

Krankenversicherung: Was der Bundesausschuss nicht befürwortet, taugt nicht viel...

Die gesetzlichen Krankenkassen (hier die BARMER) brauchen Behandlungen von Krankheiten, bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss den diagnostischen und therapeutischen Nutzen in seinen Richtlinien (noch) nicht anerkannt hat, nicht zu finanzieren. (Hier ging es um eine 7 850 € teure Behandlung einer ambulanten neuropsychologischen Therapie durch einen Psychologischen Psychotherapeuten, die von der Versicherten selbst finanziert wurde. Das BSG folgte den — u.a. von Ärzten und Krankenkassen gebildeten — Ausschuss-Richtlinien. Allenfalls im Rahmen einer stationären Behandlung hätte eine Kostenübernahme in Frage kommen können — was hier aber nicht möglich war, da sich die Versicherte auf ambulant festgelegt hatte.

Quelle: Wolfgang Büser

Erstattung der Kosten für eine neuropsychologische Therapie; Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ; Durchführung von "neuen" Behandlungsmethoden im Sinne des Krankenversicherungsrechts ; Neuropsychologische Therapie als eigenständiges Therapieverfahren; Bestehen von Unterschieden für die Leistungserbringung im ambulanten und stationären Bereich; Voraussetzung für eine zulässige Erbringung der Therapie als psychotherapeutische Leistung im System der GKV

Gericht: BSG

Datum: 26.09.2006

Aktenzeichen: B 1 KR 3/06 R

Entscheidungsform: Urteil

Referenz: JurionRS 2006, 25464

ECLI: [keine Angabe]

Verfahrensgang:

vorgehend:

SG Hamburg - 07.02.2006

Rechtsgrundlagen:

§ 2 Abs. 1 SGB V

§ 12 Abs. 1 SGB V

§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V

§ 92 Abs. 1 S. 2 SGB V

§ 135 SGB V

Fundstellen:

ArztR 2007, 187-189 (Kurzinformation)

NZS 2007, 495-499 (amtl. Leitsatz)

NZS 2006, XI Heft 11 (Kurzinformation)

SGb 2007, 363-369 (Volltext mit red. LS u. Anm.)

SGb 2006, 662-663 (Volltext mit amtl. LS)

Redaktioneller Leitsatz:

1. Da der Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse gegenüber dem Kostenerstattungsanspruch Priorität genießt, hat der Versicherte zunächst die Leistungsgewährung zu beantragen und die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten.
2. Ein Anspruch auf eine neue Behandlungsmethode als Sachleistungsanspruch besteht nur, wenn eine positive Empfehlung des Bundesausschuss der gesetzlichen Krankenversicherungen in der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" zum therapeutischen Nutzen dieser Methode vorliegt.
3. Ausnahmsweise kann ein Anspruch auf eine neue Behandlungsmethode bestehen, obwohl noch keine positive Empfehlung des Bundesausschusses vorliegt. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen eines Systemversagens, welches erfordert, dass die im Gesetz vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinie rechtswidrig unterblieben ist.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat
auf die mündliche Verhandlung vom 26. September 2006
durch
den Präsidenten v o n W u l f f e n ,
die Richter Prof. Dr. S c h l e g e l und Dr. K r e t s c h m e r sowie
die ehrenamtlichen Richter S i l l e r und R i e s
für **Recht** erkannt:

Tenor:

Die Sprungrevision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 7. Februar 2006 wird zurückgewiesen.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für eine neuropsychologische Therapie.
- 2 Die 1939 geborene, bei der beklagten Ersatzkasse versicherte Klägerin erlitt im Februar 2003 eine Subarachnoidalblutung. Nach stationärer Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung blieben bei ihr Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, exekutiver Funktionen im Hinblick auf Planungsvermögen und Handlungskontrolle, emotionale Veränderungen und Verhaltensauffälligkeiten zurück. Die Klägerin beantragte deshalb im April 2003 unter Beifügung einer befürwortenden nervenärztlichen Bescheinigung und eines Behandlungsplanes die Gewährung einer mehrere Behandlungseinheiten umfassenden ambulanten neuropsychologischen Therapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten Dr. B. in H. . Die Behandlung fand in der Zeit vom 24. April 2003 bis 30. November 2004 statt.
- 3 Die Beklagte holte Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, in denen es u.a. heißt, die Therapie der nicht akut lebensbedrohlichen Krankheit sei medizinisch indiziert, um irreversible schwere alltagsrelevante Beeinträchtigungen zu vermeiden; konventionelle Therapie (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie) reiche nicht aus. Die Beklagte lehnte die Übernahme und Erstattung von Behandlungskosten gleichwohl ab, weil die begehrte Leistung weder unaufschiebbar noch von den bundesmantelvertraglichen Regelungen umfasst sei (Bescheide vom 5. Mai und 19. Juni 2003; Widerspruchsbescheid vom 30. September 2003; Bescheide vom 7.

Januar und 10. Juni 2004).

- 4 Mit ihrer Klage (gerichtet auf Erstattung von 7.850 EUR für 100 Therapieeinheiten) ist die Klägerin beim Sozialgericht (SG) ohne Erfolg geblieben: Für die vor Zugang des ersten Ablehnungsbescheides durchgeführten Therapieeinheiten fehle es bereits an der Kausalität zwischen der Ablehnung der Beklagten und den aufgewandten Kosten. Es bestehe aber auch kein Primäranspruch auf die begehrte, als "neu" zu qualifizierende Leistung, gleich, ob man sie der ärztlichen Behandlung, der Psychotherapie oder den Heilmitteln zuordne. Die jeweils dafür einschlägigen Richtlinien (RL) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (KKn) bzw. seit 1. Januar 2004 des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, im Folgenden allgemein: Bundesausschuss) enthielten dafür keine positive Empfehlung. An einem Systemversagen fehle es, weil für den streitigen Behandlungszeitraum keine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit bzw. Verfahrensverzögerung festzustellen sei. Ein Arbeitsausschuss des Bundesausschusses habe sich schon am 6. September 2000 eigeninitiativ mit einem vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie erstellten Gutachten zur Neuropsychologie vom 8. Juni 2000 befasst und deren Überprüfung als neues Verfahren beanstandungsfrei abgelehnt. Die Dauer des erst im Juli 2003 formell eingeleiteten Anerkennungsverfahrens sei zur Behandlungszeit der Klägerin längst noch nicht unangemessen gewesen. Aus dem Verfassungsrecht folge nichts zu ihren Gunsten, weil es mit der Ergotherapie (in Form von Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierter Behandlung) bzw. (teil-)stationärer Behandlung in einer Vertrags-Rehabilitationsklinik abrechnungsfähige, medizinischem Standard entsprechende Behandlungsalternativen gegeben habe (Urteil vom 7. Februar 2006).
- 5 Mit ihrer Sprungrevision rügt die Klägerin die Verletzung von §§ 2 , 13 , 27 , 92 und 135 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Der für ihren Kostenerstattungsanspruch erforderliche Primäranspruch bestehe, weil die Neuropsychologie spätestens seit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zum wissenschaftlichen Standard gehöre und schon zuvor fester Bestandteil der Rehabilitation - mithin nicht "neu" - gewesen sei. Das Gutachten bestätige den Nachweis der Wirksamkeit und Wissenschaftlichkeit der Therapie für das Funktionstraining bestimmter basaler kognitiver Funktionen. Dass sich der Bundesausschuss im Jahr 2000 darauf gestützt habe, es gebe keine Belege für die Wirksamkeit der Neuropsychologie für mindestens fünf von zwölf Anwendungsbereichen der Psychotherapie, sei unmaßgeblich, weil diese Disziplin selbst gar nicht Anspruch auf diese Indikationsbreite erhebe. Die fehlende Anerkennung der neuropsychologischen Therapie in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung beruhe nur auf einem politischen Kompromiss und führe zu einem rechtlich die Leistungsgewährung bedingenden Systemversagen. § 2 SGB V billige den Versicherten Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu. Ihr (der Klägerin) sei es wegen der Schwere ihrer Erkrankung nicht zumutbar gewesen, die Bescheidung des Anerkennungsantrags von 2003 abzuwarten. Die Beklagte habe im Übrigen ohnehin auf stationäre Behandlungsmöglichkeiten hinweisen müssen, was allerdings wegen der kostengünstigeren ambulanten Behandlung extrem unwirtschaftlich gewesen wäre. Auch der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98 - spreche für den Kostenerstattungsanspruch, weil die bestehenden Aufmerksamkeitsdefizite als lebensbedrohend zu qualifizieren seien. Soweit das SG sie (die Klägerin) auf die Ergotherapie als Behandlungsmöglichkeit verweise, verstoße es gegen § 27 und § 28 Abs. 3 SGB V , weil schon der behandelnde Facharzt, der MDK und der Psychotherapeut diese Therapieform für unzureichend erachtet hätten.
- 6 Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Hamburg vom 7. Februar 2006 sowie der Bescheide vom 5. Mai 2003 und 19. Juni 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. September 2003 sowie der Bescheide vom 7. Januar 2004 und 10. Juni 2004 zu verurteilen, der Klägerin 7.850 EUR zu zahlen.
- 7 Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

8 Sie hält das Urteil für zutreffend.

II

9 Die zulässige Sprungrevision der Klägerin ist unbegründet.

10 Das klageabweisende Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat gegen die beklagte Ersatzkasse keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten für die in der Zeit vom 24. April 2003 bis 30. November 2004 durch den Psychologischen Psychotherapeuten Dr. B. ambulant durchgeführte neuropsychologische Therapie nach dem einzig als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt 2 SGB V (*hier in der seit 1. Juli 2001 geltenden Fassung von Art 5 Nr. 7 Buchst b Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 <BGBl. I 1046>*).

11 1.

Das SG hat zutreffend dargelegt, dass es für die vom 24. April 2003 bis zum Zugang des Ablehnungsbescheides vom 5. Mai 2003 durchgeführten Therapieeinheiten bereits an der vom Gesetz geforderten Kausalität zwischen der ablehnenden Verwaltungsentscheidung der Beklagten und aufgewandten Kosten fehlt, weil die Klägerin diese Entscheidung nicht zunächst abgewartet hat, bevor sie sich in die Behandlung bei Dr. B. begab. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sind Versicherte vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems grundsätzlich gehalten, sich an ihre KK zu wenden, die Leistungsgewährung zu beantragen und die Entscheidung der KK abzuwarten (*vgl. z.B. BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 15 und Nr. 22; SozR 3-2500 § 28 Nr. 6; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 1*). Das gilt nur dann nicht, wenn es dem Betroffenen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, sich vor der Leistungsbeschaffung mit der KK in Verbindung zu setzen (*BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 22*); ein solcher Fall liegt hier nicht vor.

12 2.

Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt 2 SGB V scheidet für den genannten Zeitraum und für die weiteren Behandlungseinheiten darüber hinaus daran, dass die Klägerin keinen Primäranspruch auf die streitige neuropsychologische Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten als Sachleistung hatte. Die Beklagte hat die Kostenübernahme für diese Behandlung zu Recht verweigert, weil die begehrte Therapie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht zu den im Rahmen des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch zugelassene Leistungserbringer ambulant erbringbaren Leistungen gehörte (dazu unter a). Es fehlte auch an einem die Leistungspflicht gleichwohl ermöglichenden sog Systemversagen (dazu unter b). Aus der jüngsten Rechtsprechung des BVerfG (dazu unter c) und der aktuellen Rechtsprechung des Senats (dazu unter d) kann ebenfalls nichts zu Gunsten der Klägerin hergeleitet werden.

13 a)

Hat die KK eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt 2 SGB V von der KK in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht allerdings nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch und setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die KKn allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (*stRspr, vgl. zuletzt zB: Senatsurteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R <interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds>, zur Veröffentlichung vorgesehen, RdNr. 14 des Urteils-Umdrucks m.w.N.*). Die Voraussetzungen für einen Sachleistungsanspruch auf Gewährung ambulanter neuropsychologischer Therapie - hier erbracht durch einen Psychologischen Psychotherapeuten - waren insoweit zum Zeitpunkt der 2003/2004 erfolgten Behandlung der Klägerin nicht erfüllt.

14 aa)

Die Beklagte musste der bei ihr versicherten Klägerin zwar ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie bzw. die Versorgung mit Heilmitteln gewähren (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und Nr. 3 SGB V). Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt aber den sich aus § 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (sowie den medizinischen Fortschritt berücksichtigt). Hieran fehlte es im Falle der Klägerin; denn KKn sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapiemaßnahme im konkreten Fall nach eigener Einschätzung des Versicherten oder seiner Behandler positiv verlaufen ist bzw. wenn einzelne Ärzte die Therapie befürworten (*stRspr*, zuletzt *Senatsurteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R, a.a.O., RdNr. 15 des Urteils-Umdrucks m.w.N.*). Auch die bei der Begutachtung der neuropsychologischen Therapie beteiligten Fachgesellschaften oder der berufsrechtlich nach § 11 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) vom 16. Juni 1998 (*BGBI. I 1311*) mit besonderen Aufgaben ausgestattete "Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie" selbst sind mangels entsprechender normativer Regelung nicht befugt, den Leistungsumfang in der GKV festzulegen (*vgl. zur grundsätzlichen Unerheblichkeit der Auffassung medizinischer Fachgesellschaften für die Leistungsansprüche des Krankenversicherungsrechts z.B. BSGE 94, 161 [BSG 16.02.2005 - B 1 KR 18/03 R] = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4, jeweils RdNr. 22 m.w.N.; BSGE 88, 126, 136 [BSG 16.05.2001 - B 6 KA 20/00 R] = SozR 3-2500 § 87 Nr. 29*).

15 Neue ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur dann von der Leistungspflicht der GKV umfasst, wenn der Bundesausschuss in RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2, § 135 SGB V - insbesondere in der RL "Methoden vertragsärztliche Versorgung" (*BUB-RL, so mW vom 24. März 2004 umbenannt infolge des Beschlusses vom 1. Dezember 2003 <BANz S 5678>, zuvor: RL über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom 10. Dezember 1999 <BANz 2000 S 4602>, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 24. März 2003 <BANz S 14486>*) bereits eine positive Empfehlung über deren diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben hat (*stRspr*, *vgl. z.B. BSGE 81, 54, 59 ff = SozR 3-2500 § 135 Nr. 4; BSGE 94, 221 RdNr. 23 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3 RdNr. 24 m.w.N. - Aufsichtsmaßnahme zu Leistungen der besonderen Therapierichtungen*). Durch derartige RL wird sowohl geregelt, unter welchen Voraussetzungen zugelassene Leistungserbringer neue Behandlungsmethoden zu Lasten der KKn erbringen und abrechnen dürfen, als auch der Umfang der den Versicherten geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (*stRspr seit BSGE 81, 73, 75 f = SozR 3-2500 § 92 Nr. 7; BSGE 86, 54, 56 = SozR 3-2500 § 135 Nr. 14 m.w.N.; vgl. seit 1. Januar 2004 ausdrücklich § 91 Abs. 9 SGB V*). Das gilt für die Untersuchung und Behandlung durch Vertragsärzte einschließlich der von ihnen nach § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V eingeschalteten unselbstständigen Hilfspersonen (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V) ebenso wie gemäß § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 92 Abs. 6a SGB V für den Bereich der nichtärztlichen Psychotherapie durch selbstständige Psychologische Psychotherapeuten (*vgl. ferner Beschluss des G-BA vom 20. April 2004 <BANz 2004 S 15119>*). Ähnliche Grundsätze finden bei der Gewährung neuer Heilmittel Anwendung (*BSG SozR 3-2500 § 138 Nr. 2 S 26, 28 <Hippotherapie>; BSGE 94, 221 RdNr. 24 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3 RdNr. 25; vgl. auch II Nr. 14 der RL über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung <Heilmittel-RL> i.d.F. vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2001, BANz Nr. 118a bzw. i.d.F. vom 1. Dezember 2003/16. März 2004, BANz 2004 Nr. 106a*).

16 bb)

Bei der von der Klägerin begehrten neuropsychologischen Therapie (*dazu allgemein z.B. Plagemann, MedR 2005, 401, 402 ff*) handelt es sich im Sinne des Krankenversicherungsrechts um eine "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethode bzw. ein "neues" Heilmittel, für die bzw. das es zu dem für die Beurteilung der Leistungsansprüche maßgeblichen Zeitpunkt an einer positiven Empfehlung des Bundesausschusses fehlte. Es kann daher dahinstehen, ob diese Therapie in erster Linie den ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

im Sinne der GKV zuzuordnen ist, weil ihr ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zu Grunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll (vgl. BSGE 82, 233, 237 = SozR 3-2500 § 31 Nr. 5 - Jomol; vgl. zuletzt: Senatsurteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R - a.a.O., RdNr. 17 des Urteils-Umdrucks); offen bleiben kann deshalb ebenfalls, ob bei der Therapieform der Heilmittelcharakter im Vordergrund steht, weil es sich um einem Heilzweck dienende, ärztlich zu verordnende medizinische Dienstleistungen handelt, die von speziell dafür ausgebildeten Personen - Neuropsychologen - erbracht werden (vgl. zu den Kriterien für ein Heilmittel allgemein BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 39 S 220; SozR 3-2500 § 138 Nr. 2 S 25). Die neuropsychologische Therapie ist jedenfalls als "neu" anzusehen und unterliegt entweder dem für die ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung geltenden Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V oder den entsprechenden, für Heilmittel maßgeblichen Einschränkungen nach § 138 SGB V .

17 (1)

Nach der Rechtsprechung des Senats ist eine ärztliche Untersuchungs- oder Behandlungsmethode "neu", wenn sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) aufgeführt wird (BSGE 81, 54, 58 = SozR 3-2500 § 135 Nr. 4; BSGE 81, 73, 75 f = SozR 3-2500 § 92 Nr. 7; BSGE 94, 221 RdNr. 24 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3 RdNr. 25 m.w.N.). Der EBM-Ä enthielt und enthält die neuropsychologische Therapie im thematisch einschlägigen Kapitel G "Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie" (Nr. 800 ff) nicht. Diese Therapieform wird gleichermaßen nicht in den auf der Grundlage des § 92 Abs. 6a SGB V erlassenen Psychotherapie-RL (idF vom 11. Dezember 1998, BAnz S 249 hier zuletzt i.d.F. vom 20. April 2004, BAnz S 15119) aufgeführt; danach sind vielmehr nur Verfahren anerkannt, denen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und deren spezifische Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind; dazu gehören nur die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie (vgl. Abschnitt B I 1.1 und 1.2 Psychotherapie-RL).

18 (2)

Der Vortrag der Revision, der Bewertung als "neue" Methode stehe entgegen, dass die Neuropsychologie spätestens seit der fachlichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats im Jahr 2000 zum wissenschaftlichen Standard i.S. von § 2 Abs. 1 SGB V gehöre und schon zuvor fester Bestandteil in der Rehabilitation gewesen sei, führt zu keinem anderen Ergebnis. Ebenfalls ohne Bedeutung ist der Hinweis der Revision darauf, dass der 5. Senat des BSG (SozR 4-1500 § 128 Nr. 3) die Methode für die Beurteilung der Erwerbsminderung im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt habe. Denn ob eine Methode "neu" ist, kann nur aus Sicht des Krankenversicherungsrechts als demjenigen Recht beurteilt werden, aus dem der Versicherte seine Leistungsansprüche herleitet. Im Recht der GKV werden die Leistungsansprüche der Versicherten regelmäßig erst durch untergesetzliches Recht näher konkretisiert und bestehen - wie oben ausgeführt und abgesehen vom Fall eines Systemversagens - nicht schon, weil bestimmte Ärzte, Fachleute bzw. Wissenschaftler deren Anwendung (auch) in der GKV befürworten. Angesichts des gegliederten Sozialleistungssystems ist unerheblich, dass die Anwendung einer streitigen Methode in anderen Sozialleistungsbereichen vorgesehen ist bzw. erbracht werden darf (vgl. bereits BSGE 86, 223, 235 = SozR 3-2500 § 138 Nr. 1 - Diättherapie <6. Senat>); denn die Leistungsgewährung dort kann auf Zielsetzungen beruhen, die mit denjenigen der GKV nicht deckungsgleich sein müssen. Das Merkmal "neu" ist insoweit ein krankenversicherungsrechtlich auszufüllender Rechtsbegriff, für dessen Auslegung weiterhin in erster Linie an die aufgezeigten, schon in der bisherigen Rechtsprechung hervorgehobenen formellen Maßstäbe anzuknüpfen ist.

19 (3)

Die Annahme, dass es sich bei der neuropsychologischen Therapie - die generelle Bejahung der Heilmittelleigenschaft unterstellt - um ein "neues" Heilmittel handeln könnte, wird nicht dadurch

ausgeschlossen, dass innerhalb des Krankenversicherungsrechts, nämlich in Abschnitt V. Nr. 20.3 Heilmittel-RL, die Ergotherapie in Form von "Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierter Behandlung" als Heilmittel genannt wird. Denn im Falle der Klägerin sollte gerade keine Ergotherapie in diesem Sinne erbracht, sondern ihr die neuropsychologische Therapie als eigenständiges Therapieverfahren zuteil werden. Bereits der behandelnde Arzt hat in dem von ihm unterstützten Antrag vom 11. April 2003 die Unterschiede betont und ausgeführt, dass eine ambulante neuropsychologische Behandlung "aus ärztlicher Sicht sinnvoll und notwendig" sei und "ergotherapeutische Maßnahmen ... als Interventionsform in diesem Fall nicht geeignet (seien), die komplexen Störungen kognitiver Funktionen zu bessern". Hinzu kommt, dass die neuropsychologische Therapie von ihren Fachvertretern allgemein gerade als "eigenständiges" Therapieverfahren bezeichnet wird (vgl. zB: *Informationsblatt der Gesellschaft für Neuropsychologie eV "Kostenübernahme für eine ambulante neuropsychologische Therapie", Stand Januar 2005, S 3; Bühring, DÄBI - PP 3/2004, 97; Hübener, DÄBI 2003, A-677*). Auch in Bezug auf die Frage, ob ein Heilmittel "neu" ist, kommt es auf eine formelle Sichtweise an. Dies richtete sich ursprünglich nach dem Stand der Beschlüsse des Bundesausschusses bei Inkrafttreten des § 138 SGB V am 1. Januar 1989 (*BSG SozR 3-2500 § 138 Nr. 2 S 26, 28, 31; BSGE 94, 221 RdNr. 24 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3 RdNr. 25*). Schon Abschnitt A 2. Anlage 1 der Heil- und Hilfsmittel-RL i.d.F. vom 17. Juni 1992 (Beilage zu BAnz Nr. 183) bestimmte im Übrigen, dass Maßnahmen dann "neu" sind, wenn sie zum Zeitpunkt der Prüfung durch den Bundesausschuss nach den Heilmittel-RL nicht verordnungsfähig sind oder zwar schon verordnet werden können, aber hinsichtlich ihres Indikationsbereiches wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

20 cc)

War mithin für die streitige Therapie als neue Behandlungsmethode bzw. neues Heilmittel eine befürwortende Entscheidung des Bundesausschusses erforderlich, bevor sie in der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung auf Kosten der KKn erbracht werden konnte, und fehlte eine solche Entscheidung in dieser Form zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin, kann ihr Begehren keinen Erfolg haben. Verwaltung und Gerichte sind an die Entscheidungen des Bundesausschusses über bestimmte Methoden im Grundsatz ebenso gebunden, wie wenn der Gesetzgeber die Entscheidung selbst getroffen hätte (vgl. *BSGE 86, 54 = SozR 3-2500 § 135 Nr. 14; BSG SozR 4-2500 § 135 Nr. 1 S 5*). Wie der Senat wiederholt ausgeführt hat, muss bereits zum Zeitpunkt der Behandlung in dem dafür jeweils vorgesehenen Verfahren zweifelsfrei geklärt sein, ob die erhofften Vorteile einer Therapie die möglicherweise zu befürchtenden Nachteile überwiegen (vgl. im Einzelnen zuletzt: *Senatsurteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R <interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds> m.w.N., zur Veröffentlichung vorgesehen, RdNr. 23 des Urteils-Umdrucks*).

21 dd)

Dass - wie die Revision geltend macht - die neuropsychologische Therapie in der stationären Versorgung zu den von einer KK geschuldeten Leistungen gehören kann, führt ebenfalls nicht schon zur Leistungspflicht für eine entsprechende ambulant vorgenommene Therapie. Wie der Senat entschieden hat, bestehen de lege lata grundsätzliche rechtliche Unterschiede für die Leistungserbringung im ambulanten und stationären Bereich: Während nämlich für den Bereich der ambulanten Versorgung bezüglich neuer Behandlungsmethoden ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt, ist die rechtliche Konstruktion für den stationären Bereich durch § 137c SGB V (*hier zunächst noch anzuwenden in der bis 31. Dezember 2003 geltenden, dann durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 <BGBl. I 2190> i.V.m. den Neuregelungen des § 91 SGB V abgelösten Fassung*) so ausgestaltet, dass neuartige Behandlungsverfahren im Rahmen einer Krankenhausbehandlung keiner besonderen Zulassung bedürfen und nur dann ausgeschlossen sind, wenn der Ausschuss Krankenhaus des Bundesausschusses dazu eine negative Stellungnahme abgegeben hatte. Der sachliche Grund für diese unterschiedliche rechtliche Behandlung besteht darin, dass der Gesetzgeber die Gefahr des Einsatzes zweifelhafter oder unwirksamer Maßnahmen wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen Vergütungsstrukturen im Krankenhausbereich geringer einstuft als bei der Behandlung durch einzelne niedergelassene Ärzte (zuletzt: *Senatsurteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R, a.a.O.*,

- 22** Soweit das SG in diesem Zusammenhang darauf abgestellt hat, die Klägerin habe auch stationäre oder teilstationäre neuropsychologische Behandlung in einer mit der Beklagten vertraglich verbundenen stationären Einrichtung in Anspruch nehmen können, ist dies im Übrigen nicht zu beanstanden. Wäre eben diese Behandlungsform - was nicht feststeht - die einzig in Betracht kommende (rechtmäßige) Behandlungsalternative gegenüber der nicht statthaften ambulanten neuropsychologischen Therapie, müsste diese Behandlungsweise auch als "notwendige" Krankenbehandlung i.S. von §§ 12 Abs. 1 , 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V angesehen und von der Beklagten übernommen werden, unabhängig davon, ob eine entsprechende Behandlung in der nicht zugelassenen ambulanten Form möglicherweise kostengünstiger wäre. Hinweise darauf, dass stationäre Behandlung - etwa wegen der konkreten Gefahr einer Hospitalisierung und damit einhergehenden gesundheitsschädlichen Wirkungen - bei der Klägerin kontraindiziert war, gibt es nicht.
- 23** b)
- Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus den in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen eines sog Systemversagens.
- 24** aa)
- Ungeachtet der in §§ 135 , 138 SGB V statuierten Verbote mit Erlaubnisvorbehalt kann nach der Rechtsprechung des Senats eine Leistungspflicht der KK ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde ("Systemversagen"). In Fällen, in denen die im Gesetz vorausgesetzte Aktualisierung der RL rechtswidrig unterblieben ist, muss nämlich die Möglichkeit bestehen, das Anwendungsverbot auf andere Weise zu überwinden (vgl. *BSGE 81, 54, 65 f = SozR 3-2500 § 135 Nr. 4 S 21; SozR 3-2500 § 92 Nr. 12 S 70*). Ein solcher Systemmangel kann vorliegen, wenn das Verfahren vor dem Bundesausschuss von den antragsberechtigten Stellen bzw. dem Bundesausschuss selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß betrieben wurde und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit bzw. Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist (vgl. *BSGE 81, 54, 65 f = SozR 3-2500 § 135 Nr. 4 - immunbiologische Therapie; BSGE 88, 51, 61 [BSG 03.04.2001 - B 1 KR 22/00 R] = SozR 3-2500 § 27a Nr. 2 - ICSI; BSG SozR 3-2500 § 138 Nr. 2 S 31 - Hippotherapie, jeweils m.w.N.*). In einem derartigen Fall widersprechen die einschlägigen RL einer den Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V genügenden Krankenbehandlung, die erfordert, dass Qualität und Wirksamkeit der streitbefangenen Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, welche sich wiederum in zuverlässigen wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen niedergeschlagen haben müssen (*stRspr seit BSGE 76, 194, 199 = SozR 3-2500 § 27 Nr. 5 - Remedacen; BSG SozR 3-2500 § 92 Nr. 12 S 71 f; BSGE 94, 221 RdNr. 23 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3 RdNr. 24*). Für den Fall einer derart unterbliebenen Aktualisierung erkennt die Rechtsprechung Lockerungen hinsichtlich dieses Wirksamkeitsnachweises in dem Sinne an, dass dann ggf. die bloße Verbreitung einer Methode für die Pflicht zur Leistungsgewährung ausreichen kann (*BSGE 94, 221 RdNr. 23 = SozR 4-2400 § 89 Nr. 3 RdNr. 24 m.w.N.*).
- 25** bb)
- Nach diesen rechtlichen Maßstäben kann die Revision mit ihrem Vorbringen zum Systemversagen nicht durchdringen.
- 26** (1)
- Die Revision macht geltend, ein Systemversagen liege darin begründet, dass der Bundesausschuss bis zu Beginn der Behandlung der Klägerin im April 2003 nicht diejenigen Erkenntnisse umgesetzt

gehabt habe, welche sich bereits im Gutachten des "Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie" vom 8. Juni 2000 (*DÄBI 2000, A-2188*) niedergeschlagen hätten. Für die Frage einer willkürlichen bzw. sachfremden Verfahrensverzögerung darf indessen nicht schon entscheidend auf die Erkenntnisse im Jahr 2000 abgestellt werden, weil die hier einschlägigen Anerkennungsverfahren nicht von Amts wegen durchzuführende Verfahren sind und ein formeller Antrag erst im Juli 2003 seitens der Ersatzkassen gestellt worden ist. Nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der Bundesausschuss zu einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung nur "auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der KKn" entsprechende Empfehlungen abzugeben. Das Antragserfordernis gilt grundsätzlich ebenso für die Anerkennung neuer Heilmittel (vgl. *Murawski in: Kruse/Hänlein, LPK-SGB V, 2. Aufl. 2003, § 138 RdNr. 3*). Dafür spricht, dass die Heilmittelerbringer - die nicht in gleicher Weise wie z.B. Vertragsärzte über eine Institution in das Anerkennungsverfahren nach § 138 SGB V eingebunden sind - nach der Rechtsprechung des 6. Senats des BSG sogar ein eigenes Antragsrecht gegenüber dem Bundesausschuss besitzen (*BSGE 86, 223, 227 ff = SozR 3-2500 § 138 Nr. 1 - Diättherapie*). Angesichts der Vielzahl von Publikationen zu neuen und zu bestehenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmitteln bestünde bei Prüfungen von Amts wegen zudem die Gefahr einer Überforderung und eines Lahmlegens der Arbeit des Bundesausschusses (vgl. *Hess in: Kasseler Kommentar, Stand: 1. Mai 2006, § 135 SGB V RdNr. 10*).

27 (2)

Während es für die Verordnung psychotherapeutischer Leistungen als "Heilmittel" einer Regelung in RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V bedarf (§ 138 SGB V), ist es speziell für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen als "Behandlung" für die Leistungspflicht der KKn nach § 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V erforderlich, dass "die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren" in den RL geregelt worden sind. Dass eine solche Regelung für die neuropsychologische Therapie bis April 2003 nicht geschaffen wurde, unterliegt keiner Beanstandung.

28 Für eine zulässige Erbringung der Therapie als psychotherapeutische Leistung im System der GKV hätte der Bundesausschuss feststellen müssen, dass für das konkrete Verfahren die den Psychotherapie-RL zugrunde liegenden Erfordernisse (geregelt in Abschnitt B I.3.1 bis 3.4 Psychotherapie-RL) als erfüllt gelten. Nach Abschnitt B I.3. Psychotherapie-RL können über die darin anerkannten Verfahren hinaus als Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung auch andere Verfahren als die Richtlinienverfahren Anwendung finden, dies aber nur, wenn insoweit kumulativ weitere Voraussetzungen erfüllt sind. Dazu ist nach Nr. 3.1 Psychotherapie-RL - neben den weiteren Erfordernissen nach Nr. 3.2 bis 3.4 Psychotherapie-RL - u.a. die Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats nach § 11 PsychThG erforderlich, "dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann". Dieses vom Bundesausschuss in seinen RL aufgestellte Kriterium ist angesichts der Vorgaben zur wissenschaftlichen Anerkennung einer Behandlungsmethode in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 1 Abs. 3 PsychThG durch das Gesetzesrecht gedeckt.

29 Die Nichtanerkennung der Neuropsychologie zur Zeit der Behandlung der Klägerin lässt sich nicht darauf zurückführen, dass sich die antragsberechtigten Stellen oder der Bundesausschuss aus sachfremden oder willkürlichen Erwägungen mit der Materie nicht oder zögerlich befasst haben, so dass hieraus ein Systemversagen hergeleitet werden könnte. Denn das Verfahren erfüllte die aufgezeigten Voraussetzungen nicht, weil es nicht i.S. von Nr. 3.1 Psychotherapie-RL als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden musste. Dies ergibt sich (unbeschadet der für eine Sprungrevision geltenden Einschränkungen des § 161 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz < SGG >) aus den nicht unrichtig erscheinenden Feststellungen des SG zum Verfahrensablauf, die wiederum auf der Auswertung von in anderen sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Auskünften des Bundesausschusses und anderer Institutionen beruhen.

30 Der vom Bundesausschuss der Ärzte und KKn eingesetzte Arbeitsausschuss "Psychotherapie-RL" befasste sich auf eigene Initiative hin bereits im September 2000 mit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 8. Juni 2000 und lehnte eine Überprüfung der

Neuropsychologie als neues Psychotherapieverfahren ab. Diese Ablehnung beruhte darauf, dass nach dem Gutachten nicht hinreichend belegt war, dass die Therapieform über gezieltes Funktionstraining hinausgehend den gesamten psychosozialen Raum eines Menschen nach Hirnschädigung therapeutisch abdecke und nicht für die vertiefte Ausbildung entsprechend § 1 Abs. 3 PsychThG als wissenschaftlich anerkannt gelten könne; auch gebe es i.S. der Psychotherapie-RL keine Belege für die Wirksamkeit bei mindestens fünf der zwölf Anwendungsbereiche der Psychotherapie. Der Senat kann offen lassen, ob die letztgenannte Voraussetzung generell für Übernahme von neuen Psychotherapieformen der den Leistungskatalog der GKV aufgestellt werden darf, wenn diese Therapien selbst nicht den Anspruch eines umfassenden Versorgungsansatzes erheben. Darum ging es bei dem hier zu beurteilenden nicht weiter verfolgten Anerkennungsverfahren nämlich nicht entscheidend. Schon das SG hat vielmehr dargelegt, dass nach dem Gutachten jedenfalls keine Verpflichtung bestand, die Funktionstherapie (= Behandlung von Funktionsstörungen, z.B. durch direktes Üben) als einen bloßen Teil der Neuropsychologie einer weiteren Überprüfung zu unterziehen; denn der Beirat hatte die Wissenschaftlichkeit nicht für die Therapie insgesamt bestätigt, sondern nur für ein Einzelement dieser Therapieform angenommen, die sich nach dem Binnenverständnis der Therapiebefürworter aus drei Komponenten zusammensetzt: Zwar stellte der Wissenschaftliche Beirat fest, dass sich die nachgewiesene Wirksamkeit von neuropsychologischer Therapie auf das Funktionstraining bestimmter basaler kognitiver Funktionen und komplexe kognitive Prozesse bei Zuständen nach cerebralen Insulten erstreckte, und die Therapie für hirnorganische Störungen bei Erwachsenen als wissenschaftlich anerkannt anzusehen sei. Der Beirat führte jedoch zugleich aus, dass es keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise für die beiden weiteren Komponenten der neuropsychologischen Therapie gebe, nämlich für Kompensationstherapien (mit dem Ziel des Aufbaus von Bewältigungsfähigkeiten) und integrative Therapien (mit denen übergreifende psychologische Aspekte wie Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen bei der Krankheitsverarbeitung sowie Anpassungs- und Entwicklungsstörungen behandelt werden). Obwohl alle drei Therapie-Elemente gemeinsam dem (unter Beteiligung einschlägiger Fachgesellschaften zustande gekommenen) beim Beirat gestellten Anerkennungsantrag der "Gemeinsamen Kommission Klinische Neuropsychologie" vom 31. Mai 1999 als dasjenige zu Grunde gelegen hatten, was zu dieser Therapie gehöre (vgl. *Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats unter 3. a bis c*), bejahte der Beirat die Wissenschaftlichkeit mithin nur sehr eingeschränkt. Darüber hinaus stellte er sogar fest, dass unerwünschte Wirkungen und spezielle Risiken selbst hinsichtlich der Funktionstherapie nicht geprüft worden waren, obwohl die Überforderung von Patienten denkbar sei.

- 31** Angesichts der nur begrenzten Befürwortung des Anerkennungsantrages durch den Wissenschaftlichen Beirat waren die antragsberechtigten Stellen oder der Bundesausschuss nicht gehalten, dessen Einschätzung für den bloßen Teilbereich der neuropsychologischen Therapie auf das Recht der GKV zu übertragen. Weder entfaltet die berufsrechtliche Bewertung insoweit zwingende Wirkungen, noch kann der Umstand, dass die Beschränkung der psychotherapeutischen Versorgung in den Psychotherapie-RL auf drei Verfahren auf einem "politischen Kompromiss" beruht - wie die Revision geltend macht - ein Systemversagen begründen. Der Senat hat im Anschluss an Rechtsprechung des BVerfG wiederholt entschieden, dass ein Normgeber wie der Bundesausschuss, der sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben hält, ein weites Ermessen zu der Frage hat, welche Behandlungsmaßnahmen in den Leistungskatalog der GKV einbezogen werden; dieser Gestaltungsspielraum ist nur ausnahmsweise aus verfassungsrechtlichen Gründen eingeengt (vgl. z.B. *BSGE 88, 166, 170 ff [BSG 19.06.2001 - B 1 KR 4/00 R] = SozR 3-2500 § 28 Nr. 5 S 29 ff; BSG SozR 3-2500 § 28 Nr. 6 S 39 ff; BSGE 76, 40, 42 f [BSG 08.03.1995 - 1 RK 7/94] = SozR 3-2500 § 30 Nr. 5 S 14; zuletzt BSGE 94, 302 = SozR 4-2500 § 34 Nr. 2, jeweils RdNr. 25 m.w.N. <Viagra>*). Das SGB V enthält insoweit mit den zentralen Prinzipien der §§ 2, 12 SGB V eigene Kriterien, nach denen eine Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein hat, mit der Folge, dass eine neue Behandlungsmethode z.B. auch in Relation zu bereits anerkannten Verfahren und Heilmitteln gesetzt werden muss. Insoweit konnte hier auch von Bedeutung sein, dass das SG einem Gutachten des Kompetenz-Centrums für Psychiatrie und Psychotherapie (MDK Mecklenburg-Vorpommern und Hessen, Februar 2004) entnommen hat, das in den Heilmittel-RL vorgesehene ergotherapeutische Hirnleistungstraining in Gestalt neuropsychologisch orientierter Behandlung komme bei dem Krankheitsbild der Klägerin herkömmlicherweise zum Einsatz. Trotz des von Seiten der Neuropsychologie erhobenen Postulats einer selbstständigen neuropsychologischen Diagnostik und der umfassenderen Aus- und Weiterbildung der Berufsgruppe

(im Vergleich zu derjenigen der Ergotherapeuten) gab es keine eindeutigen Abgrenzungskriterien zur Indikationsentscheidung für beide Therapieformen. Auch dies spricht dagegen, dass ein Antragsverfahren vor dem Bundesausschuss schon im Jahr 2000 hätte eingeleitet werden und zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin im Jahre 2003 eine positive Anerkennung der streitigen Therapie hätte ausgesprochen sein müssen.

32 (3)

Aus der Dauer des erst durch die Anträge auf Bewertung der neuropsychologischen Therapie vom 8. Juli 2003 beim Bundesausschuss anhängig gemachten (bis zur Entscheidung durch den Senat nicht abgeschlossenen) Anerkennungsverfahrens lässt sich ebenfalls kein Systemmangel herleiten. Denn eine angemessene Verfahrensdauer war während der hier streitigen Behandlung der Klägerin (24. April 2003 bis 30. November 2004) nicht überschritten. Eine rechtliche Verpflichtung zum Handeln zu einem früheren Zeitpunkt bestand - wie ausgeführt - nicht. Ungeachtet der Frage, welche Kriterien für die Angemessenheit der Dauer eines anhängig gemachten Anerkennungsverfahrens allgemein zu gelten haben und welche Umstände insoweit speziell bei der neuropsychologischen Therapie vorlagen, war seit Stellung des Anerkennungsantrages selbst gegen Ende der Behandlung der Klägerin eine unangemessene Zeitspanne nicht verstrichen. Der Senat hat es in seiner bisherigen Rechtsprechung selbst aus einer Verfahrensdauer von mehr als drei Jahren allein nicht schon für gerechtfertigt erachtet, den Schluss auf eine unsachgemäße Verfahrensweise zu ziehen (*BSGE 88, 51, 61 f [BSG 03.04.2001 - B 1 KR 22/00 R] = SozR 3-2500 § 27a Nr. 2 S 21; vgl. zum Gesichtspunkt der Verfahrensdauer aus jüngerer Zeit auch: Senatsurteil vom 27. September 2005 - B 1 KR 28/03 R - extrakorporale Stoßwellentherapie; Urteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R - interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds, a.a.O., RdNr. 29 ff des Urteils-Umdrucks*).

33 c)

Zu Gunsten der Klägerin folgt auch nichts aus dem Beschluss des BVerfG vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98 (*SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 = NZS 2006, 84 [BVerfG 06.12.2005 - 1 BvR 347/98] = NJW 2006, 891 = MedR 2006, 164 [BVerfG 06.12.2005 - 1 BvR 347/98] - immunbiologische Therapie*). Danach ist es mit den Grundrechten aus Art 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende medizinische Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Um eine derartige Konstellation ging es bei der Behandlung der Klägerin in den Jahren 2003/2004 nicht.

34 Die Klägerin leidet zwar an einer nachhaltigen, ihre Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigenden Krankheit. Diese Erkrankung ist aber - anders als vom BVerfG für die Erweiterung des herkömmlichen gesetzlichen Leistungskatalogs gefordert und entgegen dem Vorbringen der Revision - nicht als "lebensbedrohlich" oder gar "regelmäßig tödlich verlaufend" einzuschätzen. Dies ist selbst dem (therapiebefürwortenden) Gutachten des MDK vom 13. Juni 2003 zu entnehmen, in dem von einer "nicht akut lebensbedrohlichen Krankheit" die Rede ist und nur das medizinische Behandlungsziel genannt wird, "irreversible schwere alltagsrelevante Beeinträchtigungen" zu verhindern. Die Krankheit kann von ihrer Schwere und dem Ausmaß der aus ihr folgenden Beeinträchtigungen her solchen Krankheiten nicht gleichgestellt werden. Die Nachhaltigkeit und Schwere der Erkrankung der Klägerin wird zwar daran deutlich, dass nach den Feststellungen des SG bei ihr aufgrund der Subarachnoidalblutung und des daraus resultierenden Hirntraumas gesundheitliche Beeinträchtigungen in Form von Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der exekutiven Funktionen im Hinblick auf Planungsvermögen und Handlungskontrolle sowie emotionaler Veränderungen und Verhaltensauffälligkeiten bestehen. Hierdurch werden die körperliche Unversehrtheit und die Lebensqualität der Klägerin auch schwerwiegend beeinträchtigt. Gleichwohl wird dadurch noch keine notstandsähnliche Extremsituation herbeigeführt, die es rechtfertigen könnte, das gesetzliche und untergesetzliche

Leistungsrecht der GKV aus übergeordneten verfassungsrechtlichen Gründen gegenüber den allgemein geltenden Regeln ausnahmsweise zurücktreten zu lassen und es "übergesetzlich" zu modifizieren. Der Gesundheitszustand der Klägerin kann insoweit nicht mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung auf eine Stufe gestellt werden, wie es etwa für den Fall akut drohender Erblindung eines Kindes zu erwägen wäre (vgl. dazu Senat, BSGE 93, 236 [BSGE 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R] = SozR 4-2500 § 27 Nr. 1 - Visudyne). Der Senat sieht keinen Anlass, die Rechtsgedanken der Entscheidung des BVerfG auf weitläufigere Bereiche auszudehnen, in denen der Gesetzgeber aus wohl erwogenen Gründen den Leistungsumfang der GKV durch Schaffung besonderer Verfahren und mit besonderem Sachverstand ausgestatteter Institutionen bewusst begrenzt hat (in ähnlicher Weise schon: Senatsurteile vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/04 R <D-Ribose bei MAD-Mangel> sowie B 1 KR 12/05 R <interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds bei Prostata-Karzinom im Anfangsstadium>, beide zur Veröffentlichung vorgesehen; vgl. ferner Beschluss vom 19. Juni 2006 - B 1 KR 18/06 B <Notwendigkeit der vermehrten Flüssigkeitsaufnahme durch natriumarmes Mineralwasser bei Nierenfunktionsstörungen> und Urteile vom 26. September 2006 - B 1 KR 27/05 R, B 1 KR 14/06 R und B 1 KR 15/06 R <Restless-Legs-Syndrom>; anders dagegen bei einem fortgeschrittenen Darmtumor: Senatsurteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 7/05 R - Tomudex, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Entscheidend ist insoweit, dass das vom BVerfG herangezogene Kriterium bei weiter Auslegung sinnentleert würde, weil nahezu jede schwere Krankheit ohne therapeutische Einwirkung irgendwann auch einmal lebensbedrohende Konsequenzen nach sich zieht. Das kann aber ersichtlich nicht ausreichen, das Leistungsrecht des SGB V und die dazu ergangenen untergesetzlichen Regelungen nicht mehr als entscheidenden rechtlichen Maßstab für die Leistungsansprüche der Versicherten anzusehen. Im Gegenteil ist es auch nach der von der Klägerin in Bezug genommenen Rechtsprechung des BVerfG verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die GKV den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs (§ 11 SGB V) und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung stellt, dass der Gesetzgeber die nähere Konkretisierung der durch unbestimmte Rechtsbegriffe festgelegten Leistungsverpflichtung im Einzelfall im Rahmen der Vorgaben des Vertragsarztrechts vor allem den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten vorbehält, den Leistungskatalog auch an finanzwirtschaftlichen Erwägungen orientiert und die KKn deshalb nicht alles zu leisten haben, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (BVerfG, a.a.O., SozR 4-2500 § 27 Nr. 5 RdNr. 26 f). Ebenfalls hat es das BVerfG grundsätzlich unbeanstandet gelassen, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der GKV auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie auf ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig geprüft werden, um die Anwendung dieser Methoden zu Lasten der KKn auf eine fachlich-medizinisch zuverlässige Grundlage zu stellen (a.a.O., SozR RdNr. 28). Darauf, ob darüber hinaus - wie das SG angenommen hat - für die Krankheit der Klägerin medizinischem Standard entsprechende Behandlungsalternativen innerhalb des Systems der GKV vorhanden waren, kommt es nicht an.

35 d)

Der Hinweis der Revision auf das Urteil des Senats vom 4. April 2006 - B 1 KR 5/05 R (Uterus-Arterien-Embolisation, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) führt schließlich ebenfalls nicht zum Erfolg des Klagebegehrens. Der Senat hat darin einen Kostenerstattungsanspruch einer Versicherten bejaht, die gerade nicht - wie die Klägerin im vorliegenden Fall - auf eine bestimmte, unzulässige Form der Krankenbehandlung festgelegt war, sondern der es um eine organerhaltende Therapie als solche ging, sei es ambulant oder stationär (RdNr. 11, 13 des Urteils-Umdrucks). Kostenerstattung konnte jene Versicherte, die sich die ambulante statt der zulässigen stationären Therapie selbst beschafft hatte, auch nur deshalb beanspruchen, weil dies wesentlich dadurch bedingt war, dass die KK die rechtmäßig zu beanspruchende Therapie abgelehnt hatte (RdNr. 24 des Urteils-Umdrucks). Für einen Versicherten, der bei seinem Leistungsbegehren auf ein bestimmtes Ziel fixiert ist, auf das er keinen Anspruch hat, ist daraus aber nichts abzuleiten (vgl. auch schon Senats-Urteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R <interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds>, a.a.O., Urteils-Umdruck RdNr. 26). So lag es hier, weil der Leistungsantrag für die Klägerin von dem vorgesehenen neuropsychologischen Behandler Dr. B. eingereicht und mit einem konkreten, weitreichenden

Behandlungsplan versehen worden war.

36 **3.**

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG .

Verkündet am 26. September 2006

Hinweis: Das Dokument wurde redaktionell aufgearbeitet und unterliegt in dieser Form einem besonderen urheberrechtlichen Schutz. Eine Nutzung über die Vertragsbedingungen der Nutzungsvereinbarung hinaus - insbesondere eine gewerbliche Weiterverarbeitung außerhalb der Grenzen der Vertragsbedingungen - ist nicht gestattet.