zu begründen.

Ein Anspruch auf die ambulante Anwendung der LDL-Apherese im Falle des Klägers kann auch nicht darauf gestützt werden, dass seine Erkrankung so beschaffen ist, dass sie weltweit nur extrem selten auftritt und deshalb im nationalen wie internationalen Rahmen weder systematisch erforscht noch systematisch behandelt werden könnte; denn in einem solchen Fall hat der Bundesausschuss/Gemeinsame Bundesausschuss keine Befugnis, in der BUB-RL generalisierend zur Qualität der Behandlung Stellung zu nehmen, weil die Sperrwirkung des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorgeschriebenen Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt nur Methoden erfasst, die bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewendet werden werden (BSG, Urteil v. 19.10.2004 - [B 1 KR 27/02 R](#) - "Visudyne" Rdnr. 29 ff., [SozR 4-2500, § 27 Nr. 1](#)). Im vorliegenden Fall lässt sich jedoch nicht feststellen, dass die Erkrankung des Klägers so einzigartig ist, dass sie als Einzelfall medizinisch nicht erforschbar wäre. Dies setzt voraus, dass generelle wissenschaftliche Aussagen zur Therapie der Krankheit infolge der geringen Zahl an Patienten so gut wie ausgeschlossen wären. In ihrer Stellungnahme vom 12. Oktober 2005 hat die Ärztin Dr. H vom MDK ausgeführt, dass die Häufigkeit der Erkrankung an einer Hyperlipoproteinämie Typ III bei Homozygotie für Apo E 2/2 zwischen 0,01 und 0,02 % liege, mit anderen Worten auf 10.000 Menschen 1-2 Erkrankungen entfallen; darüber hinaus entwickeln nach ihren Angaben davon nur 2% die beim Kläger vorliegende familiäre Hyperlipoproteinämie. Das ergibt eine Häufigkeit von 2-4 Erkrankungen auf 1.000.000 Menschen, bezogen auf die gesamte Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland 160 bis 320 Krankheitsfälle. Sowohl Frau Dr. H als auch die vom Senat in der mündlichen Verhandlung ergänzend gehörte Ärztin Frau T vom MDK haben daraus den nachvollziehbaren Schluss gezogen, dass die Erstellung einer Studie bei dieser Häufigkeit der Krankheit zwar durch ein Krankenhaus, nicht jedoch eine deutschland- oder europaweite Multicenterstudie ausgeschlossen sei. Dass die Krankheit des Klägers systematisch erforscht und behandelbar ist, ergibt sich auch daraus, dass die den Kläger behandelnden Ärzte und der Kläger selbst von einem Systemfehler in dem Beschluss des Bundesausschusses/Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anwendbarkeit der LDL-Apherese in der GKV ausgehen, weil dieser es versäumt habe, die beim Kläger vorliegende Erkrankung als Leistung der GKV anzuerkennen, was impliziert, dass die Krankheit systematisch erforscht und methodisch wie die anderen in den Richtlinien genannten Fettstoffwechselerkrankungen behandelt werden kann. Hierfür spricht auch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss am 24. Mai 2006 beschlossen hat, erneut über die Apheresebehandlung bei Erhöhung der Werte des Lipoproteins (a) - ohne jede Einschränkung der speziellen Erkrankung - zu beraten (vgl. BAnz. Nr. 111 vom 17. Juni 2006, S. 4466).

Der Kläger kann einen Anspruch gegen die Beklagte auf Versorgung mit einer LDL-Apherese bei seiner Erkrankung auch nicht wegen Vorliegens einer notstandsähnlichen (Krankheits-) Situation ausnahmsweise aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) herleiten.

Das BVerfG hat mit Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#), BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#)) zu einer ärztlichen Behandlungsmethode

entschieden, dass es mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1](#) Grundgesetz (GG) nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, generell von der Gewährung 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. Das BVerfG beanstandet insoweit eine verfassungswidrige Auslegung im Grundsatz verfassungsgemäßer Vorschriften des SGB V durch das BSG. Eine Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der GKV ausgeschlossen, weil der zuständige Bundesausschuss diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt hat, verstößt nach dieser Rechtsprechung des BVerfG gegen das GG, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: - Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor. - Bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. - 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 (BVerfG, [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#) RdNr. 33).

[Art. 2 GG](#) verlangt eine verfassungskonforme Auslegung nur derjenigen Normen des SGB V, die einem verfassungsrechtlich begründeten Anspruch auf eine bestimmte Versorgung der Versicherten entgegenstehen. Dagegen bleibt die Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen des SGB V für einen Leistungsanspruch auch unter Berücksichtigung der Verfassungsmäßigkeit eines abgeschlossenen Leistungskatalogs der GKV-Leistungen unberührt (vgl. dazu Urteil des BSG vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/04 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 7](#): D-Ribose, RdNr. 28 ff. m.w.N.). Die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten sollen einerseits verhindern, dass die den Versicherten durch Gesetz eingeräumten Leistungsansprüche in einer dem Zweck des [Art. 2 GG](#) zuwiderlaufenden Weise eingeschränkt werden; so lag der Fall nach Ansicht des BVerfG in der Entscheidung vom 6. Dezember 2005. Andererseits setzen die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten dem Leistungsbegehren der Versicherten selbst im Falle regelmäßig tödlich verlaufender Krankheiten Grenzen. Sie sollen die Versicherten in solchen Fällen auch davor bewahren, auf Kosten der GKV mit zweifelhaften Therapien behandelt zu werden, wenn auf diese Weise eine nahe liegende, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht wahrgenommen wird. Erst wenn feststeht, dass derartige nach allgemeinem Standard anerkannte Behandlungsmethoden (generell) überhaupt nicht zur Verfügung stehen oder im konkreten Einzelfall ausscheiden, weil der Versicherte diese nachgewiesenermaßen nicht verträgt, ist der vom BVerfG geforderte Bereich einer weiten, verfassungskonformen Auslegung der Vorschriften des SGB V eröffnet, in welchem auf den exakten wissenschaftlichen Nachweis des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit einer bestimmten Behandlungsmethode verzichtet werden darf und man sich mit einem der notstandsähnlichen Situation angemessenen geringeren Wahrscheinlichkeitsmaßstab begnügen darf. Die anzuwendende Methode muss allerdings im Allgemeinen wie auch im konkret zu beurteilenden Fall überwiegend positive Wirkungen haben und es muss feststehen, dass sie "mehr nützt als schadet". Schon das Vorliegen der ersten dieser Voraussetzungen lässt sich nicht feststellen. Der Kläger leidet derzeit weder an einer lebensbedrohlichen noch regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung. Die Erhöhung des Lipoproteins (a) - auch in Form der Hyperlipoproteinämie Typ III bei Homozygotie für Apo E 2/2 - selbst stellt keine solche Erkrankung dar. Nach der Entdeckung des Lipoproteins (a) im Jahre 1963 wurde es wiederholt mit einem erhöhten Risiko für die koronare Herzerkrankung in Verbindung gebracht. In der Medizin wird deshalb seit einigen Jahren die Auffassung vertreten, eine Erhöhung des Lipoproteins (a) sei ein eigenständiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, so dass auch ein isolierter erhöhter Lipoprotein (a)-Wert eine Indikation für eine Apherese darstelle (vgl. Bericht des Arbeitsausschusses "Ärztliche Behandlung" des Bundesausschusses über die Beratungen gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) zu therapeutischen Apheresen vom 25. Juli 2003). Die Erhöhung dieses Proteins ist danach möglicherweise eine Ursache für schwere, lebensbedrohliche und unter Umständen tödlich verlaufende Erkrankungen, ohne selbst den Charakter einer so schweren Erkrankung zu besitzen. Die Erhöhung des Lipoproteins (a) in Form der Hyperlipoproteinämie Typ III bei Homozygotie für Apo E 2/2 hat beim Kläger zu einer PAVK in beiden Beinen geführt. Die PAVK selbst ist, wovon sich der Senat durch Befragung der in der mündlichen Verhandlung anwesenden Ärztin Frau Thiel vom MDK vergewissert hat, keine lebensbedrohliche oder regelmäßig zum Tod führende Erkrankung. Anhaltspunkte für das Bestehen einer koronaren Herzerkrankung bestehen bei dem Kläger derzeit nicht. Nach dem von ihm vorgelegten Befundbericht seines behandelnden Kardiologen Dr. P. F. vom 30. Januar 2006 konnte ein entsprechender Verdacht ausgeschlossen werden. Das Ergebnis der von diesem Arzt durchgeführten Dopplerechokardiographie hat kardiologisch einen Normalbefund beim Kläger und keine Hinweise auf eine koronare Herzerkrankung ergeben. Zwar werden in früheren, weit zurückliegenden Erkenntnissen anderer Ärzte, etwa dem medizinischen Gutachten von Prof. Dr. F. u.a. vom 11. August 1999, bei dem Kläger u.a. eine koronare Herzerkrankung und ein arterieller Hypertonus diagnostiziert. Die klinischen Befunderhebungen, auf die sich diese Diagnosen stützen, stammen aber ausweislich des Gutachtens überwiegend aus dem Jahr 1994 und sind in das Gutachten 1999 nur übernommen worden; ausreichende Einzelbefunde zur Erläuterung des Untersuchungsergebnisses fehlen. Dem kommt hier deshalb Gewicht zu, weil die mitgeteilten Untersuchungsergebnisse überwiegend positiv sind. Anhaltspunkte für einen medikamentös nicht beherrschbaren arteriellen Hypertonus bestehen nach den Ausführungen des Gutachtens nicht, weil es nur unter Belastung zu einem Anstieg der systolischen Blutdruckwerte gekommen ist. Dementsprechend haben es die untersuchenden Ärzte 1999 und auch in den späteren Jahren nicht für nötig gehalten, aktuelle Koronarangiographien zu erstellen. In den Arztbriefen des Universitätsklinikums Charité aus den Jahren 2001, 2002 und 2004 über die Behandlung der PAVK beim Kläger durch Prof. Dr. F. u.a. taucht unter den diagnostizierten Krankheiten eine Herzerkrankung nur in dem Arztbrief vom 25. Oktober 2002 auf, ohne dass darin von einer neueren Untersuchung des Klägers berichtet wurde. Bei dieser Sachlage kommt der ärztlichen Befundung durch den behandelnden Kardiologen entscheidende Bedeutung zu; diese schließt eine koronare Herzkrankung und damit das derzeitige Bestehen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung aus. Der Senat hat sich deshalb auch nicht zu einer gerichtlichen Beweiserhebung veranlasst gesehen, zumal der Kläger seit Mai 1999 nicht apheriert worden ist und seit diesem Zeitpunkt ohne lebensbedrohliche Auswirkungen auf die begehrte Behandlung verzichtet hat. Bei dieser Sachlage kann der Kläger auch aus der Rechtsprechung des BVerfG keinen Anspruch auf die Erbringung der begehrten Behandlung ableiten, weil es schon an der ersten der vom Verfassungsgericht hierfür verlangten Voraussetzungen fehlt.

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

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil hierfür kein Grund nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorlag.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved
2007-05-07