Sozialgericht Ulm

Az.: S 12 KR 48/18

Verkündet
am 22.10.2018

gez.:

Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

- Kläger -

[redacted]

gegen

[redacted]

- Beklagte -

Die 12. Kammer des Sozialgerichts Ulm
hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom **22.10.2018** in Ulm

für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Übernahme der Kosten für das Präparat D-Ribose.

Der bei der Beklagten krankenversicherte Kläger beantragte bereits 2012 die Übernahme der Kosten für D-Ribose. Dr. B. (MDK) führte in seiner Stellungnahme aus, dass es sich bei D-Ribose um eine Pentose, also Zucker mit 5 Kohlenstoffatomen handle. Das Präparat sei von unterschiedlichen Herstellern in Versandapotheken etc. erhältlich und werde als Nahrungsergänzungsmittel angeboten. Aus gutachterlicher Sicht bestehe nach den §§ 31, 24 und der Arzneimittelrichtlinie kein Anspruch auf die Versorgung mit D-Ribose. Auch nach dem Beschluss des BVerfG bestehe kein Anspruch. Bei der beim Kläger bestehenden metabolischen Myopathie handle es sich nicht um eine tödlich verlaufende Erkrankung im Sinne des Beschlusses des BVerfG. In der damals vorgelegten Stellungnahme der Ärzte des Universitätsklinikums Ulm führten die Ärzte aus, dass eine Übernahme durch die Krankasse in der Regel als Kulanzfall anzusehen sei, da bereits höchstrichterliche Rechtsprechung aus dem Jahre 2006 existiere, in der bei nachgewiesenem MAD-Mangel eine Dauertherapie mit D-Ribose als nicht erstattungsfähig angesehen worden sei. Die Beklagte lehnte in der Folge die Versorgung mit D-Ribose ab.

Der Kläger stellte am 13.3.2017 erneut einen Antrag auf Übernahme der Kosten für das Präparat D-Ribose. Er legte hierfür ein Attest seiner behandelnden Hausärztin S. vor. Der Kläger leide unter einer metabolischen Myopathie bisher ungeklärter Genese mit Ribosemangel. Er nehme seit ca. 16 Jahren D-Ribose ein, womit er in der Lage sei, sich längere Zeit zu bewegen und Sport zu treiben. Eine andere Therapie für diese Erkrankung gebe es nicht. Es handle sich um den Therapiestandard. Von der Krankenkasse würden die Kosten seit längerem nicht mehr übernommen.

Mit Schreiben vom 15.3.2017 informierte die Beklagte den Kläger über die Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

Dr. B. (MDK) teilte in seiner Stellungnahme vom 30.3.2017 mit, dass entsprechend der Begründung im Gutachten vom 21.11.2012 aus sozialmedizinischer Sicht eine Leistungspflicht der Beklagten nicht gegeben sei. Neue Aspekte, die eine andere Leistungsentscheidung rechtfertigen würden, lägen nicht vor. Allerdings spreche der langjährige Verlauf der kontinuierlichen Ein-

nahme von D-Ribose und die damit erreichte Krankheitskontrolle aus rein medizinischer Sicht für den Nutzen des Nicht-Arzneimittels.

Mit Bescheid vom 18.4.2017 teilte die Beklagte mit, dass die Kosten für D-Ribose nicht übernommen werden könnten.

Der Kläger wandte sich hiergegen mit seinem Widerspruch vom 11.8.2017. Es könne nicht sein, dass ein für ihn so lebenswichtiges Medikament aus dem Leistungskatalog gestrichen werde, ohne dass ein alternatives Medikament übernommen werde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.12.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Krankenbehandlung gehöre auch die Versorgung mit Arzneimitteln nach § 31 Abs. 1 SGB V, soweit diese nicht nach § 34 SGB V oder nach § 92 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V durch die Arzneimittelrichtlinie ausgeschlossen seien. Bei D-Ribose handle es sich weder um ein Arzneimittel noch um eine bilanzierte Diät/diätetisches Lebensmittel noch um ein Nahrungsergänzungsmittel im Sinne des SGB V, der Arzneimittelrichtlinie, der Diätverordnung oder der Nahrungsergänzungsmittelverordnung. Es lägen auch die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Einzelfall nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 nicht vor. Eine akut lebensbedrohliche notstandsähnliche Situation liege nicht vor. Eine solche trete auch nicht durch die Ablehnung der D-Ribose ein.

Der Kläger hat am 3.1.2018 Klage zum Sozialgericht Ulm erhoben. Bei ihm bestehe eine metabolische Myopathie unklarer Genese, die mit einem Ribosemangel einhergehe. Ohne ausreichende Substitution komme es zu Muskelkrämpfen und starken Schmerzen. Betroffen seien nahezu sämtliche großen Muskelbereiche. Er könne langjährig ausgeübten sportlichen Aktivitäten nicht mehr nachgehen. Bereits nach einem normalen Arbeitstag würden Schmerzen und Muskelkrämpfe auftreten. Zwischenzeitlich komme es zu einer Störung der Darmfunktion, was sich durch ausbleibende Stühle und sehr harten Stuhlgang bemerkbar mache. Er befinde sich unter anderem in Behandlung bei Frau S. Auf das ärztliche Attest vom 17.2.2017 werde verwiesen. Er wolle das Auftreten von Zeiten der Arbeitsunfähigkeit vermeiden. Dies gelänge ihm durch die Einnahme von D-Ribose sehr gut. Aufgrund negativer Erfahrungen in der Vergangenheit scheue er einen Versuch, D-Ribose abzusetzen. Nach den Feststellungen von Dr.

B. liege eine schwerwiegende nicht heilbare Erkrankung vor, die die Lebensqualität nachhaltig beeinflussen könne. Der Einsatz von D-Ribose sei nachvollziehbar.

Der Kläger beantragt,

> **den Bescheid der Beklagten vom 18.4.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.12.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die bisher angefallenen Kosten zu erstatten und ihn künftig mit dem Präparat D-Ribose zu versorgen.**

Die Beklagte beantragt,

> **die Klage abzuweisen.**

Die Beklagte hat zur Begründung auf ihren Widerspruchsbescheid Bezug genommen. Ergänzend hat sie vorgetragen, dass im vorliegenden Fall die Frist des § 13 Abs. 3a SGB V nicht eingehalten worden sei. Im vorliegenden Fall sei jedoch zu berücksichtigen, dass dem Kläger bereits 2013 ein Antrag auf Übernahme der Kosten abgewiesen worden sei. Es sei davon auszugehen, dass der Kläger dennoch D-Ribose zuführe und selbst finanziere. Bei der Antragstellung sei von der Beklagten darauf hingewiesen worden, dass sich an der Rechtslage seither nichts geändert habe und der Antrag abgelehnt werden würde. Dennoch habe der Kläger den Antrag beibehalten und darauf hingewiesen, dass er ggf. ein gerichtliches Verfahren anstrengen würde. Hierüber gebe es jedoch keine Gesprächsnotiz. Nach der Rechtsprechung des BSG habe der Versicherte die Entscheidungsfristen abzuwarten und sich die Leistung erst nach Ablauf der Frist zu beschaffen. Dieser Beschaffungsweg sei zwingend einzuhalten. Dies sei beim Kläger nicht der Fall gewesen. Vielmehr habe er D-Ribose seit Jahren als Nahrungsergänzung eingenommen und eigenfinanziert. Der Gesetzgeber habe mit § 13 Abs. 3a SGB V keine Leistungsausweitung beabsichtigt. Systemfremde Leistungen könnten nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift nicht Gegenstand einer fingierten Genehmigung sein. Dies habe aktuell auch das LSG Niedersachsen-Bremen bestätigt. Das BSG schließe Leistungen offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges aus. Der Kläger habe seit Jahren gewusst, dass es sich bei D-Ribose um keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handle. Hierbei habe sich auch keine Änderung ergeben. Er ha-

be somit sehr wohl gewusst, dass es sich um eine Leistung handle, die offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges liege.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgemäß zum sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Ulm erhobene Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß §§ 54 Abs. 1, 4, 56 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch im Übrigen zulässig, aber unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 18.4.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.12.2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten nach § 54 Abs. 2 SGG.

Der Kläger hat zunächst keinen Anspruch auf Versorgung mit dem von ihm begehrten Präparat D-Ribose aufgrund des Eintritts einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V.
Nach § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (S. 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (S. 2). Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (S. 3). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (S. 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (S. 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (S. 7). Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen (S. 9).

Darüber hinaus bedarf es, damit die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gelten kann, eines fiktionsfähigen Antrags. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (BSG, Urt. v. 8.3.2016 – B 1 KR 25/15 R –juris, Rn. 23). Ein Verwaltungsakt ist dann inhaltlich hinreichend bestimmt, wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des Verfügungssatzes zu erkennen und der Verfügungssatz ggf. eine geeignete Grundlage für seine zwangsweise Durchsetzung bildet. So liegt es, wenn der Verfügungssatz in sich widerspruchsfrei ist und den Betroffenen bei Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers in die Lage versetzt, sein Verhalten daran auszurichten. Die Anforderungen an die notwendige Bestimmtheit richten sich im Einzelnen nach den Besonderheiten des jeweils anzuwendenden materiellen Rechts (BSG, Urt. v. 11.7.2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 17). Der Kläger hat vorliegend einen Antrag auf die Versorgung mit dem Präparat D-Ribose unter Vorlage eines Attestes gestellt. Aus dem Attest ergibt sich, dass die Versorgung mit D-Ribose zur Behandlung einer metabolischen Myopathie bisher ungeklärter Genese mit Ribosemangel erfolgen soll. Das Behandlungsziel ist damit klar. Das BSG führt im Hinblick auf die Bestimmtheit eines Antrags weiter aus: „Der Verfügungssatz, einen Naturalleistungsanspruch auf eine bestimmte Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) zu gewähren, verschafft dem Adressaten - wie dargelegt - eine Rechtsgrundlage dafür, mittels Leistungsklage einen Vollstreckungstitel auf das Zuerkannte zu erhalten. Die Vollstreckung erfolgt nach den Regelungen über vertretbare Handlungen (vgl § 199 Abs 1 Nr 1, § 198 Abs 1 SGG, § 887 ZPO). Es genügt hierfür, dass das Behandlungsziel klar ist. Dass hinsichtlich der Mittel zur Erfüllung der Leistungspflicht verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen, beeinträchtigt den Charakter einer Leistung als vertretbare Handlung nicht (vgl Stöber in Zöller, ZPO, 31. Aufl 2016, § 887 ZPO RdNr 2 mwN). Diese allgemeinen Grundsätze gelten ebenso, wenn Patienten zur Konkretisierung der Behandlungsleistung auf die Beratung des behandelnden Arztes angewiesen sind.“ (BSG, Urt. v. 11.7.2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 18). Die Versorgung mit Arzneimitteln wird in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die vom Arzt gem. § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V ausgestellte Verordnung konkretisiert. Durch die ärztliche Verordnung wird die notwendige und erforderliche Medikation zu einer individuell bestimmbaren Sache (vgl. SG Trier, Beschl. v. 4.9.2017 – S 3 KR 143/17 – juris, Rn. 24.

Darüber hinaus muss der Antrag nach der Rechtsprechung des BSG eine Leistung betreffen, die der Leistungsberechtigte für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung lag. Diese Voraussetzungen entnimmt

das BSG dem Regelungszusammenhang und dem Regelungszweck. Der Kostenerstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion setze voraus, dass sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine "erforderliche" Leistung selbst beschaffe. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirke eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung lägen. Einerseits solle es dem Berechtigten erleichtert werden, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits solle er dadurch nicht zu Rechtsmissbrauch eingeladen werden, indem sie Leistungsgrenzen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung überwinde, die jedem Versicherten klar sein müssen (BSG, Urt. v. 8.3.2016 – B 1 KR 25/15 R – juris, Rn. 25 f.; a.A. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 31.5.2017 – L 4 KR 4101/16 – juris, Rn. 47, wonach die Genehmigungsfiktion nur bei Leistungen greift, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen ist, anh. BSG, B 1 KR 33/17 R).

Bei D-Ribose handelt es sich um einen Zucker mit 5 Kohlenstoffatomen, wobei „D" eine bestimmte Anordnung des Molelküls beschreibt. Der Kläger durfte zwar die Versorgung mit D-Ribose für erforderlich halten. Aufgrund der Befürwortung seiner behandelnden Ärztin, der Tatsache, dass das Präparat bei ihm Wirkung zeigt und dies auch von Seiten des MDK nicht bestritten durfte der Kläger die Leistung für erforderlich halten. Die Leistung lag aber offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges. Die Beklagte führt insoweit aus, dass ein entsprechender Antrag des Klägers bereits 2013 abgelehnt worden und ihm bei der erneuten Antragstellung mitgeteilt worden sei, dass sich an der Rechtslage nichts geändert habe. Der Kläger habe daher seit Jahren gewusst, dass es sich bei D-Ribose nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handle. Die behandelnde Hausärztin teilte in dem vom Kläger vorgelegten Attest vom 17.2.2017 mit, dass die Leistung nicht von der Krankenkasse übernommen wird, so dass der Kläger nicht schon allein deshalb davon ausgehen durfte, dass es sich um eine Leistung im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung handelt (vgl. zum umgekehrten Fall BSG, Urt. v. 11.5.2017 – B 3 KRK 30/15 R – juris, Rn. 40). Darüber hinaus ist D-Ribose weder verschreibungspflichtig noch apothekenpflichtig, es ist vielmehr auch außerhalb von Apotheken ohne Rezept erhältlich und wird als Nahrungsergänzungsmittel angeboten, so dass auch für Versicherte erkennbar ist, dass eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden dürfte. Auch ist in der Rechtsprechung nicht anerkannt, dass speziell D-Ribose als übernahmefähig gelten würde (vgl. hierzu SG Schleswig, Urt. v. 11.8.2017 – S 28 KR 383/15 – juris, Rn. 25 f.). Vielmehr hat das BSG bereits 2006 entscheiden, dass D-Ribose nicht von der

Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist (BSG, Urt. v. 4.4.2006 – B 1 KR 12/04 R). Der Kläger selbst wusste bereits vor Antragsstellung, dass D-Ribose nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist. Er wurde bereits im Verwaltungsverfahren, auf seinen Antrag im Jahr 2013 hin, von der Beklagten darauf hingewiesen. Auch die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik Ulm haben in dem damals vom Kläger eingereichten Befundbericht ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übernahme der Kosten in der Regel als Kulanzfall anzusehen sei, da bereits höchstrichterliche Rechtsprechung aus dem Jahr 2006 existiere, wonach auch bei nachgewiesenem MAD-Mangel eine Dauertherapie mit D-Ribose als nicht erstattungsfähige Therapie angesehen worden sei. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung hat der Kläger selbst angegeben, dass er das Attest der Universitätsklinik Ulm selbst vorgelegt habe, so dass auch davon auszugehen ist, dass er dessen Inhalt kannte.
Der Eintritt einer Genehmigungsfiktion scheidet daher trotz etwaigem Ablauf der Frist aus.

Der Kläger hat auch nach dem Leistungsrecht des SGB V keinen Anspruch auf Versorgung mit dem streitigen Präparat.

Nach § 31 Abs. 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.
Das BSG hat für das hier begehrte Präparat D-Ribose bereits entschieden, dass es unabhängig von der Frage, ob es sich dabei um ein Arznei- oder Lebensmittel handelt, nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankversicherung unterfällt, da es, sofern es sich um ein Arzneimittel

handelt, als Fertigarzneimittel anzusehen ist und es für die Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung an der erforderlichen Zulassung und somit an der krankenversicherungsrechtlich erforderlichen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit fehlt (BSG, Urt. v. 4.4.2006 – B 1 KR 12/04 R – juris, Rn. 14 ff., 20 ff.). Sofern es sich um ein Lebensmittel handelt, fällt es schon deshalb nicht unter den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, da die Versorgung mit Lebensmitteln grundsätzlich nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gehört (BSG, Urt. v. 4.4.2006 – B 1 KR 12/04 R – juris, Rn. 24).

Ein Anspruch ergibt sich auch nicht aus § 31 Abs. 5 SGB V i.V.m. der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V. Nach § 31 Abs. 5 S. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. Die AM-RL regelt in § 18, dass Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sogenannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder von der Versorgung nach § 27 SGB V ausgeschlossen sind. Dies gilt nicht für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung, soweit sie nach den Bestimmungen dieser Richtlinie in medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise verordnungsfähig sind. Bei D-Ribose handelt es sich jedoch weder um eine Aminosäuremischung, ein Eiweißhydrolysat, eine Elementardiät oder eine Sondennahrung (vgl. dazu auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 4.3.2004 – L 16 KR 84/03 – juris, Rn. 52).

Der Kläger hat auch keinen Anspruch aus dem auf der Umsetzung der Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung (BVerfG 06.12.2005, 1 BvR 347/98) beruhenden § 2 Abs. 1a SGB V.
Entsprechend den vom BVerfG aufgestellten Voraussetzungen können Versicherte nach § 2 Abs. 1a SGB V auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn sie an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung leiden, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende

Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Vorliegend fehlt es bereits an der Voraussetzung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung bzw. einer wertungsmäßig damit vergleichbaren Erkrankung. Der Kläger leidet ausweislich der Mitteilung seiner Hausärztin an einer metabolischen Myopathie bisher ungeklärter Genese mit Ribosemangel. Mit der Voraussetzung der lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen bzw. wertungsmäßig damit vergleichbaren Erkrankung ist eine strengere Voraussetzung umschrieben, als etwa mit dem Erfordernis einer „schwerwiegenden" Erkrankung für die Eröffnung des so genannten Off-Label-Use. Gerechtfertigt ist eine Leistungspflicht nach § 2 Abs. 1a SGB V nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Nach den konkreten Umständen des Falles muss daher bereits drohen, dass sich ein voraussichtlich tödlicher Krankheitsverlauf innerhalb überschaubaren Zeitraums mit Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Ähnliches kann für den nicht kompensierbarer Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.4.2018 – L 11 KR 2695/16 – juris, Rn. 43 m.w.N.). Das BSG hat eine Gleichstellung mit einer solchen notstandsähnlichen Situation auch in dem Fall verneint, in dem dies dem Betroffenen das Ausscheiden aus dem Beruf und den Bezug von Rente bewirkt hatte (BSG, Urt. v. 4.4.2006, B 1 KR 12/04 R – juris, Rn. 31). Nach den Ausführungen des MDK in seinem Gutachten von November 2012 handelt es sich bei einer metabolischen Myopathie um eine genetisch bedingte Störung des aeroben und anaeroben Energiestoffwechsels der Muskulatur. Allgemeine Symptome sind dabei bei Belastung zunehmende Muskelschwäche, Muskelkrämpfe, ggf. Muskelschwund und Erhöhung des in Muskelzellen vorkommenden Enzyms Creatinkinase. Diese zeigten sich auch beim Kläger im September 2012 nach einem Absetzen von D-Ribose. Er war daraufhin für die Zeit vom 20.8.2012 bis 2.9.2012 arbeitsunfähig geschrieben. Auch im Attest der Hausärztin vom 17.2.2017 gibt diese eine metabolische Myopathie unklarer Genese an. Insofern führt Dr. B. aus, dass selbst wenn die Ursache der Erkrankung des Klägers eine Myoadenylat Desaminase basierend auf einem Defekt im AMPD1-Gen sein sollte, keine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt. Dr. B. führt hierzu aus, dass sich bei der Mehrheit nur geringe Symptome zeigen, welche ausschließlich die Skelettmuskulatur betreffen und sich in rascher Ermüdung, Muskelkrämpfen und Muskelschmerzen zeigen. Muskeldysthrophie oder Muskelschwund werden nicht beobachtet. Eine lebensbedrohliche regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder wertungsmäßig damit vergleichbare Er-

krankung kann die Kammer damit nicht erkennen (vgl. dazu auch BSG, Urt. v. 4.4.2006 – B 1 KR 12/04 R – juris, Rn. 31). Dem steht auch nicht entgegen, dass der Kläger bei Absetzen von D-Ribose arbeitsunfähig wurde. Entsprechend der eben zitierten Rechtsprechung des BSG scheidet dies selbst bei Aufgabe des Berufs aus.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und orientiert sich am Ausgang des Verfahrens.