

L 4 KR 5090/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 2779/01
Datum
02.01.2002
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5090/05
Datum
08.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 02. Januar 2002 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin Kosten in Höhe von EUR 8.878,81, die ihr wegen zweier Behandlungen in der Ukraine entstanden sind, zu erstatten.

Die am 1996 geborene Klägerin ist über ihren Vater bei der Beklagten versichert. Sie leidet an einer spastischen Zerebralparese. Deswegen bestanden Einschränkungen im Bereich der motorischen Fähigkeiten, insbesondere war das Erlangen eines aufrechten Ganges erschwert. Die Klägerin befindet sich in Behandlung des Kinderarztes Dr. S ...

Vom 27. Februar bis 12. März 2001 befand sich die Klägerin in Begleitung ihrer Mutter in Behandlung im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - in./Ukraine, dessen Chefarzt Dr. K. ist. Zu dieser Behandlung hatte die Klägerin die Anmeldebestätigung der Internationalen Kinder-Cerebral-Parese (IKCP AG), deren Sitz in der Schweiz ist, vom 19. Dezember 2000 erhalten. Nach dem Bericht des Dr. K. vom 12. März 2001 führte er bei der Klägerin neben der Erhebung des klinischen und neurologischen Status ein EEG und eine biomechanische Testanalyse durch sowie täglich eine neurophysiologische Therapie nach Dr. K., Reflexotherapie, spezielle Ganzkörpermassage, Akupressur, Krankengymnastik und Apitherapie. Nach dem Behandlungszeitraum von zwei Wochen habe sich der allgemeine Zustand verbessert. Wegen dieser Behandlung entstanden der Klägerin folgende Kosten (Rechnungen der IKCP AG vom 21. Januar, 05. Februar und 16. März 2001):

Behandlung 2.495,10 EUR Unterkunft/Verpflegung 558,33 EUR Flug 894,67 EUR Hin- und Rückfahrt vom Wohnort zum Flughafen 156,00 EUR Frankfurt am Main mit dem PKW (zweimal 78 Kilometer à 0,30 EUR) Insgesamt 3.963,10 EUR

Wegen der Übernahme der Behandlungskosten telefonierte die Mutter der Klägerin mehrmals mit dem zuständigen Kundencenter der Beklagten. Eine Übernahme von Kosten wurde mündlich abgelehnt. Nachdem die Beklagte ihre ablehnende Haltung dann mit Schreiben vom 04. April 2001 unter Verweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16. Juni 1999 - [B 1 KR 3/98 R](#) - nochmals zusammengefasst hatte, forderte die Klägerin unter Vorlage eines Attests des Kinderarztes Dr. S. vom 20. Juli 2001 eine förmliche Entscheidung über ihren Antrag (Schreiben der Eltern der Klägerin ohne Datum, bei der Beklagten eingegangen am 05. Juli 2001). Dr. S. gab an, durch vielfältige Bemühungen (Krankengymnastik, PETÖ, Hippotherapie) hätten Fortschritte erreicht werden können. Bei der Untersuchung am 22. Februar 2001 vor der Abreise zu Dr. K. habe ein motorischer Entwicklungszustand mit beginnendem Hochziehen zum Stand, Laufen im Laufwagen und Sitzen mit Blick nach oben bestanden. Am 19. März 2001 nach der Behandlung habe folgender Befund bestanden: vollständiges Hochziehen, Laufen an einer Hand, nur geringfügige Hüftbeugung sowie eine deutlich gelockerte Muskulatur. Die Beklagte wandte sich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Arzt N. führte in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 26. Juli 2001 zusammenfassend aus, die Behandlung durch Dr. K. entspreche nach dessen Konzept nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Unabhängig davon stünden in Deutschland für das bei der Klägerin vorliegende Krankheitsbild in ausreichendem Maße Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, z.B. Krankengymnastik nach Bobath bzw. Vojta.

Mit Bescheid vom 01. August 2001 lehnte die Beklagte die Erstattung der entstandenen Behandlungskosten ab. Die Klägerin legte

Widerspruch ein. Die Beklagte wandte sich im Rahmen des Widerspruchsverfahrens erneut an den MDK. Dr. Sc. hielt an der bisherigen Auffassung fest (Stellungnahme vom 09. August 2001). Der Beklagten ging der Kurzbericht der Praxisgemeinschaft für Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik O., M. und O. (ohne Datum, Eingang bei der Beklagten am 13. August 2001) zu, wonach durch stationären Aufenthalt der Klägerin bei Dr. K. vom 27. Februar bis 31. März 2001 eine allgemeine Verbesserung der Mobilität der Klägerin habe erreicht werden können.

Für ein weiteres Behandlungsintervall im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - in T./Ukraine vom 31. August 2001 (Anreisetag) bis 14. September 2001 (Abreisetag) erhielt die Klägerin die Anmeldebestätigung der IKCP AG vom 18. Juni 2001. Wegen der Kostenübernahme sprach die Mutter der Klägerin am 01. August 2001 in dem zuständigen Kundencenter der Beklagten vor. Vom 01. bis 14. September 2001 befand sich die Klägerin erneut in Behandlung im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - in T./Ukraine. Nach dem Bericht des Dr. K. vom 13. September 2001 führte er bei der Klägerin wiederum neben der Erhebung des klinischen und neurologischen Status ein EEG und eine biomechanische Testanalyse durch sowie täglich eine neurophysiologische Therapie nach Dr. ..., Reflexotherapie, spezielle Ganzkörpermassage, Akupressur, Krankengymnastik, Gelenktherapie, Apitherapie, Laufbandtraining, biodynamischen Korrektur zu und Rhythmusübungen erhalten. Nach dem Behandlungszeitraum von zwei Wochen habe sich der allgemeine Zustand verbessert. Wegen der Durchführung dieser Maßnahmen entstanden der Klägerin folgende Kosten (Rechnungen der IKCP AG vom 10. August, 14. August und 22. September 2001):

Behandlung 2.495,10 EUR Zusatztherapie 598,21 EUR Unterkunft/Verpflegung 629,91 EUR Flug 894,76 EUR Hin- und Rückfahrt mit PKW 156,00 EUR zum Flughafen Frankfurt am Main insgesamt 4.773,98 EUR

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 04. Oktober 2001 zurück. Er verwies auf das Urteil des BSG vom 16. Juni 1999 sowie das Gutachten des Arztes N ...

Deswegen hat die Klägerin am 02. November 2001 Klage beim Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie ausgeführt, wegen der vorliegenden spastischen Zerebralaparese befinde sie sich in verschiedenen Behandlungen zur Besserung der Motorik. Unter anderem werde auch eine Hippotherapie angewandt. Zur Verbesserung der Behandlung habe sie sich im Jahre 2001 zweimal im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - in T. in der Ukraine befunden. Prof. Dr. Kozijavkin habe eine umfassende Therapie angewandt. Dabei seien neurophysiologische Therapien nach Dr. K., Reflexotherapie, Ganzkörpermassagen, Akupressur, Krankengymnastik, Gelenktherapie, Apitherapie, Laufbandtraining, ein biodynamischer Korrekturanzug und Rhythmusübungen zum Einsatz gekommen. Diese Behandlungen hätten zu einer erheblichen Verbesserung des motorischen Leistungsbilds geführt. Sie sei nach der Therapie in der Lage gewesen, sich vollständig in den Stand hochzuziehen und an einer Hand zu laufen. Auch sei die Muskulatur deutlich gelockert gewesen. Auch nach der weiteren Therapie im September 2001 habe sich erneut eine erhebliche Verbesserung eingestellt. Die Krankenkasse könne nach § 18 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) die Kosten für eine Auslandsbehandlung übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich sei. Die Behandlung durch Dr. K. genüge dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Innerhalb der Bundesrepublik Deutschland sei eine entsprechende Behandlung nicht möglich. Die Behandlungsmethode werde mittlerweile auch im Inland befürwortet. Zwar bestehe die Möglichkeit der Behandlungen nach Vojta und Bobath. Diese führten jedoch zu keinen vergleichbaren Ergebnissen. Auch sei die Beklagte als Krankenkasse nach Inkrafttreten des Neunten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) verstärkt gehalten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch im Ausland zu erbringen ... Die Klägerin hat vorgelegt die Befundberichte des Instituts für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - vom 12. März und 13. September 2001, den Kurzbericht der Praxisgemeinschaft O., M., O. (ohne Datum) sowie den Befundbericht des Dr. S. vom 20. Juli 2001.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat an ihrer ablehnenden Auffassung festgehalten.

Das SG hat die Klage durch Gerichtsbescheid vom 02. Januar 2002 abgewiesen. Der Behandlungsanspruch der Klägerin ruhe während des Auslandsaufenthalts. Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet, ausnahmsweise die Kosten der Behandlung in der Ukraine zu übernehmen. Die von Dr. K. angebotene Behandlung entspreche nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Sie werde nicht von einer großen Mehrheit der einschlägig informierten Fachleute - Ärzte und Wissenschaftler - befürwortet. Zwar gebe es vereinzelte Befürworter, dies reiche jedoch nicht aus, um der Behandlungsmethode die wissenschaftliche Anerkennung zuzuerkennen. Die Klägerin habe sich auch erstmals nach Beginn der Behandlung durch Dr. K. an die Beklagte gewandt. Der erzielte Behandlungserfolg rechtfertige keine abweichende Entscheidung.

Hiergegen richtet sich die am 30. Januar 2002 eingelegte Berufung der Klägerin. Im Hinblick auf bei anderen Landesozialgerichten anhängige Verfahren ist auf die übereinstimmenden Anträge der Beteiligten das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden (Beschluss vom 20. Februar 2002). Die Klägerin hat am 25. November 2005 das ruhende Verfahren wieder angerufen. Sie hat die ihr entstandenen Kosten beziffert und zur Begründung sich im Wesentlichen auf ihr bisherigen Vorbringen bezogen. Des Weiteren hat sie geltend gemacht, die Anträge auf Übernahme der Kosten seien jeweils vor Beginn der Anmeldungen zu den Behandlungen bei der Beklagten zur Genehmigung eingereicht und jeweils mündlich durch den Sachbearbeiter abgelehnt worden.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 02. Januar 2002 und den Bescheid der Beklagten vom 01. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04. Oktober 2001 aufzuheben und die Beklagte zur Zahlung von EUR 8.878,81 nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit 01. Oktober 2001 zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, die Behandlung durch Dr. K. entspreche nicht dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Ihrem Schreiben vom 04. April 2001 seien mehrere Telefonate zwischen der Mutter der Klägerin und dem Leiter des

zuständigen Kundencenters vorausgegangen, deren Anzahl und Daten nicht protokolliert worden seien. Die Klägerin habe sich in stationären Behandlungen vom 23. September bis 14. Oktober 1998 (Mutter-Kind-Kur) sowie vom 15. November bis 13. Dezember 2000 (stationäre Rehabilitation) befunden.

Der Berichterstatter des Senats hat Auskünfte der Dr. Sch., Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums E. und Schriftführerin der Gesellschaft für Neuropädiatrie vom 04. September 2007, des Prof. Dr. K., Vereinigung für Kinderorthopädie und Direktor der Orthopädischen Klinik des Universitätsklinikums D., vom 05. Oktober 2007 sowie des Arztes für Kinderheilkunde/Schwerpunkt Neuropädiatrie Dr. Kre., Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren und Chefarzt des Sozialpädiatrischen Zentrums Dr., vom 12. November 2007 eingeholt. Auf die Auskünfte wird verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten, die Akten des SG sowie die Akten des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 01. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04. Oktober 2001 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr im Zusammenhang mit den Behandlungen in den Zeiträumen vom 27. Februar bis 13. März 2001 und vom 31. August bis 14. September 2001 im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - des Dr. K. in T./Ukraine in Höhe von insgesamt EUR 8.878,18 entstanden sind.

Zu entscheiden ist im vorliegenden Berufungsverfahren nur über die Kosten der beiden zuvor genannten Behandlungszyklen. Die Kosten, die für den weiteren Behandlungszyklus im Juni 2002 entstanden sind, hat die Klägerin im vorliegenden Verfahren nicht geltend gemacht.

Anspruchsgrundlage für die Erstattung der Kosten einer selbst beschafften Behandlung ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. z.B. BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#) m.w.N., ständige Rechtsprechung). Maßgeblich ist insoweit die Sach- und Rechtslage für den Zeitraum, für welche die Erstattung bzw. Freistellung von Kosten begehrt wird (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#)).

1. Der Erstattung der Kosten, die durch die Behandlungen im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - entstanden, steht entgegen, dass die Klägerin der Beklagten zuvor keine Möglichkeit zur Prüfung der Übernahme der Kosten gegeben hatte.

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des BSG aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (z.B. [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#); Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (zum Ganzen: BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -, ständige Rechtsprechung). Eine bescheidmäßige Entscheidung der Beklagten zu der Übernahme der Kosten der Behandlung im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - erfolgte erstmals mit dem von der Klägerin angegriffenen Bescheid vom 01. August 2001. Zu diesem Zeitpunkt war der erste Behandlungszyklus, der vom 27. Februar bis 13. März 2001 dauerte, bereits durchgeführt. Dasselbe gilt auch dann, wenn man in dem Schreiben der Beklagten vom 04. April 2001 bereits einen (ablehnenden) Bescheid sehen wollte. Frühere Ablehnungen der Kostenübernahme vermag der Senat nicht festzustellen. Es mag zwar sein, dass die Mutter der Klägerin sich wegen der Kostenübernahme an das zuständige Kundencenter der Beklagten wandte. Wann dies allerdings war, können weder die Klägerin noch die Beklagte angeben. Dies müsste spätestens vor dem 19. Dezember 2000 gewesen sein. Denn unter diesem Datum erfolgte die Anmeldebestätigung der IKCP AG für den ersten Behandlungszyklus vom 27. Februar bis 13. März 2001. Da der Inhalt der behaupteten Gespräche nicht feststellbar ist, vermag der Senat auch nicht festzustellen, dass bei diesen Gesprächen der Beklagten die Möglichkeit gegeben wurde, zu prüfen, ob die begehrte Behandlung zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Dies ist insbesondere bei Leistungen, die wie im vorliegenden Fall im Ausland erbracht werden sollen, notwendig. Denn die Krankenkassen haben nach [§ 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist ([§ 18 SGB V](#)). Eine Prüfung durch den MDK erfolgte vor Juli 2001 nicht.

Sollte sich die Mutter der Klägerin erst nach dem 19. Dezember 2000 an die Beklagte gewandt haben, scheitert die Erstattung der entstandenen Kosten daran, dass die Klägerin auf die Behandlung festgelegt war und die nachträglich getroffene Entscheidung der Krankenkasse nicht mehr geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. Denn mit dem Erhalt der Anmeldebestätigung der IKCP AG vom 19. Dezember 2000 stand für die Klägerin fest, dass sie die Behandlung im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. - durchführen wird. War mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung das weitere Vorgehen bereits endgültig festgelegt, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt (zum Ganzen BSG [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)).

Aus diesem Grund scheitert auch die Erstattung der Kosten für den zweiten Behandlungszyklus vom 31. August bis 14. September 2001 im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. -. Insoweit sprach die Mutter der Klägerin zwar vor Beginn der Behandlung am 01. August 2001 bei dem zuständigen Kundencenter der Beklagten wegen der Übernahme der Kosten vor. Zu diesem Zeitpunkt lag aber bereits die Anmeldebestätigung der IKCP AG vom 18. Juni 2001 vor, sodass die Klägerin auf die Durchführung auch des zweiten Behandlungszyklusses festgelegt war.

2. Der Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung scheitert auch daran, dass ein Sachleistungsanspruch auf die von Dr. K. im Institut für Medizinische Rehabilitation - Rehabilitationszentrum L. durchgeführten Behandlungen nicht besteht.

2.1. Zwar hat die Klägerin wegen der bei ihr vorliegenden spastischen Zerebralparese gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung. Der Anspruch auf Krankenbehandlung besteht, wenn Krankenbehandlung notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Er umfasst nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) unter anderem die ärztliche Behandlung (Nr. 1), die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (Nr. 3) sowie auch die Krankenhausbehandlung (Nr. 5). Der Anspruch der Klägerin hat allerdings während ihres Aufenthalts im Behandlungszentrum des Dr. K. in der Ukraine geruht. Nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ruht der Anspruch auf Leistungen, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist. Eine solche abweichende Bestimmung fehlt. Ebenso ergibt sich ein Anspruch nicht aus zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Ukraine, da ein solches nicht besteht.

2.2. Eine Kostenübernahme durch die Beklagte kommt auch nicht ausnahmsweise nach [§ 18 SGB V](#) in Betracht. Da eine Kostenerstattung für Behandlungen im Jahre 2001 geltend gemacht wird, ist insoweit maßgeblich die in diesem Jahr geltende Fassung. Nach [§ 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich. In diesem Fall kann die Krankenkasse nach [§ 18 Abs. 2 SGB V](#) auch weitere Kosten für den Versicherten oder eine erforderliche Begleitperson voll oder teilweise übernehmen. Als weitere Kosten kommen in Betracht Kosten des Gepäcktransports, der Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson oder Flug- und Transportkosten (Begründung zum Entwurf des Gesundheits-Reformgesetzes - GRG -, [Bundestags-Drucksache 11/2237, Seite 166](#) zu § 18 Abs. 2).

Die Krankenbehandlung durch Dr. K. entspricht nicht dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse. Nach der Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, kommt es entscheidend darauf an, dass die Leistung im Ausland den Kriterien des in [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) geregelten Wissenschaftlichkeitsgebots entspricht. Das ist der Fall, wenn die große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) die Behandlungsmethode befürwortet und, von einzelnen nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Dies setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode, die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu würdigen ist, zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich in wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein (BSG [SozR 3-2500 § 18 Nr. 4](#) und Nr. 6; [SozR 4-2500 § 18 Nr. 5](#), mit weiteren Nachweisen).

Bereits das BSG hat im Urteil vom 13. Dezember 2005 ([SozR 4-2500 § 18 Nr. 5](#)) dargelegt, dass eine überwiegende Akzeptanz in Fachkreisen sich nicht herleiten lässt. Hierin sieht sich der Senat durch die von ihm vorgenommenen Ermittlungen bestätigt. Der Senat entnimmt den im Berufungsverfahren eingeholten Auskünften verschiedener Fachgesellschaften, nämlich den Stellungnahmen der Dr. Sc., Gesellschaft für Neuropädiatrie, vom 04. September 2007, des Prof. Dr. K., Vereinigung für Kinderorthopädie, vom 05. Oktober und des Dr. Kre., Bundesarbeitsgemeinschaft für Sozialpädiatrischer Zentren, vom 12. November 2007, dass sich die Behandlungsmethode des Dr. K. im Hinblick auf ihre Wissenschaftlichkeit innerhalb der einschlägigen Fachkreise im Jahre 2001 nicht in so erheblichem Umfang durchgesetzt hatte und sich auch später bis heute nicht in so erheblichem Umfang durchgesetzt hat, dass davon ausgegangen werden kann, sie entspreche dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Die einzelnen Bestandteile der Therapie, die aus einem Komplex verschiedener Maßnahmen, wie manueller Therapie, Krankengymnastik und Massage, Akupressur, Elektrostimulation und Elektrophysiotherapie sowie Wärmebehandlung mit Bienenwachs und Bienenstichen besteht, bezieht zuzüglich zur klassischen Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage manualtherapeutische Ansätze in die Behandlung ein. Die Behandlungsmethode des Dr. K., die bekannte Behandlungsmaßnahmen aufgreift, hat zwar Eingang in die Praxis und die wissenschaftliche Diskussion der mit der Behandlung der spastischen Zerebralparese bei Kindern befassten ärztlichen und wissenschaftlichen Fachkreise gefunden. Diese Behandlungsmethode hat sich innerhalb dieser Fachkreise jedoch nicht derartig durchgesetzt, dass lediglich einzelne nicht weiter ins Gewicht fallende Gegenstimmen die Methode ablehnen. Im Gegenteil überwiegt die kritische Grundeinstellung zur Behandlung mit dieser Methode und war und ist in keiner der maßgeblichen Facharztgruppen unumstritten. Innerhalb der Fachgesellschaft der Neuropädiatrie hat die Methode Eingang in die wissenschaftliche Diskussion und die praktische Behandlung in Deutschland und Europa gefunden. Sie wird aber von den Ärzten für Kinderheilkunde nicht überwiegend positiv bewertet. Es gibt Gegenstimmen, die der Methode kritisch gegenüberstehen. Auch unter den Kinderorthopäden war und ist die Methode populär, aber umstritten. Es lagen und liegen bisher in der Fachliteratur keine Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien vor, die den positiven Effekt der Methode unterstützen. Die von Dr. K. selbst mitgeteilten Ergebnisse sind nie in einem "Peer Reviewed Journal" veröffentlicht worden. Obgleich bereits mehrere tausend Kinder mit spastischen Bewegungsstörungen behandelt wurden, wurden die Ergebnisse jedoch niemals in einer wissenschaftlichen Studie nach international allgemein anerkannten Standards qualitativ überprüft, weshalb die Methode überwiegend kritisch bewertet wird ... Die einzelnen Bestandteile der Therapie werden - mit Ausnahme der Bienenwachs/Bienenstichtherapie - auch in Deutschland durchgeführt. Auch finden sich in Deutschland einzelne Zentren, in denen manuelle Therapie bei Kindern mit infantiler Zerebralparese erbracht wird. Auch unter den Sozialpädiatern, die sich intensiv mit der Behandlung der kindlichen Zerebralparese beschäftigen, ist die Methode bekannt. In den Behandlungsleitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften wird auch auf die Manualtherapie hingewiesen, die Behandlungsmethode des Dr. K. aber nicht explizit als besondere Form extra benannt. Die manuelle Behandlungsmethode wird als Ergänzung zur Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage gesehen. Als alleinige Behandlung wird sie der komplexen Problematik der Zerebralparese nach Einschätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren nicht gerecht. Trotz der in der Öffentlichkeit bereits ausgetragenen Diskussion hat sich die Methode nach Dr. K. in der fachärztlichen Praxis vorerst nicht durchsetzen können.

2.3. Schließlich kann die Klägerin einen Leistungsanspruch auch nicht auf den Beschluss des BVerfG vom 06. Dezember 2005 und die dazu ergangene Rechtsprechung des BSG (vgl. zuletzt Urteile vom 27. März 2007 - [B 1 KR 17/06 R](#) - und - [B 1 KR 30/06 R](#) -) stützen. Der Senat vermag nicht festzustellen, dass eine notstandsähnliche Situation vorliegt, wegen der ein akuter Behandlungsbedarf mittels der streitigen Methode im Zeitpunkt der Behandlungen im Jahre 2001 bestanden hat. Eine derartige notstandsähnliche Situation ist nur dann gegeben, wenn sich ohne die streitige Behandlung ein tödlicher Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird oder ein akuter und nicht kompensierbarer Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion droht (vgl. BSG, Urteil vom 27. März 2007 - [B 1 KR 17/06 R](#) -). Ein solcher ausnahmsweise bestehender akuter Behandlungsbedarf, den die Klägerin auch nicht konkret geltend gemacht hat, ergibt sich aus den Befundberichten des Dr. K. vom 12. März und vom 13. September 2001, dem Kurzbericht der Praxisgemeinschaft für Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik O., M. und O. (ohne Datum, Eingang bei der Beklagten 13. August 2001) und dem Befundbericht des Dr. S. vom 20. Juli 2001 gerade nicht.

Die Beklagte ist deshalb nicht verpflichtet, im Rahmen des ihr nach [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) zustehenden Ermessen zu prüfen, ob und in welchem Umfang sie Kosten erstattet, die der Klägerin anlässlich der beiden Behandlungszügen in der Ukraine entstanden.

Die Berufung war zurückzuweisen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-02-15