



Leistungskatalog aufgeweicht?

Bundesverfassungsgericht zur Leistungspflicht der GKV bei neuen Behandlungsmethoden

Das Bundesverfassungsgericht hat am 6. Dezember 2005 eine bemerkenswerte Entscheidung zu der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu neuen und nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsmethoden getroffen.

Laut Bundesverfassungsgericht ist es mit den Grundrechten nicht vereinbar, wenn eine Krankenkasse einen lebensbedrohlich Kranken, für den keine anerkannte Behandlung nach medizinischem Standard zur Verfügung steht, von einer alternativen ärztlich angewandten Behandlungsmethode ausschließt, die möglicherweise die Krankheit heilen oder ihren Verlauf verbessern kann. Das Bundesverfassungsgericht sieht hier speziell das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) berührt.

Der Kläger und Beschwerdeführer leidet an der Duchenne'schen Muskeldystrophie (DMD – progressive Muskeldystrophie). Die Krankheit manifestiert sich zunächst in einem Verlust der Gehfähigkeit, nachfolgend treten zunehmende Ateminsuffizienz und auch Funktions- und Bewegungseinschränkungen der Gelenke sowie Herzmuskelkrankungen auf. Die Lebenserwartung ist stark eingeschränkt. In dem konkreten Fall hatte sich der Kläger bei einem Facharzt für Allgemeinmedizin, der nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war, in Behandlung begeben; neben Thymuspeptiden, Zytoplasma und homöopathischen Mitteln wurden auch hochfrequente Schwingungen („Bioresonanztherapie“) angewandt. Die beklagte Krankenkasse hatte eine Leistungspflicht abgelehnt, da es sich um nicht anerkannte Heilbehandlungsmethoden im Sinne einer Festlegung durch den Gemeinsamen

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) handelt. Diese Auffassung hatte das Bundessozialgericht auf die Klage des Patienten hin bestätigt. Mit seiner Verfassungsbeschwerde hatte der Kläger jedoch vor dem Bundesverfassungsgericht Erfolg.

Die Entscheidung

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ist es zunächst verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines gesetzlich festgelegten Leistungskataloges zur Verfügung stellt, der auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein kann. Es ist auch zulässig, wenn der G-BA neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig prüft, um die Anwendung dieser Methoden zu Lasten der Krankenkassen auf eine fachlich-medizinisch zuverlässige Grundlage zu stellen. Wenn für eine lebensbedrohliche oder vorhersehbar tödliche Krankheit keine anerkannte Behandlungsmethode nach medizinischem Standard existiert, der behandelnde Arzt jedoch eine Methode anwendet, die nach seiner Einschätzung im Einzelfall den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst, mussten die Krankenkassen bislang die Kosten nicht übernehmen. Diese bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts steht jedoch nicht im Einklang mit dem Grundgesetz. Das Bundesverfassungsgericht stellt unter anderem darauf ab, dass 62 Millionen Menschen in Deutschland in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert und knapp 9 Millionen Menschen dort freiwillig versichert sind. Somit handelt es sich um eine gesetzlich geregelte Zwangsversicherung, die diesem Umstand bei der Leistungsgewährung auch Rechnung tragen



muss. Allerdings muss die vom Versicherten und dem behandelnden Arzt gewählte, nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehörende Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf versprechen. In dem konkreten Fall hatten die vom Arzt angewandten Behandlungsmethoden den Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers begünstigt, wie ärztlich bestätigt wurde. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts haben deshalb die Krankenkassen oder im Streitfall die hier zur Entscheidung berufenen Sozialgerichte zu prüfen, ob es für die vom behandelnden Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder von ihm beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Erfolg der Heilung oder auch nur auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gibt.

Die Konsequenz

Vor dem Bundessozialgericht hat sich der Kläger mit seiner Krankenkasse einvernehmlich darauf geeinigt, dass diese die Kosten trägt. In diesem Zusammenhang hat dann das Bundessozialgericht mit einer Verlautbarung vom 27. März 2006 erklärt, dass die bisherige Rechtsprechung zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen insbesondere bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen nicht aufrechterhalten wird. Für eine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung könne deshalb nicht in jedem Fall eine positive Entscheidung des G-BA zur Voraussetzung gemacht werden. Es werde auch erwogen, über den Wortlaut der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hinaus auch sonstige sehr gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen, beispielsweise Erblindung, in diese Bewertung einzubeziehen. Zur Eingrenzung der erforderlichen ernsthaften Hinweise auf eine individuelle Wirksamkeit der Behandlung wird jedoch unverändert auf die entsprechenden Bestimmungen verwiesen – insbesondere auf die Richtlinien zur Bewertung medizinischer

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) und die Verfahrensordnung des G-BA. Das Bundessozialgericht neigt jedoch dazu, einen Zusammenhang zwischen der Schwere und Hoffnungslosigkeit der Erkrankung und dem zu fordernden Grad der Wahrscheinlichkeit einer Wirksamkeit der Behandlung herzustellen. Dabei sei der notwendige Schutz der Versicherten vor zweifelhaften Behandlungsmethoden zu berücksichtigen. Auch dürfe eine verfassungskonforme Auslegung keine unbegrenzten individuellen Ansprüche begründen. Damit soll verhindert werden, dass die Versicherten die Situation ausnutzen und institutionelle Sicherungen aushebeln.

Inwieweit diese geänderte Rechtsprechung auch Auswirkungen auf den zahnmedizinischen Bereich und die entsprechende Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen haben wird, bleibt abzuwarten. Es zeichnet sich jedoch ab, dass insbesondere bei gravierenden Erkrankungen eventuell auch zahnärztliche Behandlungsmethoden, die bislang nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gezählt haben, einer entsprechenden Leistungspflicht unterliegen können.

Dr. Christian Freund,
Justitiar der KZVB

