L 4 KR 4084/11 B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 1109/11
Datum
18.08.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4084/11 B
Datum
15.11.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Beschwerde des Klägers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Ulm vom 18. August 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der am 1966 geborene Kläger wendet sich mit seiner Beschwerde gegen die Ablehnung seines Antrags auf Prozesskostenhilfe für den Rechtsstreit S 8 KR 1109/11 vor dem Sozialgericht Ulm (SG).

Der Kläger ist bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich krankenversichert. Er leidet neben psychischen Störungen u. a. an einem cervikalen Bandscheibenschaden. Eine am 25. Januar 2007 durch Prof. Dr. M. gefertigte Kernspintomographie (MRT) der Halswirbelsäule (HWS)/Brustwirbelsäule (BWS) stellte auf Höhe der Halswirbelkörper (HWK) 4/5 einen großen mediorechtslateralen Bandscheibenvorfall mit Myelonimprimierung, jedoch ohne Zeichen einer Myelomalazie/Myelopathie sowie zusätzlicher neuroforaminaler Einengung der Wurzel C5 rechts, eine am 05. August 2008 von PD Dr. Kunz, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, gefertigte MRT einen Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 5/6 sowie Protrusionen in Höhe HWK 4/5 und 6/7 ohne Anhalt für eine Myelopathie oder Nervenwurzelkompression dar. Bei einer durch Dr. Fr. am 23. November 2009 gefertigten Lateral-Funktionsaufnahme der HWS zeigte sich eine leichte ventrale knöcherne Ausziehung im Segment C2/3, eine Kalkstruktur im vorderen Längsband im Segment C6/7 und eine leichte Retrospondylose bzw. Uncovertebralarthrose im Segment C3/4 bzw. C4/5 ohne auffälligen Befund an den Gelenkflächen der Atlanto-Axial-Gelenke oder Atlanto-Occipital-Gelenke.

Die vom Kläger im April 2010 beantragte manualdiagnostische Untersuchung und Übernahme der Kosten für eine Atlastherapie nach ARLEN lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 15. April 2010, der nicht mit einer Rechtsmittelbehelfsbelehrung versehen war, ab.

Ausweislich des fachärztlichen Berichts des Facharztes für Orthopädie Dr. T. vom 19. April 2010 untersuchte dieser den Kläger am 12. April 2010, wobei er Atlasdysfunktion, Kopfgelenksblockade, Zervicozephales Syndrom diagnostizierte und dem Kläger zur Komplettierung der bildgebenden Diagnostik zu einem Upright-MRT der HWS, zu einem Funktions-Computertomogramm und zu einer speziellen Computertomogramm (CT)-Atlaszielaufnahme riet. Nach Vorlage der Untersuchungsbefunde und der Bestätigung des Untersuchungsbefundes sei eine spezifisch ausgerichtete Reflextherapie im Sinne der Atlastherapie nach ARLEN geplant. Am 30. April 2010 reichte der Kläger bei der Beklagten die auf Privatrezepten ausgestellten Verordnungen des Dr. T. vom 13. April 2010 für ein Funktions-CT (craniocervikaler Übergang) und ein Upright-MRT HWS, jeweils wegen Verdachts auf Atlasdysfunktion, ein.

Die Beklagte befragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in Ravensburg. Dr. B. teilte unter dem 20. Mai 2010 mit, was an Diagnostik z. B. beim MRT und CT über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinausgehe, sei als "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" (Anführungszeichen im Orginal) entsprechend dem Nikolausurteil von 2005 zu bewerten. Angaben über bisher durchgeführte bildgebende Diagnostik lägen nicht vor. Eine lebensbedrohliche Erkrankung an der HWS könne nahezu sicher ausgeschlossen werden. Damit seien die NUB (nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)-Kriterien für eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht erfüllt. Eine Kostenübernahme der beantragten Untersuchungen könne nicht empfohlen werden.

Mit Bescheid vom 26. Mai 2010 lehnte es die Beklagte daraufhin ab, die beantragten Leistungen zu übernehmen. Empfohlen werde die

Vorstellung in Neurologischen Zentren an Universitätskliniken, welche die weiter erforderlichen Untersuchungen veranlassen und auch durchführen könnten.

Der Kläger erhob dagegen Widerspruch. Er sei zur Abklärung der bei ihm bestehenden Gesundheitsstörungen dringlichst auf eine bildgebende Diagnostik durch eine MRT des Atlaswirbels angewiesen. Hierzu müsse der Kopf eine gewisse Neigung einnehmen, so dass die MRT nicht in der üblicherweise geschlossenen Röhre stattfinden könne. Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Methoden-Richtlinie) sei eine solche Upright-Kernspintomographie auch nicht als Methode genannt, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfe. Der Kläger trug ergänzend vor, nur bei Vorlage der spezifischen Untersuchungsbefunde sei eine hierauf speziell ausgerichtete Therapie möglich. Die Kosten für ein Funktions-CT lägen im Bereich von ca. EUR 400,00 (nachgereichter Kostenvoranschlag des Dr. Fr. ohne Datum: EUR 399,47), diejenigen für ein Funktions-MRT bei ca. EUR 700,00. Funktions-CTs und Funktions-MRTs würden im Bundesgebiet leider ausschließlich von privatärztlichen Praxen durchgeführt. Er wäre bereit, bei Übernahme der Kosten, die bei einer konventionellen bildgebenden Untersuchungsmethode eines Kassenarztes entstünden, den noch verbleibenden Differenzbetrag aus eigener Tasche zu bezahlen. Im Übrigen habe er einen Anspruch auf Kostenerstattung hinsichtlich der Atlastherapie nach ARLEN. Es gebe keine alternative Behandlungsmethode. Die Wirksamkeit der Therapie sei wissenschaftlich gesichert. Der Kläger begann am 10. September 2010 mit der Behandlung mittels der Atlastherapie nach ARLEN durch Dr. T. und reichte der Beklagten hierzu für die Behandlungen zwischen dem 10. September 2010 und 22. Januar 2011 erstellten Rechnungen mit einem Betrag in Höhe von insgesamt EUR 814,32 ein.

Die Beklagte zog die von Dr. R.-Th. am 16. April 2008 erstellte "NUB-Kurzinformation" für InfoMeD bei, wonach in Deutschland für die vertragsärztliche Versorgung alle Kernspintomographiegeräte zugelassen sind, die die Vorgaben entsprechend der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) erfüllten. Laut Mitteilung des Herstellers erfülle das Upright-MRT diese Voraussetzungen. Sofern der Anbieter eine kassenärztliche Zulassung/Ermächtigung für die Durchführung von kernspintomographischen Untersuchungen besitze und das Gerät bei der Kassenärztlichen Vereinigung angemeldet habe, könne er die Untersuchung mit dem Upright-MRT zu Kassenlasten erbringen. Auch nach der Richtlinie des GBA über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie gemäß § 136 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie) sei eine Untersuchung in sitzender oder stehender Position nicht ausgeschlossen. Obwohl es sich medizinisch um eine neue Untersuchungstechnik handle, stelle die Leistungserbringung keine neue Methode gemäß § 135 SGB V dar. Sodann zog die Beklagte medizinische Unterlagen des Klägers seit 1998 bei und befragte erneut den MDK. Für diesen führte wiederum Dr. B. unter dem 23. August 2010 aus, die medizinische Notwendigkeit eines Upright-MRT zur Planung eines Atlastherapie nach ARLEN sei nicht zu erkennen. Eine weitere therapeutische Konsequenz, die sich ausschließlich durch die zusätzliche Untersuchung des Upright-MRT ergeben könnte, nenne Dr. T. nicht. Durch das beantragte Upright-MRT bestehe nicht annähernd ein Anhalt für einen zusätzlichen relevanten diagnostischen Hinweis mit relevanter therapeutischer Konsequenz bzw. einem Benefit des Klägers gegenüber den vertragsärztlich zugelassenen und auch bei dem Kläger schon routinemäßig durchgeführten Methoden (konventionelle Funktionsaufnahmen der HWS, MRT HWS). Es liege ein komplexes psychisches Krankheitsbild des Klägers vor, welches von verschiedenen Fachärzten diagnostiziert worden sei und mit großer Wahrscheinlichkeit auch im Zusammenhang mit neurologischen Beschwerden stehe. Ergänzend zog die Beklagte außerdem noch die Patienten- und Fachinformation über die Methode der Atlastherapie nach ARLEN/Stand August 2010 von Dr. T. und Dr. Gnad bei. Darin ist u.a. ausgeführt, vor jeder Behandlung mit Atlastherapie nach ARLEN (Hervorhebung im Original) sei grundsätzlich immer eine ausgiebige funktionelle und neurologische Diagnostik unverzichtbar erforderlich und schließe auch immer eine vegetative Funktionsdiagnostik ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03. März 2011 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch zurück. Dem Kostenübernahmeantrag für die Behandlung nach der Atlastherapie nach ARLEN könne nicht zugestimmt werden, da die Methode generell der Anlage 2 der Methoden-Richtlinien zugeordnet sei. In dieser Anlage seien diejenigen Methoden gelistet, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürften. Nicht anders verhalte es sich hinsichtlich der zur Durchführung der Atlastherapie nach ARLEN beantragten manualdiagnostischen Untersuchungen mittels Funktions-CT, Funktions-MRT und Upright-MRT. Diese bildgebenden Diagnostik-möglichkeiten seien bis heute noch keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Es lägen dazu keine randomisierten kontrollierten Studienergebnisse der Evidenzstufe Ia/Ib vor.

Am 31. März 2011 erhob der Kläger Klage zum SG. Er beantragte zunächst, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 26. Mai 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03. März 2011 zu verurteilen, die Kosten für ein Funktions-CT, Funktions-MRT und Upright-MRT zu übernehmen sowie ihm die Kosten für die Atlastherapie nach ARLEN zu erstatten, und verwies darauf, mit dem Beginn der Atlastherapie nach ARLEN habe sich erstmals eine Besserung eingestellt. Mit Schriftsatz vom 16. August 2011 teilte er mit, dass er im Verfahren primär die Übernahme der Kosten für eine funktionelle Magnetresonanztherapie der oberen HWS begehre, um entscheiden zu können, welche Therapie weiterhin zur Behandlung seiner Beschwerden an der HWS bzw. am Kopfgelenk erforderlich sei. Die Kosten der begehrten Behandlungsmethode seien im Vergleich zu seinem Benefit als durchaus gering anzusehen. Vergleichbare schulmedizinische Behandlungsmethoden, welche ausschöpfend in Anspruch genommen worden seien, stünden ihm nicht zur Verfügung. Konventionelle MRTs reichten nicht aus. Die bei ihm diagnostizierte Kopfgelenksblockade und Atlasdysfunktion könne nur dann zu der medizinisch indizierten und damit richtigen Therapie führen, wenn, was nur beim Upright-MRT möglich sei, die Wirbelsäule unter der natürlichen Gewichtsbelastung und auch in verschiedenen Positionen untersucht werden könne. Es liege hier ein Systemmangel vor. Auch die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) im Beschluss vom 06. Dezember 2005 (1 BvR 347/98 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5) aufgestellten Anforderungen im Hinblick auf nicht anerkannte Behandlungsmethoden seien bei ihm zu bejahen.

Die Beklagte trat der Klage unter Bezugnahme auf den Widerspruchsbescheid und den Inhalt ihrer Verwaltungsakte entgegen.

Mit Klageerhebung beantragte der Kläger gleichzeitig Prozesskostenhilfe unter Beiordnung von Rechtsanwältin M. M., R ... Mit Beschluss vom 18. August 2011 lehnte das SG diesen Antrag ab. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung der ab September 2010 durchgeführten Behandlung mit einer Atlastherapie nach ARLEN und auf Kostenübernahme der damit in Zusammenhang stehenden radiologischen Maßnahmen. In der Methoden-Richtlinie habe der GBA die Methoden aufgelistet, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürften (Anlage 2). Darunter falle in Nr. 40 die Atlastherapie nach ARLEN. Derzeit bestünden keine Anhaltspunkte für das Vorliegen neuer gegenteiliger Erkenntnisse, welche die Qualität und Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode nachwiesen. Ein Kostenerstattungsanspruch sei auch nicht unter dem Gesichtspunkt des "Systemversagens" (Anführungszeichen im

Original) begründet. Das Bundessozialgericht (BSG) habe zwar in Reaktion auf die verfassungsgerichtlichen Vorgaben des BVerfG im Beschluss vom 06. Dezember 2005 (a.a.O.) die Anforderungen an den Nachweis der Wirksamkeit neuer Behandlungsmethoden unter bestimmten Voraussetzungen abgeschwächt, allerdings nur im Fall von Krankheiten, die in absehbarer Zeit zum Verlust des Lebens oder eines wichtigen Organs führten. Ein solcher Ausnahmefall liege nicht vor.

Am 08. September 2011 hat der Kläger gegen den ihm am 24. August 2011 zugestellten Beschluss Beschwerde zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Es gehe ihm primär um die Übernahme der Kosten für eine funktionelle MRT der oberen HWS, damit erstmalig eine sichere Diagnose darüber erstellt werden könne, unter welchen Gesundheitsstörungen er leide. Diese radiologischen Maßnahmen, welche er begehre, stünden nicht in Zusammenhang mit der Atlastherapie nach ARLEN, sondern seien Voraussetzung dafür, welche Therapie bei ihm erforderlich sei. Auf Nachfrage des Senats hat der Kläger mit Schriftsatz vom 04. Oktober 2011 klargestellt, dass es ihm im vorliegenden Verfahren zunächst ausschließlich um die Übernahme der Kosten für ein Funktions-CT (hinsichtlich Knochen) und eines Funktions-MRTs (hinsichtlich Weichteile/Bänder) gehe. Die bei ihm behandelnden Fachärzte hätten eine Atlasdysfunktion diagnostiziert und um die richtige Behandlungsmethode anwenden zu können, zu einem Funktions-CT oder einem Funktions-MRT dringlichst geraten.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

unter Aufhebung des Beschlusses des Sozialgerichts Ulm vom 18. August 2011 ihm Prozesskostenhilfe unter Beiordnung von Rechtsanwältin M. M., R. ohne die Anordnung von Ratenzahlungen für das Verfahren S 8 KR 1109/11 vor dem Sozialgericht Ulm zu gewähren.

Die Beklagte hat sich im Beschwerdeverfahren nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten S 8 KR 1109/11, der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und der Prozesskostenhilfeakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde des Klägers ist zulässig, insbesondere gemäß § 173 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist auch nicht gemäß § 172 Abs. 3 Nr. 2 SGG ausgeschlossen, da das SG nicht ausschließlich die persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse für die Prozesskostenhilfe, sondern vielmehr die Erfolgsaussicht in der Hauptsache verneint hat. Der Kläger begehrt die Übernahme der Kosten für ein Funktions-CT und Funktions-MRT, die er mit EUR 399,47 bzw. ca. EUR 700,00 beziffert hat, so dass der Beschwerdewert nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG in der Hauptsache erreicht wird.

Die Beschwerde ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe für das Verfahren S 8 KR 1109/11 vor dem SG.

Prozesskostenhilfe erhält gemäß § 73a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 114 Satz 1 Zivilprozessordnung (ZPO), wer nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. Die Rechtsverfolgung bietet hinreichende Aussicht auf Erfolg, wenn der Rechtsstandpunkt des klagenden Beteiligten aufgrund der Sachverhaltsschilderung und der vorliegenden Unterlagen für das Gericht zumindest als vertretbar erscheint und es von der Möglichkeit der Beweisführung überzeugt ist (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, 9. Aufl. 2008, § 73a RdNr. 7a). Prozesskostenhilfe darf verweigert werden, wenn die Erfolgschance nur eine entfernte ist (vgl. BVerfGE 81, 347, 357). Bei der Prüfung, ob hinreichende Erfolgsaussicht besteht, muss der verfassungsrechtliche Rahmen (Art. 3 Abs. 1, 20 Abs. 3, 19 Abs. 4 Grundgesetz - GG -) berücksichtigt werden. Die Prüfung der Erfolgsaussicht darf nicht dazu dienen, die abschließende rechtliche Überprüfung selbst in das Prozesskostenhilfeverfahren vorzuverlagern. Die Anforderungen an die Erfolgsaussichten dürfen deshalb nicht überspannt werden. Da der Begriff der hinreichenden Erfolgsaussicht enger zu verstehen ist als das Gebot einer Beweiserhebung, ist im Rahmen des Verfahrens über Prozesskostenhilfe in begrenztem Rahmen auch eine vorweggenommene Beweiswürdigung zulässig. Der Ablehnung von Prozesskostenhilfe steht es auch nicht von vornherein entgegen, wenn zur abschließenden Klärung des Sachverhalts nach pflichtgemäßem Ermessen des Gerichts noch einzelne Ermittlungen, wie etwa die Befragung behandelnder Ärzte angestellt werden.

Streitig ist im Hinblick auf die mit Schriftsatz der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 16. August 2011 erfolgte Beschränkung des Klagebegehrens nicht (mehr) die Erstattung der Kosten für die durchgeführte Atlastherapie nach ARLEN, sondern ausschließlich die Übernahme der Kosten für ein Funktions-CT und ein Funktions-MRT. Die Beschränkung ergibt sich auch aus der Beschwerdebegründung der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 07. September 2011 und ihrem Schriftsatz vom 04. Oktober 2011.

Diesbezüglich mangelt es an der hinreichenden Erfolgsaussicht der Rechtsverfolgung.

Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in § 27 Abs. 1 SGB V grundlegend umschrieben. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigte Behandler (§ 76 Abs. 1 Satz 1 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). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, §§ 69 bis 140h SGB V), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung, für den ambulanten Bereich insoweit das in § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (vgl. dazu BSG SozR 4 2500 § 27 Nr. 8; SozR 4-2500 § 27 Nr. 12). 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 (st. Rspr., BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8), wenn der GBA 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 GBA sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8). Ohne befürwortende Entscheidung des GBA kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht (zu alledem auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 30. August 2006 - L 5 KR 281/06 - und ausführlich m.w.N. Urteil vom 31. Oktober 2007 - L 5 KR 2563/07 -, beide veröffentlicht in juris).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund kann dahingestellt bleiben, ob es sich bei den vom Kläger begehrten Untersuchungen mithilfe eines Funktions-CTs und Funktions-MRTs um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt, hinsichtlich derer eine nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V erforderliche befürwortende Entscheidung des GBA fehlt und ob in Deutschland alle Kernspintomographiegeräte, die die Vorgaben entsprechend der Kernspintomographie-Vereinbarung erfüllen, auch die Voraussetzungen für diese beiden Untersuchungen erfüllen. Offen bleiben kann auch, ob es in Deutschland Ärzte mit vertragsärztlicher Zulassung für die Durchführung von kernspintomographischen Untersuchungen gibt, die auch über ein Gerät verfügen, das die vom Kläger begehrten Untersuchungen zulässt, und ob das begehrte Upright-MRT einem Funktions-MRT gleichzusetzen ist. Denn der Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten für ein Funktions-CT und Funktions-MRT scheitert bereits an der fehlenden medizinischen Notwendigkeit. Begehrt wird das Funktions-CT und Funktions-MRT zur bilddiagnostischen Feststellung der beim Kläger vorliegenden Funktionsstörung und - so Dr. T. in seinem Bericht vom 19. April 2010 - um nach Vorlage der Untersuchungsbefunde und der Bestätigung des Untersuchungsbefunds eine spezifisch ausgerichtete Reflextherapie im Sinne der Atlastherapie nach ARLEN durchzuführen. Auch in der Patienten- und Fachinformation über die Methode der Atlastherapie nach ARLEN/Stand August 2010 ist insoweit ausgeführt, dass vor jeder Behandlung mit Atlastherapie nach ARLEN grundsätzlich immer eine ausgiebige funktionelle und neurologische Diagnostik unverzichtbar erforderlich sei. Die nach Fertigung des Funktions-CT und Funktions-MRT geplante Atlastherapie nach ARLEN wurde beim Kläger nunmehr aber bereits in der Zeit vom 10. September 2010 bis 22. Januar 2011 durchgeführt. Eine medizinische Notwendigkeit für die vor der Atlastherapie gewünschte Diagnostik besteht daher nicht mehr. Die Behauptung des Klägers im Beschwerdeverfahren, die begehrten radiologischen Untersuchungen stünden nicht in Zusammenhang mit der Atlastherapie nach ARLEN, widerspricht dem bisherigen Vorbringen sowie den vorliegenden Unterlagen und ist deshalb nicht nachvollziehbar. Aus den vorliegenden Akten ergeben sich auch keine Anhaltspunkte dafür, dass noch eine weitere Behandlung des Klägers, die ein Funktions-CT oder Funktions-MRT zur Voraussetzung hat, durchgeführt werden soll. Entsprechendes hat der Kläger nicht vorgetragen.

Ein Anspruch des Klägers auf die begehrte Leistung lässt sich auch nicht nach den vom BVerfG im Beschluss vom 06. Dezember 2005 (a.a.O.) entwickelten Grundsätzen begründen. In diesem Beschluss hatte das BVerfG Stellung zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten genommen und eine grundrechtsorientierte Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen. Die verfassungskonforme Auslegung setzt u.a. voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt (vgl. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 7). Das BSG (SozR 4-2500 § 31 Nr. 8) hat insoweit ausgeführt, dass mit den genannten Krankheitskriterien des BVerfG eine strengere Voraussetzung umschrieben wird, als sie mit dem Erfordernis einer "schwerwiegenden" Erkrankung für die Eröffnung des Off-Label-Use formuliert ist. Die hier zu behandelnde Erkrankung des Klägers im Bereich der HWS ist ersichtlich weder lebensbedrohlich noch regelmäßig tödlich verlaufend.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 73a Abs. 1 Satz 1 SGG, 127 Abs. 4 ZPO.

Diese Entscheidung ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar (§ 177 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2011-11-19