

Außenseitermethoden und Leistungspflicht der Krankenkasse – Wann die Kasse zahlen muss

Ende 2005 hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) einen Fall zu entscheiden, in dem es um eine so genannte neue Behandlungsmethode ging¹. Der folgende Beitrag soll einen Überblick darüber geben, unter welchen Voraussetzungen das BVerfG die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als verpflichtet ansieht, die Kosten einer Behandlung mit solchen neuen Methoden zu tragen. Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dann als neu definiert, wenn sie noch nicht als abrechnungsfähige Leistungen im sog. „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM)“ enthalten sind.

Da die Methoden, die Gegenstand des Beschlusses des BVerfG waren, für gewöhnlich zu den sog. „Außenseitermethoden“ gezählt werden, für die typisch ist, dass deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, kann für den im Folgenden verwandten Begriff der „Neuen Behandlungsmethode“ synonym auch der Begriff „Außenseitermethode“ verwendet werden.

I. Sachverhalt

In der genannten Entscheidung ging es um einen familienversicherten Patienten, der an der Duchenne'schen Muskeldystrophie (engl. Abkürzung: DMD) litt. Diese Krankheit manifestiert sich in den ersten Lebensjahren, um das 10. Lebensjahr herum ist für gewöhnlich mit dem Verlust der Gehfähigkeit zu rechnen. In zunehmendem Maße kommt es zur Ateminsuffizienz, die Lebenserwartung ist stark ein-

geschränkt. Eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode, die zur Heilung oder zur nachhaltigen Verzögerung des Krankheitsverlaufs führen könnte, existiert derzeit nicht².

Der Betroffene befand sich zum Zeitpunkt des Beschlusses des BVerfG bereits seit mehreren Jahren bei einem Arzt in ständiger Behandlung. Die von diesem angewandte Therapie, um deren Kostenübernahme der Streit entbrannte, bestand in der Anwendung von Thymuspeptiden, Zytoplasma und homöopathischen Mittel sowie Bioresonanztherapie. Die Ärzte einer orthopädischen Klinik hielten den Behandlungsverlauf für günstig. Eine weitere Ärztin, die den Betroffenen behandelte, stufte dessen Gesundheitszustand trotz Verlustes der Gehfähigkeit als gut ein.

Die Krankenkasse lehnte es jedoch ab, die Kosten dieser vom Betroffenen in Anspruch genommenen Behandlung zu übernehmen und stützte sich dabei u.a. auf die Aussage des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MdK), aus der hervorging, dass der Therapieerfolg der angewandten Methoden wissenschaftlich nicht nachgewiesen sei. Auch eine weitere Ärztin kam in ihrer Einschätzung zu dem Ergebnis, die Besserung des Zustandes des Betroffenen könne nicht auf die von dessen Arzt angewandte Behandlungsmethode zurückgeführt werden.

Dem gegenüber empfahl die mitbehandelnde orthopädische Klinik im Verfahren vor dem Landessozialgericht (LSG) die Weiterführung dieser Therapie, weil sich der Krankheitsverlauf beim Betroffenen günstig darstelle.

Nach Berufung und Revision legte der Betroffene schließlich Verfassungsbeschwerde ein, mit der Erfolg hatte.

¹ BVerfG, 1 BvR 347/98 v. 06.12.2005, Absatz-Nr. (1-69), zu finden unter der Rubrik „Entscheidungen“ unter <http://www.bundesverfassungsgericht.de>

² Vgl.: <http://www.duchenne-forschung.de/richtli1.htm>.

II. Die Begründung des BVerfG

1. Das BVerfG sah in der Ablehnung der Krankenkasse, die Kosten der umstrittenen Behandlungsmethode zu tragen, vor allem einen Verstoß gegen Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip. Art. 2 Abs. 1 GG verbürgt die so genannte allgemeine Handlungsfreiheit.

Das BVerfG stellte fest, das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG schütze den beitragspflichtigen Versicherten vor einer Unverhältnismäßigkeit von Beitrag und Leistung. Hieraus lasse sich zwar kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung ableiten, jedoch seien gesetzliche und auf Gesetz beruhenden Leistungsbegrenzungen darauf zu prüfen, ob sie im Rahmen des Art. 2 Abs. 1 GG gerechtfertigt sind.

Gesetzlich Pflichtversicherten könnten Leistungen für die Behandlung einer Krankheit – insbesondere einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung – durch gesetzliche Bestimmungen oder deren Auslegung durch die Gerichte nicht ohne weiteres vorenthalten werden. Dies sei nur dann möglich, wenn diese Versagung unter Berücksichtigung von Art. 2 Abs. 1 GG und dem Sozialstaatsprinzip gerechtfertigt ist.

2. Das BVerfG geht dann außerdem noch auf Art. 2 Abs. 2, S. 1 GG ein, der das Leben und die körperliche Unversehrtheit schützt. Das Gericht stellt zwar klar, dass sich aus dieser Vorschrift des GG grundsätzlich kein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Bereitstellung bestimmter Gesundheitsleistungen ergibt³. Die Grundrechte des Art. 2 Abs. 2, S. 1 GG können die Gerichte jedoch in besonders gelagerten Fällen zu einer grundrechtsorientierten Auslegung der Vorschriften des Rechts

der GKV verpflichten. Weil das Leben innerhalb der Ordnung des GG einen Höchstwert darstelle, gelte dies insbesondere in solchen Fällen, in denen es um die Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung geht.

Der Gesetzgeber unterwerfe den Einzelnen unter bestimmten Voraussetzungen dem Zwang einer Versicherung in der GKV. Dabei koppele er den zu entrichtenden Beitrag an die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Versicherten und garantiere ihm dafür die notwendige Krankheitsbehandlung.

Es sei daher mit Art. 2 Abs.1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, wenn ein Versicherter, der an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die keine schulmedizinischen Behandlungsmethoden existieren, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode durch die Krankenkasse ausgeschlossen werde und darauf verwiesen werde, er müsse diese Behandlung selbst finanzieren.

Voraussetzung für eine Kostentragungspflicht der GKV sei in solchen Fällen jedoch, dass die umstrittene Behandlungsmethode, deren Kosten von der GKV getragen werden sollen, eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht. Dabei müssten Indizien vorhanden sein, die diese Aussicht stützen.

Das Gericht nahm in dem Fall, der der Entscheidung zugrunde lag, außerdem auch einen Verstoß gegen Art. 2 Abs. 2, S. 1 GG an. Wenn der Staat mit dem System der GKV Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten übernehme, dann gehöre die Vorsorge in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung unter den genannten Vorausset-

³ Hinweis des BVerfG u.a. auf BVerfGE 77, S. 170 ff., S. 215.

zungen zum Kernbereich der Leistungspflicht und der von Art. 2 Abs. 2, S. 1 GG geforderten Mindestversorgung.

In Bezug auf die genannten Indizien für eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder Besserung der Krankheit führt das BVerfG u.a. Folgendes aus:

Hinweise auf einen solchen Wirkungszusammenhang könnten sich beispielsweise aus dem Gesundheitszustand des Betroffenen im Vergleich mit dem Zustand anderer, in gleicher Weise Erkrankten ergeben, die nicht mit der umstrittenen Methode behandelt wurden oder aber mit solchen Personen, die bereits auf die gleiche Weise behandelt wurden oder behandelt werden.

Weitere Bedeutung komme der fachlichen Einschätzung der Wirksamkeit der Methode im konkreten Einzelfall durch die behandelnden Ärzte des Betroffenen zu. Hinweise auf eine Eignung der umstrittenen Behandlungsmethode könnten sich aber auch aus der wissenschaftlichen Diskussion ergeben.

III. Zusammenfassung

Zusammenfassend gesagt haben – dies sei hier betont – jedenfalls gesetzlich Pflichtversicherte (auch Familienversicherte!) unter den folgenden Voraussetzungen einen Anspruch darauf, dass die Krankenkasse die Behandlung mit neuen Behandlungsmethoden respektive Außenseitermethoden trägt:

1. Der Betroffene leidet unter einer Krankheit, die lebensbedrohlich ist oder vorhersehbar tödlich verläuft.
2. Eine dem allgemeinen anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode steht nicht zur Verfügung.
3. Es besteht eine auf Indizien gegründete, nicht ganz fern liegende

Aussicht darauf, dass die umstrittene Behandlungsmethode zu einer Heilung führen wird oder zumindest eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf mit sich bringt.

4. In Bezug auf das Vorliegen solcher Indizien kommt u.a. der fachlichen Einschätzung der Wirksamkeit der Methode im konkreten Einzelfall durch die Ärzte des Erkrankten Bedeutung zu.

IV. Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)

Mittlerweile hat das BSG die Rechtsprechung des BVerfG bestätigt⁴. Das BSG entschied, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine bestimmte Leistung nicht verweigern dürfen, wenn die jeweilige Therapie nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wird und der Patient ihr trotz eventuell zu erwartender Gefahren und Nebenwirkungen vorher ausdrücklich zugestimmt hat. Dabei muss der Patient jedoch von seinem Arzt vor der Therapie über eben diese Risiken aufgeklärt worden sein. Das BSG schloss in seine Entscheidung auch nicht zugelassene Arzneimittel mit ein. So betraf einer der vom BSG entschiedenen Fälle eine krebskranke Patientin, bei der im Rahmen der Chemotherapie der zugelassene Wirkstoff 5-Fluorouracil nicht eingesetzt werden konnte, weil die Patientin diesen nicht vertrug. Das BSG entschied, dass die Krankenkasse verpflichtet ist, die Therapie mit dem aus Kanada bezogenen Wirkstoff Raltitrexed zu bezahlen.

Darüber hinaus stellte das BSG die Fälle, in denen die jeweilige Krankheit besonders schwerwiegende Folgen, wie bei-

⁴ Quelle: www.haufe.de mit Hinweis auf BSG-Urteile v. 04.04.2006, Az. B 1 KR 7/05 und B 1 KR 12/04 R.

spielsweise eine Erblindung, mit sich bringt, den Fällen gleich, in denen eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliegt.

Das BSG stellte dabei jedoch auch klar, dass Versicherte auch weiterhin keinen Anspruch darauf haben, alles von der Krankenkasse zu verlangen, was ihrer Meinung nach oder objektiv der Behandlung der jeweiligen Krankheit dient.

V. Fazit

Festzuhalten bleibt, dass sich schwer erkrankte Versicherte, bei denen es die Krankenkasse ablehnt, die Kosten einer Therapie zu tragen, die nicht zu den allgemein anerkannten Methoden zählt, auf die genannten Entscheidungen berufen sollten, wenn die hier genannten Voraussetzungen auf sie zutreffen.

Die Entscheidungen des BVerfG und des BSG haben Bedeutung für eine Vielzahl von Fällen. Zu diesen zählen beispielsweise auch diejenigen, in denen sich die Krankenkassen weigern, bei HER-2 positiven Brustkrebspatientinnen die Kosten der adjuvanten Krebstherapie mit Herceptin® zu tragen. Ebenfalls in diesen Bereich könnte die Behandlung mit Insulinanaloga fallen, da eine Diabeteserkrankung die schwerwiegende Folge mit sich bringen kann, dass Gliedmaßen amputiert werden müssen.

Schwer erkrankten gesetzlich Versicherten ist im Falle einer Leistungsverweigerung der Krankenkasse daher die Berufung auf die genannte Rechtsprechung und ggf. die Beratung durch einen spezialisierten Anwalt zu empfehlen. Für Rückfragen steht der Autor gerne zur Verfügung.

Autor:

Rechtsanwalt Dr. jur. Burkhard Tamm
-Fachanwalt für Medizinrecht-
Augustinerstr. 6
97070 Würzburg
Tel: 0931- 32 98 72 90
E-Mail: drtamm@tamm-law.de
URL: www.tamm-law.de

Bitte beachten Sie den folgenden Hinweis:

Die Vervielfältigung und Verbreitung ist bei Beibehaltung der Nennung des Autors gestattet.

Für den Inhalt von externen Seiten, auf die durch Links verwiesen wird, übernehmen der Autor und die Kanzlei keine Haftung.

Soweit der Inhalt solcher Seiten gegen gesetzliche Vorschriften verstoßen sollte, distanzieren sich Autor und Kanzlei ausdrücklich davon.