

ERFOLGREICHE VERFASSUNGSBESCHWERDE GEGEN DIE VERWEIGERUNG EINER LEISTUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

BVerfG, Beschluss vom 6.12.2005 – Az: 1 BVR 347/98

Der im Juli 1987 geborene Kläger begehrt die Erstattung der Behandlungskosten für eine sog. neue Behandlungsmethode. Im Juli 1992 wurde bei ihm eine Muskeldystrophie Typ Duchenne diagnostiziert. Bei der Duchenne'schen Muskeldystrophie handelt es sich um die bösartigste Form dieser Erkrankung, die ausschließlich beim männlichen Geschlecht auftritt. Die Krankheit manifestiert sich in den ersten Lebensjahren und ist fortschreitend. Zwischen dem 8. und 12. Lebensjahr werden die Patienten regelmäßig gehunfähig. Die Lebenserwartung ist stark eingeschränkt, eine Kardiomyopathie und eine Ateminsuffizienz führen meist vor dem 20. Lebensjahr zum Tod. Üblicherweise wird nur eine symptomorientierte Behandlung durchgeführt. Bislang gibt es keine wissenschaftlich anerkannte Therapie, die eine Heilung oder eine nachhaltige Verzögerung des Krankheitsverlaufs bewirken kann.

Von September 1992 bis Ende 1994 wurde der Kläger durch einen Arzt für Allgemeinmedizin mit folgenden Maßnahmen behandelt: Therapie mit Thymuspeptiden, Therapie mit Zytoplasma gesunder Muskelzellen, biophysikalische Therapie mit hochfrequenten Schwingungen (Bioresonanztherapie) und homöopathische Therapie. Hierfür wandten die Eltern einen Betrag von etwa 10.000 DM (ca. 5.300 EURO) auf. Mehrere Ärzte hielten den bisherigen Krankheitsverlauf für günstig. Seit dem Herbst 2000 ist der Beschwerdeführer auf einen Rollstuhl angewiesen. Der Antrag auf Übernahme der Kosten der Therapie wurde von der Krankenkasse abgelehnt. Ein Therapieerfolg der angewandten Methoden sei wissenschaftlich nicht nachgewiesen. Auch sei die Behandlung für die Besserung des Zustandes nicht kausal.

BSG lehnt Kostenübernahme durch die Krankenkasse ab

Das SG Lüneburg hat die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass die Behandlungsmethode nicht dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche und deren Wirksamkeit noch nicht gesichert sei (Urteil vom 12.12.1994, Az. S 9 KR 40/94). Das LSG Niedersachsen hat die erstinstanzliche Entscheidung mit der Begründung aufgehoben, dass der Anspruch auf Krankenbehandlung nicht nur die Schulmedizin, sondern auch die besonderen Therapierichtungen umfasse, wenn sie dem Qualitätsmaßstab des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V entsprechen (Urteil vom 30.08.1995, Az. L 4 KR 11/95). Das Bundessozialgericht (BSG) hat die erstinstanzliche Entscheidung wiederhergestellt und einen Anspruch des Klägers verneint (Urteil vom 16.09.1997, Az. 1 RK 28/93).

In diesem und vier weiteren Urteilen vom gleichen Tag hat das BSG neue Grundsätze für die Beurteilung von Außenseitermethoden und Neulandverfahren in der Medizin festgelegt. Durch diese Urteile erfuh der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

(jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) eine deutliche Aufwertung. Nach Ansicht des BSG ist eine immunbiologische Therapie von den gesetzlichen Krankenkassen nicht zu finanzieren, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese nicht als zweckmäßig anerkannt habe. Das Bundesverfassungsgericht gab der Verfassungsbeschwerde statt, da das Urteil des BSG auf einer Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften (SGB V) beruhe, die mit dem Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip sowie mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar sei. Das BSG muss sich nun erneut mit dem Fall befassen.

In Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung sei verfassungsgerichtlich entschieden, dass eine gesetzliche Regelung das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit des Versicherten (Art. 2 Abs. 1 GG) berühre, wenn die Freiheit zur Auswahl unter Arznei- und Hilfsmitteln, die ihm als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden, eingeschränkt werde. Das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG schütze den beitragspflichtigen Versicherten vor einer Unverhältnismäßigkeit von Beitrag und Leistung. Zwar lasse sich in der GKV kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf bestimmte Leistungen ableiten. Jedoch seien auf Gesetz beruhende Ausschlüsse und Leistungsbegrenzungen daraufhin zu prüfen, ob sie im Rahmen des Art. 2 Abs. 1 GG gerechtfertigt seien. Der Schutz des Einzelnen in Fällen von Krankheit sei in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Grundaufgabe des Staates.

Grundrecht auf Leben verpflichtet Staat zum besonderen Schutz Schwerkranker

Maßstab für die Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit des Leistungsrechts der GIN und seiner Anwendung im Einzelfall seien darüber hinaus auch die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG. Doch erfolge auch aus diesen Grundrechten kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf Bereitstellung bestimmter oder spezieller Gesundheitsleistungen. Die Gestaltung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung habe sich jedoch an der objektiv-rechtlichen Pflicht des Staates zu orientieren, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG zu stellen. Da das Leben einen Höchstwert innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung darstelle, gelte dies insbesondere in Fällen der Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung.

Finanziell zumutbare Zuzahlungen sind verfassungsgemäß

Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts darf die gesetzliche Krankenversicherung Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellen. Es stehe auch mit

dem Grundgesetz im Einklang, wenn die Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein haben und nicht das Maß des Notwendigen überschreiten dürfe. Schließlich dürfe der Leistungskatalog der GKV auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein. Gerade im Gesundheitswesen habe der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen erhebliches Gewicht. Dem Gesetzgeber sei es im Rahmen seines Gestaltungsspielraums grundsätzlich erlaubt, den Versicherten zur Entlastung der Krankenkassen und zur Stärkung des Kostenbewusstseins in der Form von Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen zu beteiligen, jedenfalls, soweit dies im Einzelnen finanziell zugemutet werden könne. Auch seien die gesetzlichen Krankenkassen nicht von Verfassungswegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar sei. Finanzielle und wirtschaftliche Erwägungen dürfen den Leistungskatalog der GKV mit bestimmen.

Schließlich sei es dem Gesetzgeber nicht verwehrt, zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung und im Interesse einer Gleichbehandlung der Versicherten ein Verfahren vorzusehen, in dem neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie ihrer medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geprüft werden.

Grundgesetz garantiert Mindestversorgung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen

Wird die Übernahme von Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen auch in den Fällen einer lebensbedrohlichen oder vorhersehbar tödlich verlaufenden Krankheit ausgeschlossen, für die eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode nicht existiert, so stehe dies nicht im Einklang mit dem GG. Es sei mit dem GG nicht vereinbar, den Einzelnen einer Versicherungspflicht in der GKV zu unterwerfen und für seine Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er in einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leide, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode auszuschließen und ihn auf die Behandlung außerhalb der GKV zu verweisen. Dabei müsse allerdings die vom Versicherten gewählte Behandlungsmethode eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf versprechen.

Übernahme der Staat mit dem System der GKV Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten, so gehöre die Vorsorge in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig

tödlichen Erkrankung zum Kernbereich der Leistungspflicht zu der grundgesetzlich geschützten Mindestversorgung. In derartigen Fällen hätten daher die Sozialgerichte zu prüfen, ob es für die vom Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder von ihm beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Heilungserfolg oder auch nur auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gebe. Auf die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode im Einzelfall bei seltenen Krankheiten abzustellen, sei auch dem Recht der GKV nicht fremd.

Anmerkung

Dieser Beschluss eröffnet schwerkranken Patienten den Zugang zu bislang nicht anerkannten (alternativen) Heilmethoden, wenn es keine schulmedizinische Behandlungsmethode gibt. Mit dieser Entscheidung hat das BVerfG die Rechte der Versicherten und die ärztliche Therapiefreiheit gestärkt. Ist das Leben in Gefahr, müssen Krankenkassen auch alternative Behandlungsmethoden bezahlen, selbst wenn diese nicht als gängige Methode im Leistungskatalog der GKV aufgeführt sind. Offen ist, in welchem Umfang die den Ärzten hiermit eröffneten Freiheiten unter den gegebenen Budgetbedingungen für schwerstkranke Patienten nutzbar sind. Die Entscheidung hat den Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst, die Behandlung nicht durch Richtlinien regelbarer Einzelfälle hinsichtlich der Notwendigkeit von Verfahrenregelungen zu prüfen (z.B. die Einzelfallbewilligung durch die Krankenkasse bei Dokumentationen des Behandlungsergebnisses). (Sch)

Mit freundlicher Genehmigung des Verlages entnommen aus: Rechtsdienst der Lebenshilfe 1/06, S. 14 ff, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Marburg 2006