



Sozialgericht Düsseldorf Postfach 104552 40036 Düsseldorf

Einschreiben-Rückschein

Herrn  
Renzo Celani  
Syverudveien 138  
1430 AS OSLO/NORWEGEN  
NORWEGEN

06.01.2015  
Seite 1 von 1

Aktenzeichen:  
**S 8 KR 718/14**  
(VNR: 293183)  
(bei Antwort bitte angeben)

Bearbeiter:  
Frau Fleck

Telefon 0211 7770-1334  
Telefax 0211 7770-2373

–  
**S 8 KR 718/14: Renzo Celani ./ AOK Rheinland/Hamburg –Die  
Gesundheitskasse–**

**Anlagen**  
2

Sehr geehrter Herr Celani,

als Anlage wird übersandt:

– Ausfertigung der Entscheidung vom 19.12.2014

Die

– Verwaltungsakten 1 Hefter

sind zum Verbleib beigelegt.

Es wird gebeten, den Empfang des Urteils kurz per Mail zu bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen  
Auf Anordnung  
Fleck  
Regierungsbeschäftigte  
(Maschinell erstellt, ohne Unterschrift gültig)

Dienstgebäude:  
Ludwig-Erhard-Allee 21  
40227 Düsseldorf  
Telefon 0211 7770-0  
Telefax 0211 7770-2373

[www.sg-duesseldorf.nrw.de](http://www.sg-duesseldorf.nrw.de)  
[www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

Sie erreichen das Gericht  
vom Hauptbahnhof  
(Ausgang  
Bertha-von-Suttner-Platz)

Persönliche Vorsprache  
in den Serviceeinheiten und  
in der Rechtsantragstelle:  
08:00 – 13:00 Uhr  
oder nach Vereinbarung

Servicezeiten:  
Mo.–Do. 08:00–16:00 Uhr  
Fr. 08:00–15:00 Uhr



## **Sozialgericht Düsseldorf**

**Az.: S 8 KR 718/14**

**Im Namen des Volkes**

### **Urteil**

In dem Rechtsstreit

Renzo Celani, Syverudveien 138, N 1430 As Oslo/Norwegen

**Kläger**

gegen

AOK Rheinland/Hamburg -Die Gesundheitskasse-, vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes, dieser vertreten durch den Regionaldirektor der AOK Rheinland/Hamburg - Regionaldirektion Kreis Wesel -, Bahnhofstraße 54, 47495 Rheinberg, Gz.: 106-13/1221

**Beklagte**

hat die 8. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf ohne mündliche Verhandlung am 19.12.2014 durch die Vorsitzende, die Richterin am Sozialgericht Weitz, sowie den ehrenamtlichen Richter Adomat und den ehrenamtlichen Richter Wasen für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 15.4.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.6.2013 verurteilt, dem Kläger die für die acht durchgeführten Immun-Apheresen aufgewandten Kosten zu erstatten und die Kosten für acht weitere Apheresen zu übernehmen.**

**Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.**

**Der Beklagten wenn die außergerichtlichen Kosten des Klägers zur Hälfte auferlegt.**

### **Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten über die Frage der Kostenerstattung und zukünftigen Kostenübernahme für Immun-Apheresen, die im Tagesklinikum-Cham bei Dr. Straube durchgeführt wurden bzw. durchgeführt werden.

Bei dem 1971 geborenen Kläger sind folgende Erkrankungen diagnostiziert: Lyme-Disease, Chronic Fatigue Syndrom – CFS - infolge, Störungen im Fremdstoffwechsel, u.a. bezüglich verschiedener Schwermetalle, Lösemittel, Formaldehyd, sowie Störungen im Entzündungsstoffwechsel, Multiple-Chemical-Sensitivity - MCS – Syndrom.

Der Kläger leidet damit verbunden an einer erheblichen Erschöpfung, Energieverlust bereits bei minimalen Belastungen, Gehstrecke 10 m, Bedürfnis zu langen Ruhezeiten verbunden mit schlechter Regenerationsfähigkeit, an vielen Tagen nur mit Hilfe vom Bett ins Bad, Lichtempfindlichkeit, Kopfdruck, Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, generalisierte Muskelsteifheit, Abnahme der Muskelmasse, Fasikulationen der Zunge, Oberarmmuskeln und Brustmuskeln, migrierende Gelenkschmerzen, generelles Fiebergefühl ohne Temperaturerhöhung, unerklärliche Gemütsschwankungen mit aggressiven Ausbrüchen, im Gesicht Hautentzündungen mit nässendem Ausschlag und sehr starkes Erythem, Augenprobleme, chronischer Schnupfen und Nebenhöhlensymptome, Gedächtnisverlust und Gedächtnislücken, Konzentrationsprobleme mit Wortfindungsstörungen, Überempfindlichkeit für Geräusche, Elektrosmog, Luftmangel bei kleinster Bewegung, Hitzewallungen. Die Symptome und Beschwerden steigern sich im Zeitverlauf bis hin zur Bettlägerigkeit (Befundbericht des Arztes S. Nes).

Der Kläger hatte mit dem Fortschreiten seiner Erkrankung bzw. der Zunahme der Symptome auf die Empfehlung des ihn in Norwegen behandelnden Arztes S. Nes hin im März 2013 zwei Apherese-Behandlungen bei Dr. Straube durchführen lassen und sich jeweils zwei weiteren Apherese-Behandlungen im Mai und Oktober 2013 sowie im Oktober 2014 unterzogen. Nach der Durchführung der Apherese-Behandlungen trat beim Kläger jeweils eine erhebliche Minderung der Beschwerden und Leistungseinschränkungen ein, bis sich im weiteren Verlauf wiederum eine langsame Verschlechterung und Zunahme der beschriebenen Symptome und Leistungseinschränkungen entwickelte.

Die Kosten für die durchgeführten Apherese-Behandlungen hat der Kläger getragen.



Im Februar 2013 hatte der Kläger bei der Beklagten unter Vorlage eines Kostenvoranschlags und einer „Expertise“ sowie Stellungnahme des Internisten und Nephrologen Dr. Straube und weiteren medizinischen Unterlagen die Übernahme der Kosten für eine Immun-Apherese-Behandlung bzw. Therapeutische Apherese beantragt.

Die Beklagte lehnte nach wiederholter Anhörung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) den Antrag mit Bescheid vom 15.4.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.6.2013 ab. Nach der Einschätzung des MDK handele es sich bei der durchgeführten Behandlung um eine neue unkonventionelle Behandlungsmethode ohne die erforderliche Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Darüber hinaus sei der sog. Beschaffungsweg nicht eingehalten.

Der Kläger hat gegen die ablehnenden Bescheide der Beklagten Klage erhoben, mit der er die Versorgung mit den bei Dr. Straube im Tagesklinikum Cham durchzuführenden Apheresen und eine entsprechende Kostenerstattung für die Vergangenheit weiterhin geltend macht. Schulmedizinische Behandlungsmethoden wären bei ihm ohne Erfolgsaussicht und würde nicht helfen. Die Symptome, mit denen er zu kämpfen habe, stellten eine Bedrohung für sein Leben dar. Sie seien durch einen genetischen Defekt verursacht, der es seinem Körper nicht erlaube, auf normalem Wege zu entgiften. Damit käme es zu erhöhten Werten der Schwermetalle in seinem Körper im Sinne einer immer wieder ansteigenden Vergiftung. Dieser Umstand lassen sich nur durch die Blutreinigungen positiv verändern. Diese Behandlung sei für ihn die einzig mögliche und medizinisch notwendige, wie seine behandelnden Ärzte darlegten und bestätigten. Neben Dr. Straube und den Laboranfragen habe er in Deutschland keine Untersuchungen durchführen lassen. Vielfach habe er Hilfe auch von Dr. Klinghardt, einem deutschstämmigen Arzt in den Vereinigten Staaten, erfragt.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 15.4.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.6.2013 zu verurteilen, die für die acht durchgeführten Immun-Apheresen aufgewandten Kosten zu erstatten und zukünftig die Versorgung mit Immun-Apheresen im Tagesklinikum Cham sicherzustellen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,  
die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide aus den dort ausgeführten Gründen für rechtmäßig. Während des Klageverfahrens hat sie Stellungnahmen des MDK vorgelegt. Dieser hat festgestellt, dass es sich beim Kläger nicht um eine rheumatoide Arthritis oder eine Fettstoffwechselstörung im Sinne der einschlägigen Richtlinie handele (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Eine chronische Borrelien-Infektion müsse angezweifelt werden. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Beklagte lägen nicht vor.

Die bei der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bestehende Kommission zur Prüfung der Voraussetzungen für die Durchführung einer Apherese-Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung empfahl nicht die Durchführung der geltend gemachten Apherese-Behandlung. Es liege keine rheumatoide Arthritis oder Fettstoffwechselstörung im Sinne der Richtlinien vor. Es wurde die Einholung einer second opinion bei einem ausgewiesenen Experten für Borreliose-Erkrankungen empfohlen. Die vertragsärztliche Versorgung mit einer Apherese müsse als Einzelfallentscheidung dem jeweiligen MDK vorgelegt werden (Entscheidung vom 23.7.2013).

Zur weiteren Sachdarstellung wird auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze und Unterlagen der Beteiligten sowie die beigezogene Verwaltungsakte der der Beklagten Bezug genommen.

#### **Entscheidungsgründe:**

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung in Abwesenheit der Beteiligten entscheiden, da diese sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben, § 124 Abs. 2 der Sozialgerichtsordnung (SGG).

Die Klage ist zum Teil begründet, zum Teil unbegründet.

I.

Die Klage ist insoweit begründet und die angefochtenen Bescheide sind insoweit rechtswidrig, als der Kläger die Erstattung der Kosten für die in der Vergangenheit durchgeführten Apheresen geltend macht und darüber hinaus im Sinne eines zeitlich begrenzten zukünftigen Versorgungsanspruchs, §§ 13, 11, 27 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V).

Für die begehrten Behandlungen besteht für den Kläger grundsätzlich Versicherungsschutz durch die krankenversicherte Mitgliedschaft bei der Beklagten. Denn die Behandlung wird in Deutschland durchgeführt. Darüber hinaus hat der Kläger seinen Wohnsitz in Deutschland und ist derzeit lediglich durch die krankheitsbedingte Leistungseinschränkung gehindert, sein selbständiges Leben in Dinslaken fortzuführen.

Der Kostenerstattungsanspruch für die bereits durchgeführten Behandlungen beruht auf § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V. Für die nach dem 15.4.2013 durchgeführten Apheresen sind die dadurch entstandenen Kosten auf die ablehnende Entscheidung der Beklagten vom 15.4.2013 zurückzuführen. Hinsichtlich der im März 2013 und damit vor der Entscheidung der Beklagten durchgeführten beiden Apheresebehandlungen ist das Gericht mit der Einschätzung des behandelnden Arztes S. Nes von einer Dringlichkeit der Behandlung im Sinne einer Unaufschiebbarkeit ausgegangen.

Dem Kläger stand und steht in begrenztem Maße auch zukünftig ein Anspruch auf Behandlung mittels der Therapeutischen Apheresen zu, §§ 11, 27 SGB V.

Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass beim Kläger eine Erkrankung im Sinne der Anlage I der 'Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung' nicht erwiesen ist und es sich bei einer Behandlung mittels Apherese als Therapie für die beim Kläger diagnostizierten Krankheitsbilder um eine neue unkonventionelle Behandlungsmethode handelt, ist ein Anspruch des Klägers nach den Maßgaben der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 – ([www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de), [juris.de](http://juris.de)) gegeben.

Hierbei ist das Gericht davon ausgegangen, dass unter Berücksichtigung dieser Entscheidung den Versicherten ein Versorgungsanspruch auch dann zusteht, wenn (1.) eine tödliche oder die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung vorliegt, (2.) es an anderen vertragsärztlichen Therapiemöglichkeiten mangelt und (3.) eine auf Indizien ge-



stützte, nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Einer Anwendung der Grundsätze der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (a.a.O.) steht nicht entgegen, dass die Behandlungsmethode bereits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet und nur für bestimmte Indikationen zugelassen worden ist (vgl. Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 22.02.2007 - L 5 B 8/07 KR ER -; [www.juris.de](http://www.juris.de), Rn 29; [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)).

(1.) Beim Kläger lag im März 2013 und liegt derzeit ohne Apherese-Behandlung gemäß den Ausführungen des Arztes S. Nes eine lebensbedrohliche Erkrankung vor. So hat dieser Arzt dargelegt, dass die Situation geprägt war von einem Zusammenbruch mit völligem Funktionsverlust. Eine weitere Verschlimmerung hätte einen lebensbedrohlichen Zustand entwickelt.

Aber auch wenn unter Berücksichtigung der Geschwindigkeit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers von keiner (akuten) Lebensgefahr ausgegangen werden könnte, bestünde nach Auffassung der Kammer ein Versorgungsanspruch nach den Maßgaben des Bundesverfassungsgerichts nicht nur im Fall regelmäßig tödlich verlaufender Erkrankungen, sondern auch bei einer Erkrankung, die die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 7.3.2011 - L 4 KR 48/11 B ER -).

Nach Auffassung der Kammer besteht ein Versorgungsanspruch nach den Maßgaben des Bundesverfassungsgerichts nicht nur im Fall regelmäßig tödlich verlaufender Erkrankungen und insbesondere bei akuter Lebensgefahr, sondern auch bei einer Erkrankung, die die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt oder auch längerfristig tödlich verläuft.

Denn nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts resultiert ein entsprechender Anspruch aus den Vorschriften des Krankenversicherungsrechts bereits unter Berücksichtigung des Grundrechts aus Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip. Gemäß den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts ist es mit diesem Grundrecht jedenfalls nicht vereinbar, eine gesetzlich Krankenversicherte, für deren lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Stand entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihr gewählten, ärztlich verordneten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (BVerfG, a.a.O.).

Gemäß den weiteren Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts hat sich die Gestaltung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung 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. Zu den Rechtsgütern des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gehört nicht nur das Leben, sondern auch die körperliche Unversehrtheit.

Dies bedeutet, dass auch der entsprechende Behandlungsanspruch einer die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung und nicht nur einer akut lebensbedrohlichen Erkrankung gewährleistet sein muss (ebenso: SG Hamburg, Urteil vom 07.02.2006 – S 48 KR 1620/03 –; a.A.: BSG, u.a. Protokoll vom 27.03.2006 –Termin-Bericht 20/06–; Urteile vom 26.09.2006 – B 1 KR 3/06 R – und – B1 KR 14/06 R –, vom 14.12.2006 – B 1 KR 12/06 R –; in: [www.bundessozialgericht.de](http://www.bundessozialgericht.de), Stichwort: Termine 2006 und Entscheidungstexte).

Gegen eine Beschränkung auf lebensbedrohliche Erkrankungen sprechen die weiteren Formulierungen der Beschlussbegründung sowie die vorangestellten Orientierungssätze: So hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 06.12.2005 ausdrücklich formuliert, dass Maßstab für die Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit des Leistungsrechts das Grundrecht auf Leben „und körperliche Unversehrtheit“ ist. (Rn. 55 der amtlichen Fassung; in: [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)). Die Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Art. 2 GG zu stellen, gelte „insbesondere“ in Fällen der Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung (Rn. 56, a.a.O.). In dem vom Bundesverfassungsgericht (allein) zu entscheidenden Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gehörte der entsprechende Behandlungsanspruch bereits zum „Kernbereich“ der Leistungspflicht sowie zu der von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geforderten „Mindest“versorgung (Rn. 65, a.a.O.).

Vorliegend ist davon auszugehen, dass sowohl die Erkrankung des Klägers die Lebensqualität zumindest nachhaltig beeinträchtigt.

Darüber hinaus stellt die der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu Grunde liegende Duchenne'sche Muskeldystrophie keine sich schneller fort entwickelnde Erkrankung dar.

Eine Krankheit ist auch dann als regelmäßig tödlich zu qualifizieren, wenn sie "erst" in einigen Jahren zum Tod des Betroffenen führt (BVerfG, Beschluss vom 06.02.2007 - 1 BvR 3101/06 -, [juris.de](http://juris.de), Rn. 22).



(2.) In der Vergangenheit und nahen Zukunft standen bzw. stehen nach den Ausführungen der behandelnden Ärzte, sowohl des S. Nes als auch des Dr. Straube, keine schulmedizinischen Behandlungsmethoden zur Verfügung bzw. hätten diese nach Einschätzung dieser Ärzte keine Aussicht auf Erfolg. Jedenfalls war nach den Ausführungen des S. Nes keine Erfolgsaussicht für den erforderlichen kurzfristigen Behandlungserfolg gegeben.

(3.) Es ist auch eine nicht entfernt liegende Aussicht auf einen Behandlungserfolg gegeben. Dies haben die 2013 und 2014 durchgeführten Apherese-Behandlungen ergeben. Nach der Durchführung der Apherese-Behandlungen war der Kläger für einen Monat so gut wie symptomfrei und auch in der nachfolgenden Zeit - wenn auch mit nachlassendem Erfolg - weniger leistungseingeschränkt. Die Symptome entwickelten sich erst mit voranschreitender Zeit wieder zu einem erheblichen bedrohlichem Umfang.

Es ist nicht ersichtlich, dass eine andere Klinik bzw. ein anderer Arzt diese Behandlung wirtschaftlicher als Vertragsleistung anbietet.

## II.

Soweit der Kläger mit seiner Klage einen Versorgungsanspruch über die zugesprochenen 16 Apherese-Behandlungen, insbesondere der 8 zukünftig zu Lasten der Beklagten durchzuführenden Apherese-Behandlungen, hinaus geltend macht, ist die Klage unbegründet, sind die angefochtenen Bescheide rechtmäßig.

Hinsichtlich der Begrenzung des zugesprochenen Versorgungsanspruches und der damit insoweit abschlägigen Entscheidung hat das Gericht berücksichtigt, dass beim Kläger offensichtlich keine vertragsärztlichen bzw. schulmedizinischen Behandlungen tatsächlich durchgeführt worden sind und deren Erfolglosigkeit damit nicht ausreichend feststeht. So hat der Kläger auf die Nachfrage des Gerichts hin mitgeteilt, dass in Deutschland keine Untersuchungen neben den Laboranfragen durchgeführt worden seien. Ebenso ergibt sich aus dem Befundbericht der Arzt S. Nes, dass aufgrund der drängenden Behandlungsnotwendigkeit keine schulmedizinischen Maßnahmen durchgeführt worden seien. In Bezug auf den Arzt Dr. Klinghardt teilte der Kläger auch keine Untersuchungen oder Behandlungen durch diesen Arzt mit. Aus diesem Grund wurde er auch nur einmal per E-Mail angeschrieben und auf das Ausbleiben einer Antwort hin nichts weiter unternommen.

Bezüglich der Möglichkeit vertragsärztlicher Untersuchungen und Behandlungen wäre z.B. zu beachten, dass nach den Ausführungen des Dr. Straube beim Kläger eine Borreliose-Erkrankung vorliegt, die ggf. mittels Antibiotika behandelt werden könnte oder müsste (vgl. insoweit den Einwand des MDK in seinem jüngsten Gutachten vom 9.12.2014, dass die Diagnose einer Borreliose auf Grund der aktenkundigen Unterlagen angezweifelt wird).

Über den oben angegebenen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts hinaus dürfen im Allgemeinen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat, § 135 SGB V. Grundsätzlich haben Versicherte Anspruch auf die notwendige Krankenbehandlung, d.h. auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen, § 27 Abs. 1 Satz 1, § 12 Abs. 1 SGB V. Welche Heilmethoden danach zweckmäßig und wirtschaftlich sind, bestimmt insbesondere bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (d.h. Methoden, die noch nicht als abrechnungsfähig im Sinne des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes - EBM-Ä - anzusehen sind - BSG, SozR 3-2500 § 92 Nr. 7; SozR 3-2500 § 135 Nr. 4) der nach § 135 Abs. 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V vorgesehene Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Eine Apherese-Behandlung ist weder als vertragsärztliche Behandlung nach dem EBM-Ä abrechenbar noch liegt für die Erkrankungen des Klägers ein entsprechend positiver Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Gemäß Anlage I der 'Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung' ist eine Apherese nur empfohlen/zugelassen für LDL-Apheresen und als Immun-Apherese bei aktiver rheumatoider Arthritis.

Ohne entsprechenden Beschluss ist gemäß § 135 Abs. 1 SGB V diese neue Untersuchungsmethode von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen verbindlich ausgeschlossen (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG -, z.B. Urteile vom 08.02.2000 - B 1 KR 18/99 B -; vom 16.09.1997 - 1 RK 28/95 -). § 135 SGB V bezweckt damit die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung; es soll gewährleistet werden, dass neue medizinische Verfahren nicht ohne Prüfung ihres diagnostischen bzw. therapeutischen Nutzen und etwaiger gesundheitlicher Risiken in der vertragsärztlichen Versorgung angewandt werden. Das ist zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor unwirtschaftlicher Behandlung gleichermaßen wichtig wie zum Schutz der Versicherten vor unerprobten Methoden, deren Nebenwirkungen von ihren Befürwortern nicht immer richtig eingeschätzt werden.

Insgesamt erscheint es unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen schlechten Gesundheitszustandes des Klägers geboten, die offensichtlich wirksame Apherese-Behandlung zur zeitnahen (und vorläufigen) Behebung der starken und bedrohlichen Leistungseinschränkung als Versorgung zur Verfügung zu stellen. Während dieses zugesprochenen Behandlungszyklus wird dem Kläger andererseits die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer vertragsärztlichen Behandlung eingeräumt. Damit kann entweder die zu erfolgende Möglichkeit der schulmedizinischen Behandlung oder der Nachweis erreicht werden, dass eine erfolgreiche schulmedizinische Behandlung nicht zur Verfügung steht.

Die Kostentscheidung beruht auf § 193 SGG.



**Rechtsmittelbelehrung:**

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht  
Nordrhein-Westfalen,  
Zweigertstraße 54,  
45130 Essen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzu-  
legen.

Die Berufungsfrist beträgt für den Kläger drei Monate, weil die Zustellung außerhalb des  
Geltungsbereichs des Sozialgerichtsgesetzes erfolgt.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Düsseldorf,  
Ludwig-Erhard-Allee 21,  
40227 Düsseldorf,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einge-  
legt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte  
eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag  
enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen  
Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite [www.sg-duesseldorf.nrw.de](http://www.sg-duesseldorf.nrw.de) erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine quali-  
fiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechts-  
verkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom  
07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit ei-  
ner qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001  
(BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektroni-  
sche Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht über-  
prüfbar sein. Auf der Internetseite [www.justiz.nrw.de](http://www.justiz.nrw.de) sind die Bearbeitungsvoraussetzun-  
gen bekanntgegeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.


Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats, vom Kläger innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Düsseldorf schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Weitz

**Ausgefertigt**

  
Fleck, Reg.-beschäftigte  
als Urkundsbeamte der Geschäftsstelle

