



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Januar 2016 (730 14 349 / 10)

Krankenversicherung

Der Krankenversicherer verneinte seine Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten einer genetischen Laboruntersuchung zu Recht, da die Bedingungen, die in den einleitenden Bemerkungen zur Analysenliste in Anhang 3 KLV formuliert worden sind, nicht erfüllt werden

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A._____**, Beschwerdeführer, vertreten durch Dominique Erhart,
Rechtsanwalt, Konsumstrasse 1, Postfach, 4104 Oberwil BL

gegen

CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, Hauptsitz, Bundesplatz 15, Postfach, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. A._____ war im Jahr 2013 bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (Concordia) obligatorisch krankenpflegeversichert. Er leidet an einer speziellen Form der Retinitis bzw. Retinopathia pigmentosa, der Chorioideremie. Dabei handelt es sich um eine X-chromosomal-rezessiv erbliche progressive Aderhautdystrophie. Am 30. April 2013

wurde im Labor Z.____ eine genetische Untersuchung durchgeführt. Mit Verfügung vom 19. März 2014 lehnte die Concordia die Übernahme der Kosten für die genetische Laboruntersuchung im Betrag von Fr. 3'386.-- im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache wies die Concordia mit Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2014 ab.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Dominique Erhart, Rechtsanwalt, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Eingabe vom 31. Oktober 2014 Beschwerde und liess die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und der Verfügung vom 19. März 2014 beantragen sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, ihm die Kosten für die genetische Laboranalyse vom 30. April 2013 (Rechnung vom 3. Mai 2013) in der Höhe von Fr. 3'386.-- vollumfänglich zu ersetzen; alles unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Durchführung einer Parteiverhandlung, eventualiter um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels.

C. Mit Vernehmlassung vom 21. Januar 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin unter o/e-Kostenfolge die Abweisung der Beschwerde sowie der Verfahrensanhörungen des Beschwerdeführers.

D. Anlässlich eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen und Auffassungen fest (Replik vom 25. Juni 2015 und Duplik vom 28. August 2015).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die zu würdigenden Akten wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss § 55 Abs. 1 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 entscheidet die präsidiierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.-- durch Präsidialentscheid. Vorliegend ist eine Kostengutsprache im Umfang von Fr. 3'386.-- zu beurteilen. Über die Beschwerde ist demnach präsidial zu entscheiden. Auf die frist- und formgerechte Beschwerde ist einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die durchgeführte Laboruntersuchung gemäss Rechnung vom 3. Mai 2013.

3.1 Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben die anerkannten Krankenkassen die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 – 31 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 nach Massgabe der in Art. 32 – 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die Leistungen gemäss Art. 25 – 31 KVG umfassen solche, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Dazu gehören nach dem Leistungskatalog des Art. 25 Abs. 2 KVG

auch die ärztlich verordneten Analysen (Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG). Gemäss Art. 52 Abs. 1 lit. a KVG erlässt das zuständige Departement eine Liste der Analysen mit dem dazugehörigen Tarif. Diese Liste gehört unter dem Titel Analysenliste (AL) als Anhang 3 zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 und wird jährlich überarbeitet (Urteil des Bundesgerichts vom 11. September 2009, 9C_224/2009, E. 2.2). Die in der Liste aufgenommenen Analysen dürfen von der Krankenversicherung vergütet werden (Art. 34 Abs. 1 KVG).

3.2 Die vorliegend zur Anwendung gelangende Analysenliste, gültig ab 1. Januar 2013, erfasst unter Pos.-Nr. 2135.04, 2235.04, 2335.04, 2435.04 und 2535.04 genetische Analysen bei Retinadystrophien im Sinne der Retinitis pigmentosa und der Maculadegenerationen.

3.3 Die beim Beschwerdeführer durchgeführte genetische Analyse war somit im Zeitpunkt ihrer Vornahme (April 2013) in der Analysenliste enthalten; ein Umstand, der zwischen den Parteien nicht umstritten ist. Dies bedeutet, dass die Beschwerdegegnerin die entstandenen Laborkosten unter der Voraussetzung, dass die weiteren Voraussetzungen nach Art. 32 KVG gegeben sind, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erstatten muss.

4.1 Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG ist für eine Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorausgesetzt, dass die Leistungen, die in Art. 25 – 31 KVG vorgesehen sind, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Eine medizinische Leistung ist wirksam, wenn deren Einsatz geeignet ist, das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel zu erreichen. Für die Beurteilung der Wirksamkeit ist somit entscheidend, welcher medizinische Erfolg damit erzielt werden soll (BGE 137 V 295 E. 6.1). Diagnostische Massnahmen müssen im Zusammenhang mit der Behandlung einer manifesten Erkrankung oder eines konkreten Krankheitsverdachts stehen, damit sie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2013, 9C_1011/2012, E. 2.3.1). Das bedeutet, dass sie – bei prognostischer Beurteilung – therapeutische Konsequenzen haben können. Trifft dies nicht zu, d.h. ist in dem Sinne der diagnostische Endpunkt erreicht, dass die Therapie feststeht oder keine bzw. keine andere mehr möglich ist, besteht keine Kostenübernahmepflicht (Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2013, 9C_1011/2012, E. 2.3.1).

4.2 Gemäss Art. 32 Abs. 1 Satz 2 KVG muss die Wirksamkeit einer Leistung nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. In der Schulmedizin gilt der Wirksamkeitsnachweis als erbracht, wenn die Behandlungsmethode für das in Frage stehende Behandlungsziel wissenschaftlich anerkannt ist, das heisst von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis akzeptiert wird und als geeignet erachtet wird, das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen (BGE 133 V 115 E. 3.2; GEBHARDT EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], Zürich 2010, N 5 zu Art. 32). Wichtig ist, dass die Methode auf soliden, ausreichenden experimentellen Unterlagen beruht. Die Beurteilung der Wirksamkeit hat nicht einzelfallbezogen und retrospektiv auf Grund der konkreten Behandlungsergebnisse zu erfolgen. Vielmehr geht es um eine vom einzelnen Anwendungsfall losgelöste und retrospektive allgemeine Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erzielten Ergebnisse (BGE 133 V 115 E. 3.2.1, 123 V 66 E. 4a). Neben

streng naturwissenschaftlichen sind auch andere wissenschaftliche Methoden (beispielsweise die Statistik) möglich und zulässig (BGE 123 V 63 E. 2c/bb mit Hinweisen; GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 4 zu Art. 32). Der Beweis der Wirksamkeit lässt sich am zuverlässigsten mit dem klinischen Versuch führen, wobei die Wirkung einer Therapie nach naturwissenschaftlichen Kriterien objektiv feststellbar, der Erfolg reproduzierbar und der Kausalzusammenhang zwischen dem therapeutischen Agens und seiner Wirkung ausgewiesen sein muss (BGE 133 V 115 E. 3.2.1). Für eine wissenschaftlich begründete Heilmethode ist ferner wichtig, dass sie auf soliden experimentellen Unterlagen (insbesondere Langzeitstudien) beruht, die den Wirkungsmechanismus bezeugen (BGE 133 V 115 E. 3.2.1; GEBHARD EUGSTER, a.a.O., N. 5 zu Art. 32).

4.3 In Konkretisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit werden in den einleitenden Bemerkungen zur Analysenliste in Anhang 3 KLV in der hier anwendbaren Fassung entsprechende Bedingungen formuliert (Urteile des Bundesgerichts vom 14. April 2015, 9C_748/2014, E. 3.1 und vom 18. April 2013, 9C_1011/2012, E. 2.3.1). Danach gilt Folgendes: „Die Diagnostik hat mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit die Konsequenz, dass sie (1) einen Entscheid über Notwendigkeit und Art einer medizinischen Behandlung oder (2) eine richtungsgebende Änderung der bisher angewendeten medizinischen Behandlung oder (3) eine richtungsgebende Änderung der notwendigen Untersuchungen (z.B. zur rechtzeitigen Vergütung, Erkennung oder Behandlung von typischerweise zu erwartenden Komplikationen) oder (4) einen Verzicht auf weitere Untersuchungen von typischerweise zu erwartenden Krankheitssymptomen, Folgeerkrankungen oder Beschwerden zur Folge hat. Analysen, bei denen schon zum Zeitpunkt der Anordnung feststeht, dass das Resultat keine dieser Konsequenzen hat, sind von der Kostenübernahme ausgeschlossen“.

5.1 Die Abklärung des Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz die verfügende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Danach haben sowohl der Sozialversicherungsträger als auch das Sozialversicherungsgericht von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Um die sich im Zusammenhang mit der Vergütung der Kosten einer Analyse durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung stellenden Fragen beantworten zu können, ist die Krankenversicherung auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Dabei ist es deren Aufgabe, aufgrund von Anamnese, Befund und Diagnose die Notwendigkeit der Behandlung an sich sowie die in Betracht fallenden therapeutischen Möglichkeiten zu bezeichnen (Urteil des EVG vom 5. Juni 2003, K 46/02, E. 4.3.2).

5.2 Solche ärztlichen Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 278). Dabei ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Gerade die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG sogar verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum ha-

ben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5 KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht denn auch grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (GEBHARD EUGSTER, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Aufl., Basel/Genf/München 2007, Krankenversicherung, N 209 ff.).

6.1 Der strittigen Angelegenheit liegen folgende medizinische Akten von Relevanz zugrunde:

6.2 In Form einer Aktennotiz hält Prof. Dr. med. B._____ fest, dass der Verdacht auf eine Chorioideremie bestanden habe. Medizinische Indikation für die Laboruntersuchung sei die Bestätigung der Diagnose gewesen. Als therapeutische Konsequenz für die weitere Behandlung gibt er an, dass diese Analyse es erlauben werde, auf weitere diagnostische Massnahmen zu verzichten (Stellungnahme vom 13. Juni 2013). Nachdem die Beschwerdegegnerin Prof. B._____ am 27. Juni 2013 um Zustellung eines ausführlicheren Berichts gebeten hatte, verwies er am 4. Juli 2013 auf die Antworten, die er am 13. Juni 2013 gegeben hatte.

6.3 Dr. med. C._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, hält mit Aktennotiz vom 15. Juli 2013 fest, dass keine Übernahmepflicht bestehe, weil es am Nachweis eines klinischen Nutzens fehle. In einer weiteren Aktennotiz vom 1. September 2013 rät er der Beschwerdegegnerin, von Prof. B._____ zuerst eine ausführliche und exakte Begründung für die Untersuchung zu verlangen. Insbesondere müsse den klinischen (konkreten) Nutzen ausführlich erläutert werden.

6.4 Prof. B._____ hält daraufhin mit Schreiben vom 29. Januar 2014 fest, dass der Versicherte an einer sehr fortgeschrittenen chorioretinalen Dystrophie mit Verdacht auf eine Chorioideremie leide. Diese Krankheit bilde seit zwei Jahren Objekt einer ersten klinischen Studie. Es sei wichtig mit Sicherheit festzustellen, ob die Krankheit des Versicherten in einer Veränderung des CHS-Gens liege („liée au gène CHS“).

6.5 Dr. C._____ äussert sich schliesslich in seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2014 dahingehend, dass – trotz mehrfacher Aufforderung – der behandelnde Arzt nichts geliefert habe, das den konkreten klinischen Nutzen der Analyse belegen könne. Es sei auch nicht belegt, dass die Analyse zur Diagnosestellung überhaupt notwendig sei. Die Diagnose sei schon seit Jahren bekannt und der Versicherte heute 67 Jahre alt. So bestehe weder ein Beleg für einen echten, neuen Erkenntnisgewinn noch für einen therapeutischen Nutzen. Diese Krankheit sei nach wie vor nicht heilbar und die Diagnose schon längst gestellt. Auch sei bezüglich der sogenannten Gentherapie bei dieser Krankheit kein Erfolg zu verzeichnen, zumal die Gentherapie als solche keine Pflichtleistung darstelle. Als Beilage zu seiner Stellungnahme findet sich ein Kostengutsprachege such von Dr. med. D._____, Augenärztin FMH, vom 14. Oktober 2009. Aus

diesem geht hervor, dass der Versicherten an einer degenerativen Netzhauterkrankung (Retinitis pigmentosa) leidet.

7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte ihre Leistungspflicht gestützt auf die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. C._____ vom 28. Februar 2014 mit der Begründung ab, es mangle am konkreten klinischen Nutzen gemäss den einleitenden Bemerkungen zu Anhang 3 KLV. Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass die Laboruntersuchung eine medizinisch und wissenschaftlich notwendige Vorstufe und Voruntersuchung bilde, damit er an einer erst kürzlich entwickelten Gentherapie zur Behandlung seiner Erkrankung teilnehmen könne. Aufgrund der Neuartigkeit sei die Therapie in der Schweiz noch nicht verbreitet, weshalb er die Behandlung in Grossbritannien vornehmen müsse. Aus der neueren wissenschaftlichen Fachliteratur sei ersichtlich, dass zulässige, zweckmässige und medizinisch erprobte Therapiemöglichkeiten bestehen würden, die genetischer Natur seien. Die vorgenommene Analyse diene der Diagnose sowie der Behandlung der Krankheit. Die medizinische Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und Wissenschaftlichkeit der Laboranalyse sei damit erstellt. Die fragliche Genuntersuchung sei in der Analysenliste enthalten und müsse deshalb als Pflichtleistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

7.2 Wie bereits in Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, verlangen die einleitenden Bemerkungen zu KLV Anhang 3, die gemäss bundesgerichtlicher Praxis zu beachten sind, dass eine durchzuführende Analyse mit akzeptabler Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass sie einen Entscheid über Notwendigkeit und Art einer medizinischen Behandlung oder eine richtungsgebende Änderung der bisher angewendeten medizinischen Behandlung oder eine richtungsgebende Änderung der notwendigen Untersuchungen oder einen Verzicht auf weitere Untersuchungen von typischerweise zu erwartenden Krankheitssymptomen, Folgeerkrankungen oder Beschwerden zur Folge hat. Analysen, bei denen schon im Zeitpunkt der Anordnung fest steht, dass das Resultat keine der oben erwähnten Konsequenzen hat, sind von der Kostenübernahme ausgeschlossen. Die Beurteilung der Kostenfrage gestützt auf diesen Massstab wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Es ist somit zu prüfen, ob die genetische Analyse konkrete therapeutische Konsequenzen erwarten lässt.

7.3.1 Aufgrund der medizinischen Unterlagen steht fest, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an einer chronischen, degenerativen Netzhauterkrankung, einer Retinitis pigmentosa, leidet. Weiter steht fest, dass der Verdacht, es könnte sich dabei um eine Chorioideremie handeln, mit Hilfe der Genanalyse hat erhärtet werden können. Bei der Chorioideremie handelt es sich um eine Sonderform der Retinitis pigmentosa. Zu den Hauptsymptomen der Chorioideremie gehören wie bei der Retinitis pigmentosa Nachtblindheit, periphere Gesichtsfeldausfälle und die fortschreitende Einengung des Gesichtsfelds (<http://www.proretina.de/netzhauterkrankungen/chorioideremie/krankheitsbild>). Diese Krankheit bildet seit 2013 Objekt einer klinischen Studie (Stufe I/II) der Oxford University, bei der sechs männliche Patienten mit einer neuentwickelten Gentherapie behandelt werden. Dabei wurde den Probanden das fehlende Gen ins Auge gebracht (vgl. Beschwerdebeilagen 6 – 8 sowie Replikbeilage 1, insb. Prof. R. MacLaren et al. in: „The Lancet“, 16. Januar 2014; vgl. http://www.proretina.de/dateien/kle_chorio_the_lancet_2014_macLaren.pdf). Dem Zwischenbericht von Prof. MacLaren vom Januar 2014 kann entnommen werden, dass nach einer Zeitspanne von sechs

Monaten erfreuliche Ergebnisse zu verzeichnen seien. Hendrik Scholl, Johns Hopkins University, Baltimore, und José Sahel, Institut de la Vision, Paris, sind jedoch der Auffassung, dass die kurze Beobachtungszeit noch keine Schlüsse über den dauerhaften Nutzen der Therapie erlaube. Man hoffe aber, erstmals eine Therapie für Chorioideremie anbieten zu können, falls die anstehenden Studien erfolgreich seien (Beschwerdebeilage 7). Prof. B._____ hält ebenfalls fest, dass die Krankheit seit zwei Jahren Objekt einer ersten klinischen Studie sei.

7.3.2 Angesichts dieses Stands der Entwicklung der Gentherapie (klinische Studie Phase I/II) kann nicht davon ausgegangen werden, dass zum jetzigen Zeitpunkt (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 25. September 2008, 9C_567/2007, E. 1.2) zweckmässige und medizinisch erprobte Therapiemöglichkeiten bestehen. Es werden zwar klinische Studien in Grossbritannien und den USA durchgeführt (vgl. Replikbeilage 4). Auch die Universitäts-Augenklinik in Bonn plant eine Gentherapie-Studie für Chorioideremie durchzuführen, welche auf den Ergebnissen von Prof. MacLaren basiert (<http://www.pro-retina.de/node/2387>). Es liegt aber noch keine von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtete Therapie vor, welche dem Erfordernis der therapeutischen Konsequenzen gemäss den einleitenden Bemerkungen zu Anhang 3 KLV entsprechen würde.

7.3.3 Daran vermag auch der Umstand, dass die amerikanische Food and Drug Administration und die Europäische Medicines Agency einem Spin-Off Unternehmen der Oxford University den Orphan Drug Status für die Weiterentwicklung der Therapie zuerkannt haben, nichts zu ändern (Replikbeilage 2). Denn auch bei den Orphan Drugs (Arzneimittel für die Behandlung seltener Krankheiten [orphan diseases]) gelten die allgemeinen Anforderungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (BGE 133 V 115 E. 3.2.1).

7.3.4 Soweit der Beschwerdeführer eine Leistungspflicht aus dem Umstand ableiten will, dass die konkrete Analyse in der Liste aufgeführt ist, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Wie bereits in Erwägung 3.1 hiervor dargelegt, bedeutet die Aufnahme der Genuntersuchung in den Pflichtkatalog lediglich, dass ein Krankenversicherer die Kosten der Untersuchung übernehmen darf. Eine Übernahmepflicht besteht aber nur, wenn auch die weiteren Voraussetzungen, wie sie in den einleitenden Bemerkungen genannt werden, erfüllt sind. Inwiefern die Laboanalyse ganz generell der Behandlung der Krankheit dient, wie vom Beschwerdeführer vorgebracht, ist nicht erkennbar. Denn weder ein konkreter therapeutischer Nutzen noch konkrete notwendige Behandlungen sind ersichtlich. Prof. B._____ bringt lediglich vor, dass es wichtig gewesen sei in Erfahrung zu bringen, dass für die Krankheit das CHS-Gen verantwortlich sei. Dies genügt jedoch nicht, um die Kriterien und die Anforderungen gestützt auf Anhang 3 der KLV gerecht zu werden.

8. Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Behandlung, aufgrund welcher die Untersuchung zur Vorabklärung gemacht wurde, das Erfordernis der Wirksamkeit nicht erfüllt. Dazu fehlen insbesondere wissenschaftliche (Langzeit-)Studien zur Therapie von Prof. MacLaren betreffend das Ergebnis und die Erfahrungen sowie den Erfolg dieser Behandlungsmethode. Zudem liegen auch keine anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse betref-

fend allfälligen negativen Spätfolgen der Therapie vor. Die Therapiemassnahmen, auf die sich der Beschwerdeführer bezieht, sind nicht nach internationalen wissenschaftlichen Richtlinien anerkannt und können daher nicht als im krankenversicherungsrechtlichen Sinne wirksam gelten. Es ist folglich nicht dargetan, dass die hier zu beurteilende Diagnostik mit einer akzeptablen Wahrscheinlichkeit der Krankheitsbehandlung dient beziehungsweise therapeutische Konsequenzen nach sich zieht. Der vorliegende Fall gibt ferner auch keinen Anlass, vom Erfordernis, dass ein Behandlungskonzept von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet definiert wird, abzusehen. Eine Vergütung der Kosten erweist sich erst dann als sachgerecht, wenn gefestigte Erkenntnisse über die – objektive – Eignung einer Behandlung für den medizinischen Erfolg vorliegen. Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich eine Prüfung der weiteren Voraussetzungen von Art. 32 Abs. 1 KVG, da diese kumulativ erfüllt sein müssen. Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Pflicht zur Übernahme der Laborkosten somit mit Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2015 zu Recht. Aus diesem Grund ist die Beschwerde abzuweisen.

9. Es verbleibt, über die Kosten zu entscheiden. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Gemäss dem Ausgang des Verfahrens sind die ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>