



Im Namen des Volkes

**In dem Verfahren
über
die Verfassungsbeschwerde**

des Herrn R...

- Bevollmächtigte: Rechtsanwältin Ulrike Mandelartz,
Antonienstraße 1, 80802 München -

gegen a) den Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 3. November
2006 - L 4 B 775/06 KR ER -,

b) den Beschluss des Sozialgerichts Nürnberg vom 17. August 2006 - S 11
KR 297/06 ER -

und Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

hat die 3. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts durch

den Präsidenten Papier
und die Richter Steiner,
Gaier

am 6. Februar 2007 einstimmig beschlossen:

Die Beschlüsse des Sozialgerichts Nürnberg vom 17. August 2006 - S 11 KR 297/
06 ER - und des Bayerischen Landessozialgerichts vom 3. November 2006 - L 4 B
775/06 KR ER - verletzen den Beschwerdeführer in seinem Grundrecht aus Artikel
19 Absatz 4 Satz 1 des Grundgesetzes. Sie werden aufgehoben. Die Sache wird an
das Sozialgericht zurückverwiesen.

Damit erledigt sich zugleich der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung.

Der Freistaat Bayern hat dem Beschwerdeführer die notwendigen Auslagen für das
Verfassungsbeschwerdeverfahren und für das Verfahren betreffend den Antrag auf
Erlass einer einstweiligen Anordnung zu erstatten.

Gründe:

Verfassungsbeschwerde und Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung be-

1

treffen die Leistungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konkret geht es um die Versorgung mit einer Apheresebehandlung.

I.

1. Bei der so genannten Apheresebehandlung handelt es vereinfacht ausgedrückt um eine Blutwäsche. Der zu therapeutischen Hämapheresen (selektive Verfahren mit Plasmadifferentialtrennung) am 25. Juli 2003 erstellte zusammenfassende Bericht des Arbeitsausschusses "Ärztliche Behandlung" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Beratungen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (im Folgenden "Abschlussbericht") definiert therapeutische Hämapheresen (auch: Apheresen) als Verfahren der extrakorporalen Blutreinigung, bei denen bestimmte Bestandteile des Blutes entfernt werden. 2

2. Die Apheresebehandlung ist eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne von § 135 Abs. 1 SGB V. Nach dieser Vorschrift sind entsprechende neue Behandlungsmethoden bis zu ihrer Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss von einer Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. hierzu BVerfGE 115, 25 <30>). 3

3. Durch Beschluss vom 24. März 2003 hat der Bundesausschuss LDL-Apheresen als erbringungsfähige Behandlungsmethode bei Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung und bei Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie anerkannt, wenn grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann. Im Vordergrund der Indikationsstellung soll dabei das Gesamt-Risikoprofil des Patienten stehen (vgl. § 3 Nr. 3.1 der Anlage 1 zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung <Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung - RMvV> in der Fassung vom 17. Januar 2006 <im Folgenden: Richtlinie>, BAnz 2006, Nr. 48, S. 1523; in Kraft getreten am 1. April 2006; zuletzt geändert am 18. Juli 2006, BAnz 2006, Nr. 193, S. 6703; in Kraft getreten am 14. Oktober 2006). Mit Hypercholesterinämie wird ein erhöhter Cholesteringehalt des Blutes bezeichnet, der zu langfristigen Schäden, wie beispielsweise Arteriosklerose, Koronarer Herzkrankheit oder arterieller Verschlusskrankheit, führen kann (vgl. Springer, Lexikon Medizin, 2004, S. 967). 4

Die erste in der Richtlinie anerkannte speziellere Indikation der Hypercholesterinämie (so genannte homozygote Form) erfasst das nahezu vollständige Fehlen von LDL-Rezeptoren auf den Zellen; dies führt zu einem gestörten LDL-Abbau und aufgrund fehlender Rückkopplungsschleifen auch zu erhöhter Produktion von LDL (Abschlussbericht, S. 154). Bei der homozygoten Form der familiären Hypercholesterinämie ist mit einer Häufigkeit von 1:1.000.000 und damit rund 80 Betroffenen in Deutschland zu rechnen. Diese versterben im Kindes- oder jungem Erwachsenenalter meist am Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Abschlussbericht, S. 155). 5

Bei der zweiten, allgemein gefassten Indikation geht es um bestimmte schwere, therapierefraktäre Krankheitsverläufe, für die derzeit keine therapeutischen Alternativen gesichert sind. Zielgruppe sind insoweit konventionell "austherapierte" Patienten, für die sich die Apheresebehandlung als ultima ratio darstellt. Hierbei müssen ein unzureichender Behandlungserfolg nach Statintherapie oder Therapie mit Cholesterin-Absorptionshemmern, gegebenenfalls auch in Kombination mit Statinen, oder eine Unverträglichkeit nachgewiesen sein (Abschlussbericht, S. 174). 6

4. Demgegenüber gehört die LDL-Apherese bei *isolierter* Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) gegenwärtig nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. 7

Lipoprotein(a) <Lp(a)> ist ein Lipoprotein-Partikel. Nach seiner Entdeckung im Jahr 1963 wurde es wiederholt mit einem erhöhten Risiko für die koronare Herzerkrankung in Verbindung gebracht. In der Medizin wird seit einigen Jahren die Auffassung vertreten, eine Lp(a)-Erhöhung sei ein eigenständiger Risikofaktor, weshalb auch die *isolierte* Lp(a)-Erhöhung als Indikation für eine Apherese anerkannt werden müsse (vgl. zum Ganzen näher Abschlussbericht, S. 175). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat der LDL-Apherese zur Behandlung der *isolierten* Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) die Anerkennung verweigert, da derzeit nicht zuverlässig belegt sei, dass eine kausale Beziehung zwischen der Lp(a)-Erhöhung und der Koronaren Herzkrankheit bestehe und dass Lp(a) einen unabhängigen Risikofaktor darstelle. Die therapeutische Hämapherese müsse daher als experimentelle Therapie bei einer schweren *isolierten* Lp(a)-Erhöhung betrachtet werden (Abschlussbericht, S. 180). 8

5. Entsprechend der Festsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006 (BAnz Nr. 111 vom 17. Juni 2006, S. 4466) hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 24. Mai 2006 entschieden, erneut über die Apheresebehandlung bei *isolierter* Lp(a)-Erhöhung indikationsbezogen zu beraten. 9

II.

1. Der 56-jährige Beschwerdeführer ist gesetzlich krankenversichert. Er leidet an einer Koronaren Herzkrankheit (KHK), die gemäß der Beurteilung durch den behandelnden Internisten im Mai 2006 alle Koronararterien betrifft. Zwei Koronararterien sind vollständig verschlossen. Der zur Versorgung des Herzens verbleibende Ast weist nach einer Gefäßerweiterung durch einen Ballonkatheter, verbunden mit der Implantation einer Spiraldrahtprothese zum Offenhalten des Gefäßes (Stent) im Januar 2003, aktuell einen Verschluss von 30 vom Hundert auf. Seit 2006 leidet der Beschwerdeführer an zunehmenden Angina pectoris - Beschwerden bei bereits leichter Belastung. Daneben ist der Beschwerdeführer an einer beide Beine betreffenden peripheren arteriellen Verschlusskrankheit erkrankt, die ebenfalls Katheterbehandlungen an beiden Beinen erforderlich machte. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren stellte der behandelnde Internist und Nephrologe im Mai 2006 eine familiäre Hypercholesterinämie sowie eine Lipoprotein(a)-Hyperlipoproteinämie fest. Trotz maximaler medikamentöser Therapie - auch unter Einsatz eines Nikotinsäurepräparates - liege der 10

LDL-Cholesterinwert über dem für die Qualifikation als Hochrisikopatient maßgebenden Grenzwert. Aufgrund der progredienten Koronaren Herzkrankheit und der interventionspflichtigen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sei der Beschwerdeführer insgesamt als Hochrisikopatient zu qualifizieren. Als einzige verbleibende Therapiemöglichkeit zur Absenkung des Lp(a) und zur Optimierung der LDL-Cholesterinwerte komme eine Lipidapherese in Betracht.

2. Nachdem ein im November 2004 gestellter Antrag des Beschwerdeführers auf Versorgung mit einer Apheresebehandlung von seiner Krankenkasse abgelehnt worden war, hat der Beschwerdeführer im Juli 2005 Klage zum Sozialgericht erhoben. Parallel dazu beantragte er erfolglos eine entsprechende Verpflichtung der Krankenkasse in zwei Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. 11

3. Im August 2006 beantragte der Beschwerdeführer erneut den Erlass einer einstweiligen Anordnung, der durch den mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Beschluss abgelehnt wurde. Die hiergegen gerichtete Beschwerde wurde durch das Landessozialgericht mit dem hier ebenfalls angegriffenen Beschluss zurückgewiesen. Beim Beschwerdeführer lägen weder eine familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung noch eine schwere Hypercholesterinämie als nach der Richtlinie anerkannte Indikationen für eine entsprechende Apheresebehandlung vor. Die beim Beschwerdeführer gegebene Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) gehöre nach den Richtlinien nicht zu den anerkannten Indikationen. Es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei der entsprechenden Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss um ein Systemversagen handele. Die diagnostizierte Erhöhung des Lp(a)-Wertes habe zudem nach den im Hauptsacheverfahren eingeholten Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) keinen Krankheitswert an sich, sondern repräsentiere lediglich einen Laborwert. Daran ändere auch die zwischenzeitliche erneute Befassung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Apheresebehandlungen bei erhöhten Lp(a)-Werten nichts. 12

Auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Leistungspflicht der Krankenkassen bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Fall einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung sei die Behandlung nicht zu erbringen. Nach Auffassung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung stelle die Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) weder eine lebensbedrohliche noch eine regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit dar. Entgegen der Beurteilung des Beschwerdeführers als Hochrisikopatient durch den behandelnden Internisten und Nephrologen sei der Beschwerdeführer nach der letzten Herzkatheteruntersuchung im April 2006 kardiopulmonal stabil entlassen worden. Auch eine zwischenzeitlich beim Beschwerdeführer attestierte reaktive Depression rechtfertige nicht seinen Antrag, da die begehrte Behandlung hierauf nur mittelbar einwirke. 13

4. Der Beschwerdeführer hat fristgerecht Verfassungsbeschwerde erhoben und zu- 14

gleich den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt. Er rügt eine Verletzung von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 und Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG.

Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Unterausschuss "Ärztliche Behandlung" des Gemeinsamen Bundesausschusses hat eine schriftliche Auskunft zur LDL-Apherese erteilt.

15

III.

Die Kammer nimmt die Verfassungsbeschwerde zur Entscheidung an, weil dies zur Durchsetzung von Grundrechten des Beschwerdeführers angezeigt ist (§ 93 a Abs. 2 Buchstabe b BVerfGG). Die Voraussetzungen für eine stattgebende Kammerentscheidung nach § 93 c BVerfGG sind gegeben. Die maßgeblichen verfassungsrechtlichen Fragen hat das Bundesverfassungsgericht bereits entschieden. In der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist hinreichend geklärt, welche Anforderungen sich aus Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG für den vorläufigen Rechtsschutz ergeben, wenn dessen Versagung zu schweren und unzumutbaren Nachteilen führt (vgl. BVerfGE 94, 166 <216>; im Anschluss daran BVerfGK 5, 237 und speziell für den Leistungsanspruch der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 22. November 2002 - 1 BvR 1586/02 -, NJW 2003, S. 1236; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 19. März 2004 - 1 BvR 131/04 -, NJW 2004, S. 3100 m.w.N.).

16

Die mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen sozialgerichtlichen Beschlüsse verletzen den Beschwerdeführer in seinem Grundrecht aus Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG. Sie genügen nicht dem verfassungsrechtlichen Gebot effektiven Rechtsschutzes. Im Hinblick auf die für den Beschwerdeführer existentielle Bedeutung der in Frage stehenden Therapie hätten die Fachgerichte den medizinischen Sachverhalt näher in Bezug auf das Vorliegen der anerkannten Indikation einer schweren Hypercholesterinämie prüfen müssen.

17

1. In gerichtlichen Eilverfahren begegnet es grundsätzlich keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn sich die Fachgerichte bei der Beurteilung der Sach- und Rechtslage an den Erfolgsaussichten der Hauptsache orientieren (vgl. BVerfGK 5, 237 <242>). Allerdings ist ihnen in den Fällen, in denen es um existentiell bedeutsame Leistungen der Krankenversicherung für den Antragsteller geht, eine lediglich summarische Prüfung der Sach- und Rechtslage verwehrt. Sie haben unter diesen Voraussetzungen die Sach- und Rechtslage abschließend zu prüfen (vgl. BVerfGK 1, 292 <296>; BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 22. November 2002, a.a.O., S. 1236 f.). Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden (vgl. BVerfGK 5, 237 <242> m.w.N.); die grundrechtlichen Belange des Antragstellers sind umfassend in die Abwägung einzustellen. Die Gerichte müssen sich schützend und fördernd vor die Grundrechte des Einzelnen stellen (vgl. BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 22. November 2002, a.a.O., S. 1237).

18

2. Diesen Anforderungen halten die angegriffenen Entscheidungen nicht stand. Sie haben die für den Beschwerdeführer lebenswichtige Bedeutung der in Frage stehenden Therapie nicht ausreichend gewürdigt, den medizinischen Sachverhalt im Hinblick auf das Vorliegen der nach der Richtlinie anerkannten Indikation einer schweren Hypercholesterinämie nicht ausreichend aufgeklärt und das Vorliegen einer Lipoprotein(a)-Erhöhung nicht angemessen berücksichtigt. 19

a) In Übereinstimmung mit der Beurteilung des behandelnden Internisten in seinem Ärztlichen Attest vom Mai 2006 ist nach Aktenlage davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer schwer krank und als Hochrisikopatient zu qualifizieren ist. Beim Beschwerdeführer liegen danach eine progrediente Koronare Herzkrankheit sowie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit beider Beine vor. Die Herzerkrankung hat nach der Beurteilung durch den behandelnden Internisten ein solches Ausmaß erreicht, dass bereits zwei das Herz versorgende Arterien komplett verschlossen sind und der einzige für die Versorgung des Herzens zur Verfügung stehende Ast mit einem Stent versorgt werden musste und im weiteren Verlauf teilweise verschlossen ist. Dieser Zustand ist im Rahmen der summarischen Prüfung in einem gerichtlichen Eilverfahren als lebensbedrohlich zu qualifizieren, auch wenn er noch nicht das Stadium einer akuten Lebensgefahr erreicht hat. 20

aa) Entgegen der Auffassung der Sozialgerichte ändert der vorläufige Arztbrief des Universitätsklinikums Erlangen vom April 2006 an dieser Beurteilung nichts. Dass der Beschwerdeführer "kardiopulmonal stabil" aus der stationären Behandlung entlassen wurde, lässt keinerlei Rückschlüsse auf das Ausmaß der Grunderkrankung zu. Im Gegenteil hat die im Rahmen der stationären Behandlung durchgeführte Herzkatheteruntersuchung bestätigt, dass die zur Versorgung des Herzens zur Verfügung stehende Koronararterie zu 30 vom Hundert verschlossen war. Lediglich die Ejektionsfunktion des Herzens wurde als nahezu uneingeschränkt beurteilt. 21

bb) Der Annahme eines lebensbedrohlichen Zustands des Beschwerdeführers steht ebenfalls nicht entgegen, dass die koronare Herzerkrankung noch nicht das Stadium einer akuten Lebensgefahr erreicht hat. Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass eine Krankheit auch dann als regelmäßig tödlich zu qualifizieren ist, wenn sie "erst" in einigen Jahren zum Tod des Betroffenen führt (vgl. BVerfGE 115, 25 <45>; vgl. auch Bundessozialgericht, Urteil vom 14. Dezember 2006 - B 1 KR 12/06 R –; zitiert nach dem Termin-Bericht Nr. 68/06). Der Beschwerdeführer kann entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts auch nicht darauf verwiesen werden, im Fall einer Verschlimmerung der Koronaren Herzkrankheit stünden Behandlungsalternativen in Form erneuter Ballonkatheteruntersuchungen zur Verfügung. Der aktuelle gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und der Krankheitsverlauf in den letzten Jahren lassen die Befürchtung zu, dass eine erneute Verschlimmerung seines Zustands mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem erneuten, eine akute Lebensgefahr begründenden Herzgefäßverschluss führen wird. Auf die in einem solchen Fall zur Verfügung stehenden intensivmedizinischen Rettungsmöglichkeiten kann der Beschwerdeführer nicht verwiesen werden. 22

cc) Schließlich steht der Annahme eines lebensbedrohlichen Zustands nicht entgegen, dass die verfahrensgegenständliche Therapie hierauf nicht unmittelbar einwirkt. Soweit sich das Landessozialgericht hierzu auf die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung stützt, wonach es sich bei dem Lipoprotein(a)-Wert lediglich um einen Laborwert ohne eigenen Krankheitswert handle, trägt dies die Verneinung eines Behandlungsanspruchs des Beschwerdeführers nicht. Dies gilt auch für die Feststellung, es sei nicht bewiesen, dass die mäßige Hypercholesterinämie der einzige Risikofaktor für die Entstehung der Koronaren Herzkrankheit sei und die Patienten aus einer Absenkung der Werte Nutzen ziehen könnten. Nach dem gegenwärtigen Stand in der Medizin ist vielmehr davon auszugehen, dass die Hypercholesterinämie einen bedeutsamen Faktor im Gesamtrisikoprofil einer kardiovaskulären Erkrankung repräsentiert, der bei Hochrisikopatienten durch eine lipidsenkende Therapie zu behandeln ist (vgl. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Empfehlungen zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen, 2. Aufl. 1999, S. 6 f.). Dies deckt sich mit der Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses, wonach die einzelnen Lipidwerte nicht allein Ursache für die Koronare Herzkrankheit und andere Verschlusskrankheiten seien (vgl. Abschlussbericht, S. 153), gleichwohl aber die LDL-Apherese bei einer schweren Hypercholesterinämie in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen sei.

23

b) Die Annahme des Landessozialgerichts, beim Beschwerdeführer seien die Voraussetzungen für das Vorliegen einer schweren Hypercholesterinämie im Sinne der Richtlinien nicht gegeben, findet weder in den schriftlichen Entscheidungsgründen noch in den Akten eine hinreichende Stütze.

24

aa) Die schriftlichen Gründe der angegriffenen sozialgerichtlichen Entscheidung enthalten zum Vorliegen der Indikation einer schweren Hypercholesterinämie keine Ausführungen. Sie befassen sich lediglich mit der Indikation einer Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie). Die Entscheidung des Landessozialgerichts beschränkt sich auf die Feststellung, die entsprechenden Voraussetzungen für die Annahme einer schweren Hypercholesterinämie lägen beim Beschwerdeführer nicht vor. Eine Begründung hierfür wird nicht gegeben.

25

bb) Demgegenüber enthalten die vom Beschwerdeführer vorgelegten medizinischen Unterlagen entsprechende Diagnosen. Die ausführliche Stellungnahme des Charité Campus Virchow-Klinikums vom September 2006 spricht von einer familiären Hypercholesterinämie in Kombination mit einer gleichzeitig vorliegenden ausgeprägten Hyperlipoproteinämie(a). Trotz langfristiger Ernährungsumstellung und maximaler medikamentöser lipidsenkender Therapie sei das anzustrebende Ziel einer LDL-Cholesterinkonzentration von weniger als 70 mg/dl nicht erreicht worden. Das Ärztliche Attest des behandelnden Internisten vom Mai 2006 beschreibt eine familiäre Hypercholesterinämie und eine Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie). Auch das im vorliegenden Verfassungsbeschwerdeverfahren und möglicherweise auch im fachgerichtlichen Hauptsacheverfahren vorgelegte Lipidologische Gutachten des Charité Campus Virchow-Klinikums vom Dezember 2005 stellt beim Beschwerdeführer

26

rer neben einer Hyperlipoproteinämie(a) als erste Diagnose eine familiäre Hypercholesterinämie fest. Es enthält ausführliche Angaben zur Familienanamnese des Beschwerdeführers und dokumentiert unter anderem eine Koronare Herzkrankheit und einen Schlaganfall bei der Mutter des Beschwerdeführers.

c) Die Erbringung der Apheresebehandlung kann vorliegend nicht deshalb verweigert werden, weil beim Beschwerdeführer auch eine Lipoprotein(a)-Erhöhung vorliegt. Der entsprechende Leistungsausschluss in der Richtlinie erfasst lediglich die Indikation einer *isolierten* Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie). Der Fall des *kombinierten* Vorliegens einer Hypercholesterinämie *und* einer Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) ist nach dem Abschlussbericht ausdrücklich von der anerkannten Indikationsform einer schweren Hypercholesterinämie erfasst (vgl. Abschlussbericht, S. 175). Demzufolge kommt es vorliegend nicht darauf an, ob der derzeitige Leistungsausschluss der LDL-Apherese für die Indikation einer *isolierten* Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie) mit höherrangigem Recht vereinbar ist und welche Rückschlüsse gegebenenfalls aus dem derzeitig beim Gemeinsamen Bundesausschuss anhängigen Überprüfungsverfahren zu ziehen sind. 27

3. Die aufgezeigten Rechtsverstöße führen zur Verfassungswidrigkeit der angegriffenen sozialgerichtlichen Beschlüsse. Sie sind aufzuheben. Die Sache ist an das Sozialgericht zurückzuverweisen (vgl. § 93 c Abs. 2 i.V.m. § 95 Abs. 2 BVerfGG). 28

Das Sozialgericht wird in tatsächlicher Hinsicht vor allem zu prüfen haben, wie sich das Risikoprofil des Beschwerdeführers für eine Verschlimmerung seiner vielfältigen Verschlusskrankheiten aktuell darstellt. Dabei wird insbesondere zu berücksichtigen sein, inwieweit der Beschwerdeführer an einer schweren Hypercholesterinämie, kombiniert mit einer Lipoprotein(a)-Erhöhung (Hyper-Lp(a)ämie), leidet. Es wird auch zu ermitteln haben, ob und inwieweit beim Beschwerdeführer alternative Behandlungsmöglichkeiten zur Senkung der Lipidwerte ausgeschöpft sind. Schließlich sind Ermittlungen zum Umfang der begehrten Apheresebehandlung veranlasst. Es wird sodann unter Berücksichtigung der Gründe dieser Entscheidung erneut über den Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes mit der durch die Sache gebotenen Eile zu entscheiden haben. 29

IV.

Mit dem vorliegenden Beschluss erledigt sich der Antrag des Beschwerdeführers auf Erlass einer einstweiligen Anordnung. 30

Die Entscheidung über die Auslagenerstattung beruht auf § 34 a Abs. 2 und 3 BVerfGG. Es erscheint angemessen, die Erstattung der Auslagen auch für das Verfahren über den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung anzuordnen. 31

Diese Entscheidung ist unanfechtbar (§ 93 d Abs. 1 Satz 2 BVerfGG). 32

Papier

Steiner

Gaier

Bundesverfassungsgericht, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 6. Februar 2007 - 1 BvR 3101/06

Zitiervorschlag BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 6. Februar 2007 - 1 BvR 3101/06 - Rn. (1 - 32), http://www.bverfg.de/e/rk20070206_1bvr310106.html

ECLI ECLI:DE:BVerfG:2007:rk20070206.1bvr310106