

L 24 B 208/07 KR ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 85 KR 3488/06 ER
Datum
19.01.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 B 208/07 KR ER
Datum
25.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Antragsgegnerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 19. Januar 2007 wird zurückgewiesen. Die Antragsgegnerin hat dem Antragsteller auch die außergerichtlichen Kosten des Beschwerdeverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die Behandlung einer beim Kläger bestehenden progredienten koronaren Herzkrankheit bei Hyperlipoproteinämie mit einer "LDL Aphereseherapie".

Der 1965 geborene Antragsteller legte zu seinem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 19. Dezember 2006 an das Sozialgericht Berlin unter anderem ein "Lipidologisches Gutachten" der Dr. B J vom 25. Januar 2005 vor, in welchem sein Krankheitsverlauf wie folgt zusammengefasst ist:

Im Alter von 37 Jahren erleidet der Patient einen ersten Herzinfarkt, knapp zwei Jahre später einen Reinfarkt trotz engmaschiger koronarangiographischer Kontrollen, bei denen es wiederholt zur hochgradigen Restenosierung sowohl nach PTCA wie nach Stentimplantationen isoliert im Bereich des Ramus circumflexus kommt. Insgesamt wurden vier Interventionen in dieser kurzen Zeit durchgeführt. In der vorletzten Koronarangiographie wird eine inferobasale und postmediale Hypokinesie des Ventrikels beschrieben. Die Pumpfunktion wird mit 58 % beziffert. Der Patient berichtet wiederholte Angina pectoris und eine Belastungsdyspnoe. Offenbar kommt es bei diesem Patienten trotz neuester und bester Technik und Verwendung modernster Stents (DES, TAXUS) immer wieder an denselben hämodynamisch besonders dispanierten Stellen zu Restenosen bzw. In Stentstenosen.

Bemerkenswert ist, dass diese Restenosen auftraten, obwohl seine Hypercholesterinämie mit dokumentierten LDL Cholesterinspiegeln zwischen 66 100 mg/dl (zumindest seit 1/2003) optimal medikamentös behandelt ist. Gleiches gilt für seine Hypertonie, die bei RR Werten um 120/60 mmHg unter Ramipril und Bisoprolol ebenfalls adäquat behandelt zu sein scheint. Ein zusätzlicher Risikofaktor besteht in einer familiären Disposition: Die Mutter des Patienten verstarb im Alter von 60 Jahren an einem Herzinfarkt.

Dr. J kommt zu dem Ergebnis, dass zwar die medikamentöse Therapie der Hypercholesterinämie und der Hypertonie adäquat sei, nicht jedoch die der Hyperlipoproteinämie, da bei dem Antragsteller trotz der durchgeführten Therapien zwei Herzinfarkte und wiederholte Restenosen nach PTCA und Stentimplantation aufgetreten seien. Eine regelmäßige LDL Apheresebehandlung erscheine aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich. Zwar weiche diese Empfehlung von den BUB Richtlinien ab, vergleichbare Einzelfälle in der Literatur bewiesen jedoch, dass hier eine LDL Aphereseherapie die Methode der Wahl sei.

Auch ein vom Antragsteller vorgelegtes Schreiben der C Campus V Klinikum vom 18. Juli 2004, mit dem von dieser Klinik bei der Antragsgegnerin die Kostenübernahme für eine LDL Apherese beantragt wird, rät dringend zur Einleitung einer extrakorporalen LDL Aphereseherapie, mit der auch das Lp (a) suffizient beeinflusst werden könne. Es könne eine akute 60 % ige Senkung des Lp (a) mittels einer Therapie erreicht werden. Diese Therapie müsse dann in wöchentlichen Abständen durchgeführt werden, was in der Klinik teilstationär erfolgen könne.

Ein weiteres Gutachten der C Klinikum vom 23. Juni 2006 beschreibt die Aphereseherapie beim Kläger "unter Berücksichtigung des Gesamtrikoprofils als ultima ratio". Nur mit dieser Therapie könne der einzig verbleibende Risikofaktor Hyperlipoproteinämie (a) effektiv

therapiert werden.

Mit Bescheid der Antragsgegnerin vom 12. Oktober 2006 lehnte diese die ambulante Durchführung einer LDL Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren nach der "Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#)/Nr. 1 der Anlage I, in der Fassung vom 16. Januar 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 48 (Seite 1523) vom 09. März 2006, in Kraft getreten am 01. April 2006" ab. Die Voraussetzungen gemäß § 3 Nr. 3.1 und 3.3 der genannten Richtlinien lägen nicht vor. Die LDL Apherese könne nur bei Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung oder mit schwerer Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über 12 Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden könne, durchgeführt werden. Zur Senkung des Lipoprotein (a) sei die LDL Apherese derzeit nicht vorgesehen.

Gegen diese Entscheidung hat der Antragsteller am 08. November 2006 Widerspruch eingelegt. Der Antragsteller hat beim Sozialgericht beantragt,

die Antragsgegnerin im Wege einstweiliger Anordnung zu verpflichten, dem Antragsteller zur Behandlung der bei ihm bestehenden progredienten koronaren Herzkrankheit, ausgelöst durch eine ausgeprägte Hyperlipoproteinämie (a), vorläufig die LDL Apheresetherapie als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

Der Antragsteller habe gemäß [§§ 27 Abs. 1 Satz 2, 11 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch SGB V Anspruch auf Leistungen zur Krankenbehandlung. Er leide an einer familiären Hypercholesterinämie mit einer ausgeprägten Hyperlipoproteinämie, die alleiniger und ursächlicher Risikofaktor für die progrediente koronare Ein Gefäß Erkrankung sei. Grundsätzlich sei die LDL Apherese eine nach den maßgeblichen Richtlinien anerkannte Maßnahme der ärztlichen Krankenbehandlung. Allerdings sei die Richtlinie nach [§ 135 SGB V](#) nicht geeignet, das gesetzliche Leistungsrecht umzugestalten, sie dürfte vielmehr lediglich zu einer Konkretisierung beitragen (Hinweis auf Bundessozialgericht BSG, Urteil vom 20. März 1996, 6 RKA 62/94). Die LDL Apherese sei beim Antragsteller auch unaufschiebbar medizinisch indiziert und damit notwendig. Da er deutlich erhöhte Lipoprotein (a) Werte aufweise, welche eine massive gesundheitliche Gefährdung für ihn darstellten, könne im Zusammenspiel mit den übrigen Risiko- und Krankheitsfaktoren eine Indikation nicht verneint werden. Zwar sei die isolierte Hyperlipoproteinämie (a) nicht ausdrücklich als Indikation für die LDL Apheresetherapie in der Richtlinie genannt, der Gemeinsame Bundesausschuss entscheide aber derzeit darüber, ob die isolierte Lp (a) Erhöhung wieder als zugelassene Indikation aufgeführt werde. Soweit derzeit die Leistungspflicht nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange ausgeschlossen sei, bis diese vom zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für zweckmäßig anerkannt werde, müsse nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#)) bei Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verfassungskonform ausgelegt werden. Da die Lipid Apherese in zahlreichen Fällen erfolgreich eingesetzt worden sei, sei der Gemeinsame Bundesausschuss auch wieder in die Beratung darüber eingetreten, ob die Lp (a) Erhöhung als Indikation für die LDL Apherese in die Richtlinie aufzunehmen sei. Auch wenn es grundsätzlich auf den Nachweis der generellen Wirksamkeit einer Therapie ankomme, muss nach dem genannten Beschluss des BVerfG vom 06. Dezember 2005 bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig zum Tode führenden Erkrankungen eine Korrektur vorgenommen werden. Vorliegend ist nach den medizinischen Unterlagen davon auszugehen, dass die Lp (a) Erhöhung nur durch Lipid Apherese therapiert werden könne. Es bestehe also eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf des Antragstellers.

Die Antragsgegnerin ist dem unter Hinweis auf die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) vom 18. Dezember 2006 entgegengetreten. Danach sei noch nicht gesichert, dass eine Lipoprotein (a) Erhöhung ein Risikofaktor für die Arteriosklerose sei. Gesichert sei bisher lediglich eine Assoziation zwischen stark erhöhten Lipoprotein(a) Werten und kardiovaskulären Erkrankungen. Bisherige Studienergebnisse sprächen dafür, dass stark erhöhte Lipoprotein(a) Werte das Risiko für das Auftreten einer kardiovaskulären Erkrankung bei Männern im mittleren Alter anzeigten, dass also eine deutliche Erhöhung von Lipoprotein (a) als Risikoindikator zu bewerten sei. Der Nachweis des klinischen Nutzens einer mittels einer LDL Apherese erreichten Senkung erhöhter Lipoprotein (a) Werte stehe nach wie vor aus ... Die beim Versicherten vorliegende koronare Herzerkrankung sei sicherlich im Langzeitverlauf als lebensbedrohliche Erkrankung anzusehen ... Zur Heilung der koronaren Herzkrankheit stünden keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes stünden die bereits seit Jahren eingesetzten medikamentösen Fettsenker und gefäßrekonstruktiven Maßnahmen zur Verfügung. Eine Senkung erhöhter Lipoprotein (a) Werte sei derzeit weder diätetisch noch medikamentös möglich, dies gelänge nur mit der LDL Apherese ... Die Beantwortung der Frage, ob eine "nicht ganz fern liegende" Aussicht auf Heilung oder wenigstens spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe, richte sich danach, ob die Lipoprotein (a) Erhöhung als Risikoindikator oder als Risikofaktor definiert werde. Nur in letzterem Fall wäre die Senkung der erhöhten Werte eine ursächliche Behandlung einer Mitursache der Arteriosklerose ... Der Nachweis des klinischen Nutzens einer mittels LDL Apherese erreichten Senkung erhöhter Lipoprotein (a) Werte stehe noch aus.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2007 hat das Sozialgericht wie folgt entschieden:

Tenor:

Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, vorläufig bis 31. August 2007, längstens jedoch bis zur Bestandskraft des angefochtenen Bescheides der Antragsgegnerin vom 12. Oktober 2006, die Kosten einer ambulant durchzuführenden LDL Apheresetherapie bei Ärzten, die ambulante LDL Apherese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und abzurechnen berechtigt sind, zu übernehmen.

Es hat der Antragsgegnerin zudem die außergerichtlichen Kosten des Antragstellers auferlegt: Die einstweilige Anordnung sei aufgrund einer Folgenabwägung zu erlassen gewesen, weil der Sachverhalt Fragen in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht aufweise, die der Klärung durch ein Verfahren in der Hauptsache sofern das anhängige Widerspruchsverfahren durch einen den Widerspruch zurückweisenden Bescheid ende und hiergegen Klage erhoben werde vorbehalten bleiben müsse. Es seien die Grundsätze anzuwenden, die das BVerfG entwickelt habe, wenn von einer Entscheidung in einem gerichtlichen Verfahren mittelbar Lebensgefahr für den Einzelnen ausgehen könne. Insoweit müssten die aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach [Art. 2 Abs. 2 Satz 2](#) Grundgesetz (GG) in Verbindung mit der Rechtsschutzgarantie aus [§ 19 Abs. 4 Satz 1 GG](#) verfassungsrechtlich geschützten Belange des Antragstellers hinreichend

zur Geltung gebracht werden. Die danach erforderliche Folgenabwägung falle zugunsten des Antragstellers aus, denn ihm drohten schwerwiegende Nachteile, weil er bei seiner bestehenden Herzerkrankung von weiteren Komplikationen bedroht sei, im schlimmsten Fall mit dem Tode. Demgegenüber wögen die Folgen, die bei einer zu Unrecht ergangenen einstweiligen Anordnung zum Nachteil der Antragsgegnerin einträten, als finanzieller Schaden weniger schwer. Die Antragsgegnerin könne auf der Grundlage der Stellungnahme des MDK vom 18. Dezember 2006 nicht mit Erfolg einwenden, dass sich nach den Kriterien der modernen wissenschaftlichen Medizin weder ergäbe, dass eine deutliche Erhöhung von Lipoprotein (a) ein Risikofaktor für die Arteriosklerose sei, noch dass die LDL Apherese zur Heilung überhaupt beitragen könne beziehungsweise einen Überlebensvorteil böte. Unter Berücksichtigung der dargestellten Entscheidung des BVerfG vom 06. Dezember 2006 reiche es bei einem lebensbedrohlich Erkrankten für die Leistungsgewährung aus, dass bei der angewandten Behandlungsmethode eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe. Der Antragsteller leide an einer lebensbedrohlichen koronaren Herzkrankheit, für die es keine Standardtherapie gäbe. Durch die bisherigen Maßnahmen sei der progrediente Krankheitsverlauf nicht verhindert worden, was sich aus dem lipidologischen Gutachten der Prof. Dr. S vom CCampusV Klinikum, datiert 23. Juni 2006, ergäbe. Hier werde als "ultima ratio" die Indikation zur Lipid Apherese als Heilversuch befürwortet, und zwar gerade unter dem Gesichtspunkt, dass der einzig verbleibende Risikofaktor Hyperlipoproteinämie effektiv therapiert werde. Auch wenn es an einer positiven Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf die Therapie bei dieser Indikation fehle und lediglich ein neues Überprüfungsverfahren bezüglich des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Apheresebehandlung bei isolierter Lp (a) Erhöhung anhängig sei, fehle es gerade an der Entscheidung ob positiv oder negativ -, weshalb die Behandlung jedenfalls vorläufig unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Rechtsprechung nicht verwehrt werden könne. In Erwartung, dass der Bundesausschuss in einem angemessenen Zeitraum eine Entscheidung fälle und diese veröffentliche, sei die vorläufige Leistungsverpflichtung der Antragsgegnerin für einen Zeitraum von gut sieben Monaten bis zum 31. August 2007 zu beschließen, es denn, dass der angefochtene Bescheid vom 12. Oktober 2006 zuvor bestandskräftig werde. Sollte bis dahin keine positive Anerkennung seitens des Bundesausschusses ausgesprochen sein, wäre die begehrte Leistung über das Fristende hinaus erneut zu überprüfen.

Gegen den der Antragsgegnerin am 29. Januar 2007 zugestellten Beschluss richtet sich die Beschwerde der Antragsgegnerin vom 22. Februar 2007.

Ein Anordnungsanspruch bestehe nicht, weil der Antragsteller unter Beachtung der [§§ 27, 135 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses keinen entsprechenden Leistungsanspruch habe. Die therapeutischen Hämaferesen seien vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit Beschluss vom 25. Juli 2003 für die Indikation "Isolierte Lipoprotein (a) Erhöhung" nicht als zusätzliche Indikation anerkannt worden. Der Bundesausschuss habe insoweit ausgeführt:

"Die Erkenntnislage aus Studien zum therapeutischen Nutzen der LDL Apherese bei Patienten mit isolierter Pp(a) Erhöhung ist äußerst dürrtig und kann einen therapeutischen Nutzen bisher nicht valide belegen. Von einigen universitären Anwendern oder Stellungnehmenden wird in den letzten Jahren die Apherese bei isolierter Lp(a) Erhöhung befürwortet. In Sozialgerichts-auseinandersetzungen wird hierauf gestützt behauptet, es handle sich um eine überlebensnotwendige Indikation. Alle diese Behauptungen sind bisher nicht ausreichend wissenschaftlich belegt. Es handelt sich hier um experimentelle Anwendungen, die entsprechend der international akzeptierten Deklaration von Helsinki zum Schutz der Patienten ausschließlich in kontrollierten klinischen Studien durchgeführt werden sollten, um Nutzen und Risiken der Anwendung wissenschaftlich zu evaluieren."

Auch nach den Vorgaben des BVerfG sei es nach wie vor nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, Mittel der Solidargemeinschaft für Forschungszwecke aufzuwenden und Therapiemethoden zu finanzieren, bei denen ein kausaler Zusammenhang zwischen erhöhtem Lipoprotein (a) Spiegel und Auftreten einer koronaren Herzkrankheit nicht gesichert und noch weniger eine positive Risiko /Nutzen Relation abgegeben werden könne. Gerade das Erfordernis einer validen Datenlage diene auch dem Schutze des Versicherten im Sinne des [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#). Insoweit sei für eine Anspruchs begründung aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung kein Raum, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zu einer negativen Bewertung gelange. Ein Nachweis über hinreichende Erfolgsaussichten sei bei einer negativen Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht erbracht und könne zu keinem Anspruch im Rahmen der ambulanten Behandlung führen. Daran ändere auch das derzeit beim Gemeinsamen Bundesausschuss anhängige Überprüfungsverfahren nichts, da auch bei einer positiven Entscheidung diese erst für die Zukunft Wirkung entfalten könne. Eine besondere Eilbedürftigkeit wäre im Übrigen für alle Personen mit erhöhtem Lp (a) gegeben, da eine individuelle Sonderstellung gegenüber dem hier in Rede stehenden Indikationskreis nicht erkannt werden könne. Bereits am 16. Juli 2004 sei in einem Gutachten des C Klinikums dringend zur Einleitung einer extrakorporalen LDL Apherese in wöchentlichen Abständen geraten worden. Diese seien zwischenzeitlich nicht durchgeführt worden. Eine erforderliche medizinische Versorgung sei auch unter Beachtung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen im Rahmen stationärer Behandlung gewährleistet.

Das Sozialgericht hat der Beschwerde nicht abgeholfen und sie dem Landessozialgericht zur Entscheidung vorgelegt (Eingang 28. Februar 2007).

Der Antragsteller hält den angefochtenen Beschluss für zutreffend. Seine Krankheitsgeschichte mit wiederholten kardiovaskulären Ereignissen habe gezeigt, dass sein Krankheitsverlauf deutlich progredient sei und mit weiteren, unter Umständen beim nächsten Mal tödlichen Ereignissen zu rechnen sei. Die verfassungskonforme Auslegung der Leistungsregelungen des SGB V gebiete es, dem betroffenen Versicherten die fragliche Behandlungsmethode bereits dann zur Verfügung zu stellen, wenn die nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliege. Mit einer Wiederaufnahme des Beratungsverfahrens zur isolierten Lp (a) Erhöhung stelle der Gemeinsame Bundesausschuss seine damalige Entscheidung selbst in Frage. Vorliegend sei der Nachweis erbracht, dass die LDL Apherese eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf biete. Aktuelle gegenteilige Erkenntnisse habe die Antragsgegnerin nicht vorzubringen vermocht. Ihr Hinweis auf die finanzielle Belastung der Solidargemeinschaft führe nicht weiter. Die Abwägung eines bloßen finanziellen Schadens der Krankenkasse gegenüber dem Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit des Patienten könnten nicht zum Überwiegen pekuniärer Interessen führen.

Während des Beschwerdeverfahrens hat die Antragsgegnerin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 23. Januar 2007 zurückgewiesen und dazu eine Begründung entsprechend ihrem Vorbringen im Antrags- und Beschwerdeverfahren gegeben. Die vom

Antragsteller dagegen erhobene Klage ist mit dem Aktenzeichen S 85 KR 537/07 beim Sozialgericht Berlin anhängig.

In Ausführung des angefochtenen Beschlusses gewährt die Antragsgegnerin dem Antragsteller gegenwärtig die streitigen Leistungen. II. Die Beschwerde ist zulässig ([§ 172 Sozialgerichtsgesetz -SGG-](#)) aber unbegründet. Der Senat weist sie aus den Gründen des angefochtenen Beschlusses zurück und sieht insoweit von einer weiteren Begründung ab ([§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG](#)).

Soweit die Antragsgegnerin auch im Beschwerdeverfahren die nach ihrer Ansicht fehlende Erfolgsaussicht der Klage in den Vordergrund stellt, nimmt sie schlicht die Rechtsprechung insbesondere des BVerfG zum einstweiligen Rechtsschutz nicht zur Kenntnis. Es kommt für das Verfahren einstweiligen Rechtsschutzes bei lebensbedrohlichen Situationen nicht auf eine aktuell nur schwer zu beurteilende Erfolgsaussicht im Verfahren zur Hauptsache an. Selbst wenn die Erfolgsaussicht zur Hauptsache als eher gering einzuschätzen ist, führt die vorzunehmende Folgenabwägung mit der Begründung des Sozialgerichts zu einer Entscheidung zugunsten des Antragstellers.

Zu Recht hat der Antragsteller darauf hingewiesen, dass er nach [§§ 27](#) und [11 SGB V](#) einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat, der im Rahmen des [§ 135 SGB V](#) grundsätzlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert wird. Dabei kann der Gemeinsame Bundesausschuss tatsächlich lebenserhaltende Behandlungsmethoden nicht grundsätzlich ausschließen. Erweist sich im Rechtsstreit, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine "falsche" Entscheidung getroffen hat, er also eine tatsächlich lebenserhaltende Behandlungsmethode zu Unrecht nicht in die Richtlinien aufgenommen hat, wäre die Antragsgegnerin dennoch in einem Hauptsacheverfahren zur Leistung zu verurteilen. Von daher bedeutet eine negative Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in jedem Falle einen Ausschluss des Leistungsanspruchs des Versicherten. Vorliegend zeigt gerade die kontroverse Diskussion des Nutzens der Behandlungsmethode, die zur Wiederaufnahme der entsprechenden Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss geführt hat, dass jedenfalls nicht gesagt werden kann, es sei bewiesen, dass die Methode unwirksam sei. Da es sich bei den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses um untergesetzliche Normen handelt, unterliegen diese der Prüfung durch die Gerichte (BSG vom 10. November 2005, [B 3 KR 38/04 R](#)). Von daher kann die Erfolgsaussicht des Rechtsstreits im Hauptsacheverfahren jedenfalls nicht von vornherein verneint werden.

Soweit die Antragsgegnerin vorträgt, "dann müsse sie in jedem Falle die LDL Apherese gewähren", verkennt sie die besondere Situation des Antragstellers im vorliegenden Verfahren. Dieser ist familiär vorbelastet und hat bereits zwei Herzinfarkte und zudem invasive Maßnahmen hinter sich - und dies bei "mittlerem" Lebensalter. Von daher kann durchaus von einer besonderen Situation beim Antragsteller gesprochen werden.

Soweit die Antragsgegnerin den Antragsteller auf die Möglichkeit stationärer Behandlungen im Akutfall verweist, nimmt sie damit eine Verschlimmerung des Zustands des Antragstellers in Kauf, die durch die streitige Behandlung gerade verhindert werden soll.

Letztlich hat das BVerfG im Beschluss vom 06. Februar 2007 ([1 BvR 3101/06](#)) gerade in Bezug auf die auch hier streitige Apheresebehandlung darauf hingewiesen, dass jedenfalls dann, wenn eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich ist, anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden ist. Auf die im Fall von Komplikationen zur Verfügung stehenden intensivmedizinischen Rettungsmöglichkeiten könne ein Versicherter nicht verwiesen werden. In dieser Entscheidung hat das BVerfG ausdrücklich offen gelassen, ob der derzeitige Leistungsausschluss der LDL Apherese für die Indikation einer isolierten Lipoprotein (a) Erhöhung mit höherrangigem Recht vereinbar sei und welche Rückschlüsse gegebenenfalls aus dem derzeitig beim Gemeinsamen Bundesausschuss anhängigen Überprüfungsverfahren zu ziehen seien. Für den Senat ergibt sich aus der erwähnten medizinischen Diskussion und den daraus folgenden Zweifeln an der Richtigkeit der Nichteinbeziehung der Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, dass jedenfalls medizinischer Aufklärungsbedarf besteht und allein deshalb die vom BVerfG als maßgeblich genannte Folgenabwägung vorzunehmen ist, mit der Folge, dass die Leistung gegenwärtig nicht verweigert werden kann.

Zu weiteren Maßnahmen zur Aufklärung des Sachverhalts sieht sich der Senat vorliegend nicht veranlasst. Das Sozialgericht hat seinen Beschluss für die Zeit bis zum 31. August 2007 beziehungsweise längstens bis zur Bestandskraft der ablehnenden Bescheide befristet. Durch die Klage gegen den Widerspruchsbescheid ist Bestandskraft bisher nicht eingetreten, erforderliche Ermittlungen sind ggf. im Klageverfahren durchzuführen. Die zeitliche Befristung beschwert die Antragsgegnerin nicht, es ist jedenfalls nicht ersichtlich, dass ein früheres Datum der vom Sozialgericht als maßgeblich angesehenen neuen Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erwarten wäre.

Die Kostenentscheidung folgt aus entsprechender Anwendung von [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Verfahrens.

Diese Entscheidung kann nicht mit der Beschwerde angefochten werden ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-05-08