

L 4 KR 4256/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 4 KR 7052/12

Datum

03.09.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 4256/15

Datum

10.02.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Versicherte haben keinen Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine in der Türkei stationär durchgeführte autologe Chondrozytenimplantation an einem Hüftgelenk.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 3. September 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung der Kosten für eine in der Türkei stationär durchgeführte autologe Chondrozytenimplantation (ACI).

Bei dem am 1995 geborenen, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Kläger besteht eine Hüftkopfnekrose Stadium IV links. Aufgrund einer Vorstellung am 3. April 2012 zur Verlaufskontrolle diagnostizierte Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik des Pädiatrischen Zentrums des Klinikums S. (Arztbrief vom 19. April 2012), eine Hüftkopfnekrose Stadium IV links, Zustand nach (Z.n.) Hüftarthroskopie, Débridement Hüftkopfnorpel und ventrales Labrum am 22. Februar 2012, eine Beinlängendifferenz zu Ungunsten der rechten Seite von 1 cm und eine Kyphoskoliose. Der Kläger gab bei dieser Vorstellung an, bezüglich der Hüfte keine weiteren Probleme zu haben.

Unter Vorlage u.a. eines Schreibens von Prof. Dr. N., Trakya University School of Medicine, E., Türkei, vom 6. Juli 2012 stellte der Kläger bei der Beklagten Antrag auf Kostenübernahme für eine matrixassoziierte ACI an der Hüfte, bei welcher eine Implantation von Knorpelzellen mittels eines Hyaloronsflüssigkeit Hyalograft C erfolgen sollte. Die Kosten für die auf einer Trägermatrix zu züchtenden Chondrozytenkulturen beliefen sich voraussichtlich auf ca. EUR 9.600,00 und für zwei nötige Operationen auf EUR 4.500,00.

Auf eine Anfrage der Beklagten vom 12. Juli 2012 erstattete Dr. S., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), am 23. Juli 2012 ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage. Bei der ACI würden bei einer ersten Operation Knorpelzellen aus einem wenig belasteten Gelenksanteil des Gelenkknorpels Knorpelzellen entnommen, auf einer Trägermatrix vermehrt und diese dann mit den kultivierten Zellen durch einen zweiten Eingriff in die Knorpeldefektzone implantiert. Diese Methode sei für die Anwendung am Hüftgelenk in Deutschland als Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugelassen. Aussagekräftige Studien zu Wirksamkeit und Nutzen der Methode lägen nicht vor. Eine kausale Therapie zum Wiederaufbau des Hüftkopfes gebe es nicht; die Therapie sei nur rein symptomatisch möglich. Durchgeführt werden könnten physikalische Maßnahmen, bei Schmerzen medikamentöse Schmerztherapie. Es sei davon auszugehen, dass im weiteren Verlauf die Implantation einer Hüft-Totalendoprothese (HTEP) oder eine Versteifung des Hüftgelenkes erforderlich würden. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit Erkrankung liege nicht vor. Die Kostenübernahme könne nicht empfohlen werden.

Aufgrund dieses Gutachtens teilte die Mitarbeiterin U. der Beklagten (im Folgenden U) der Mutter des Klägers am 23. Juli 2012 telefonisch mit, dass die Kostenübernahme für die in der Türkei durchzuführende ACI abgelehnt werde. Diese wandte in diesem Gespräch ein, der Mitarbeiter der Beklagten S. (im Folgenden S) habe ihr eine Kostenübernahme bereits telefonisch zugesichert, da diese Behandlung in Deutschland nicht durchgeführt werden könne. Auf Rückfrage verneinte S eine solche Zusicherung (von U gefertigter Aktenvermerk vom 23. Juli 2012).

Mit schriftlichem Bescheid vom 24. Juli 2012 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab, da die beantragte Methode für die Anwendung

am Hüftgelenk in Deutschland als Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugelassen sei. Zur Begründung des dagegen (sinngemäß) eingelegten Widerspruches verwies der Kläger auf ein Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 27. September 2001 ([S 4 KR 170/98](#)). Dieses sei zwar zur Chondrozytenimplantation am Kniegelenk ergangen. Zwischenzeitlich sei die Wissenschaft aber so weit, dass auch Hüftgelenke entsprechend behandelt werden könnten.

Am 13. August 2012 erfolgte beim Kläger eine arthroskopische Biopsie, am 25. September 2012 die Chondrozytenimplantation. Beide Eingriffe wurden stationär in der genannten türkischen Klinik vorgenommen. Die hierfür gestellten Rechnungen wurden vom Kläger seiner Behauptung nach beglichen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21. November 2012, dem Kläger zugestellt am 24. November 2012, wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch gegen den Bescheid vom 24. Juli 2012 als unbegründet zurück. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hätten bereits 1998 beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) die Überprüfung der ACI beantragt. Im Ergebnis sei festgestellt worden, dass es sich bei dieser um ein neues, noch unzureichend belegtes und unzureichend standardisiertes Verfahren handle, um akute und chronische Knorpelschäden zu therapieren. Dieses Verfahren sei deshalb als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Erneute Überprüfungen mit demselben Ergebnis seien im April 2006 und März 2012 erfolgt. Unabhängig von der Beurteilung des Nutzens sollte die ACI aufgrund der Art und des Umfangs des operativen Eingriffs ausschließlich im Rahmen von Studien unter stationären Bedingungen erfolgen. Eine Kostenübernahme bei einer Behandlung in Deutschland scheide danach aus, da der GBA diese Behandlungsmethode nicht als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt habe. Die Kriterien einer Kostenübernahme ohne positive Bewertung durch den GBA aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) und des Bundessozialgerichts (BSG) seien nicht erfüllt, da für die Behandlung eine dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechende Therapie gegeben sei, es sich nicht um eine seltene Krankheit handle und keine lebensbedrohenden notstandsähnliche Situation vorliege. Unabhängig davon scheide eine Leistungsmöglichkeit bereits deshalb aus, weil die geplante Behandlung außerhalb der Europäischen Gemeinschaft durchgeführt werden solle und deshalb kein Rechtsanspruch auf eine Genehmigung bzw. Kostenübernahme bestehe. Eine Ausnahme nach [§ 18 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) liege nicht vor, da es sich bei der begehrten Leistung um keine anerkannte Behandlungsmethode handle und anerkannte Behandlungsmethoden zur Verfügung stünden. Bei Aufenthalt im Ausland ruhe der Leistungsanspruch. Das zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei bestehende Abkommen über soziale Sicherheit (vom 13. September 1965, BGBl. II S. 1170 [SVA]) sehe vor, dass sich der Leistungsanspruch im Krankheitsfalle auf sofort notwendige Leistungen beschränke und diese nach türkischem Recht zur Verfügung gestellt würden, was beim Kläger nicht der Fall sei.

Am 24. Dezember 2012 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) und begehrte in der mündlichen Verhandlung des SG, ihm Kosten in Höhe von EUR 15.000,00 für die durchgeführte ACI zu erstatten. Er führte zur Begründung aus, aufgrund der Knorpelschäden im Hüftgelenk habe er große Schmerzen gelitten; jegliche Fortbewegung habe ihm Beschwerden bereitet. Nach Angaben seiner Ärzte komme zur Behandlung seiner Beschwerden nur ein neues Hüftgelenk in Betracht. Gleichzeitig hätten sie aufgrund seines jugendlichen Alters davon abgeraten. Eine solche Behandlung lasse sich im Leben nur einmal wiederholen und könne höchstens 20 Jahre eine Besserung bringen. Die mittlerweile durchgeführte Behandlung habe ein hervorragendes Ergebnis erzielt. Vor Durchführung der Operationen habe er Zweitmeinungen seines Hausarztes Dr. K. und des behandelnden Orthopäden Dr. T. eingeholt. Weder diese noch die Ärzte des Klinikums S. hätten auf eine Knorpelimplantation hingewiesen; als Behandlungsmöglichkeit sei lediglich ein künstliches Hüftgelenk genannt worden. Die ACI sei vom GBA bislang nicht endgültig negativ bewertet worden; die Entscheidung sei bis zum 30. Juni 2014 ausgesetzt. Mit einer positiven Entscheidung sei jedoch zu rechnen, da die gleiche Methode zur Behandlung von Knorpelschäden im Kniegelenk häufig und auch zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werde. Entgegen der Auffassung der Beklagten lägen die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung ohne positive Bewertung des GBA vor. Sicherlich führe ein versteiftes Hüftgelenk nicht unmittelbar zum Tode. Die entsprechenden Einschränkungen für einen jungen Menschen verbunden mit den entsprechenden Schmerzen führten jedoch zu einer psychischen Belastung, die mit Suizidgefahr einhergingen. Dass das festgestellte Krankheitsbild schwierig zu erforschen sei, ergebe sich schon daraus, dass der GBA seine Entscheidung um Jahre ausgesetzt habe. Eine alternative Behandlung der Knorpelschäden stehe ebenfalls nicht zur Verfügung. Künstliche Hüftgelenke stellten bei Jugendlichen keine Behandlungsalternative dar. Das erforderliche Mindestmaß an Qualität der Behandlung sei eingehalten, andernfalls würden sich nicht inländische Universitätskliniken wie die Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm (RKU) nicht damit befassen. Vorgelegt wurden ein Auszug aus dem Internetauftritt des RKU über gelenkerhaltende Hüftchirurgie, zwei Schreiben von Prof. Dr. H. über die durchgeführte ACI und Kontrollvorstellungen, Rechnungen über Behandlungsleistungen in der Türkei in Höhe von insgesamt Türkische Lira (TL) 28.377,12, elektronische Tickets über die Hin- und Rückflüge in die Türkei für ihn und seine Eltern von insgesamt EUR 2.538,39, ein Arztbrief von Prof. Dr. W. vom 4. August 2011 und ein Auszug der Dezemberausgabe 2012 der Pharmazeutischen Zeitung online über die ACI.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage eines sozialmedizinischen Gutachtens von Dr. S. vom 9. Dezember 2013 entgegen. Dieser führte aus, die ACI sei durch den GBA für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ausdrücklich sowie im stationären Bereich für Finger-, Schulter-, Großzehengrund- und Sprunggelenke ausgeschlossen. Bis zum 30. Juni 2014 ausgesetzt sei das Verfahren bezüglich der kolagen- und periostgedeckten ACI am Kniegelenk sowie der matrixassoziierten ACI am Kniegelenk. Die ACI am Kniegelenk werde in Deutschland in mehreren Kliniken unter stationären Bedingungen angewendet. Eine ACI am Hüftgelenk werde nach einer Internetrecherche von einzelnen Praxiskliniken in Deutschland privatärztlich angeboten. Die Universität Mannheim habe als einziges Krankenhaus identifiziert werden können, das ACI am Hüftgelenk durchgeführt habe. Bei fortgeschrittener Hüftkopfnekrose wie beim Kläger seien gelenkerhaltende Operationen erforderlich. In begrenztem Umfang könne der Knochen nach stimulierenden Eingriffen oder durch Osteosynthese wieder regenerieren. In schweren Fällen bestehe die Behandlung abhängig von der Lokalisation z.B. in einer Aufrichtoperation mit Steilerstellung des Schenkelhalses und dadurch bewirkter Verlagerung der Belastungszone oder in der Implantation einer Hüftkopfendoprothese oder eines künstlichen Hüftgelenks. In der Leitlinien-Datenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sei zur Osteonekrose bzw. zur Hüftkopfnekrose keine Leitlinie hinterlegt. In einer Pubmed- Recherche hätten sich zur ACI an der Hüfte 18 Treffer ergeben. Der größte Teil der Arbeiten befasse sich mit rein experimentellen Ansätzen und nicht mit der Anwendung der Methode an Patienten. Eine einzige publizierte Arbeit (Fontana et al. vom März 2012) sei eine retrospektiv vergleichende Studie mit 30 Patienten, die eine posttraumatische Schädigung des Gelenkknorpels der Hüftpfanne gehabt hätten. Als Ergebnis sei vermerkt, dass die Patienten mit autologer Knorpelzelltransplantation (ACT) sich wesentlich ausgeprägter gebessert hätten als nach alleinigem Débridement. Beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2012 sei ein Meeting Abstract über eine Fallserie mit fünf Patienten veröffentlicht worden. In der Fragestellung sei wiedergegeben worden, dass bisher keine Publikationen zu einer arthroskopischen rein autologen, dreidimensionalen Chondrozytentransplantation (ACT3D) am Hüftgelenk vorlägen. Vier der Patienten hätten Defekte am

Acetabulum (Hüftgelenkspfanne), einer am Femurkopf gehabt. In 19 dieser erfassten 20 Fälle habe die Schädigung nicht im Hüftkopfes, sondern in der Hüftgelenkspfanne bestanden. Keiner der Patienten hätte – wie der Kläger – eine Hüftkopfnekrose gehabt. Bei einem Defekt in der Hüftpfanne würden die angezüchteten Knorpelzellen als Suspension in einen Krater in der Hüftpfanne verfüllt und durch die Kugeloberfläche des intakten Hüftkopfes in diese Vertiefung hineingepresst (publizierte experimentelle Anwendung). Beim Kläger sei die Oberfläche des Hüftkopfes nicht mehr abgerundet, sondern verformt, so dass die Knorpelzellen auf dieser konvexen Fläche nicht fixiert werden könnten. Aus den veröffentlichten Daten zur ACI am Hüftgelenk sei eine Wirksamkeit der Methode somit nicht abzuleiten. Die Indikation beim Kläger entspreche nicht der publizierten Erprobungssituation. Selbst für theoretisch geeignete Konstellationen am Hüftgelenk gebe es keine hochwertigen, randomisiert kontrollierte Studien. Die Methode werde bisher nur von wenigen Ärzten angeboten. Sie entspreche nicht dem aktuell allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Eine Kostenübernahme für die bereits durchgeführten Operationen werde daher nicht empfohlen.

Mit Urteil vom 3. September 2015 wies das SG die Klage ab. Der Kläger könne seinen Anspruch nicht auf die Vorschriften des SVA stützen, da er weder seinen Aufenthalt in die Türkei verlegt, noch nach Eintritt des Versicherungsfalles während des Aufenthalts in der Türkei die Leistungen sofort benötigt oder sich zur Arbeitsaufnahme in die Türkei begeben habe (Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 4a SVA). Auch Art. 15 Abs. 3 SVA begründe keinen Leistungsanspruch, da weder eine besondere Dringlichkeit noch eine Zustimmung der Beklagten zur Erbringung der Sachleistung vorgelegen habe. Der Anspruch auf Krankenbehandlung aus [§ 27 SGB V](#) habe für die Dauer des Auslandsaufenthaltes nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) geruht. Die Voraussetzungen der Ausnahmenvorschrift des [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) seien nicht erfüllt. Es sei schon fraglich, ob – wie dort vorgesehen – die durchgeführte Behandlung tatsächlich nur außerhalb des Geltungsbereiches des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft möglich gewesen sei. Die Behandlung entspreche jedenfalls nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Hierfür müsse sich der Erfolg der Behandlungsmethode aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methoden ablesen lassen. Die Therapie müsse in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sei. Dies sei bei der ACI am Hüftgelenk gerade nicht der Fall. Lediglich die Universitätsklinik Mannheim habe Einzelfallstudien durchgeführt. Auch in der wenigen vorhandenen Literatur werde die Behandlung kritisch gesehen. So sei noch keine geeigneten Indikatoren erarbeitet (Verweis auf Niemeyer et. al., Stellenwert der autologen Chondrozytentransplantation in der Behandlung von Knorpelschäden des Kniegelenks – Empfehlung der AG Klinische Gewebe Regeneration der DOGU, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013, 38,44) bzw. sei aufgrund der speziellen Anatomie des Hüftgelenks noch eine große operative Erfahrung erforderlich (Verweis auf Möckel, Labs, Arthroskopische Therapie von Knorpelschäden am Hüftgelenk, Arthroskopie 2014, 1, 3). Auch der Beschluss des BVerfG vom 6. Dezember 2015 ([1 BvR 347/98](#) – juris) begründe keinen Anspruch, da beim Kläger keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliege. Darüber hinaus bestehe mit Analgetikabehandlung, Physiotherapie und einer HTEP eine anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung.

Gegen dieses ihm am 9. September 2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 9. Oktober 2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung über sein bisheriges Vorbringen hinaus ausgeführt, die Voraussetzungen des § 15 Abs. 3 SVA hätten vorgelegen. Vor Durchführung der Operation sei diese nach Vorlage eines Kostenvoranschlages von der zuständigen Sachbearbeiterin der Beklagten mündlich genehmigt worden. Dies hätten die Eltern in der mündlichen Verhandlung vor dem SG bezeugen wollen, seien aber nicht gehört worden. Vorab habe es Gespräche mit S gegeben, der um einen ausführlichen Bericht über die vorgesehene Operation und einen Kostenvoranschlag gebeten habe. Diese Unterlagen seien wohl um den 16. Juli 2012 an Beklagte übersandt worden. Etwa Ende Juli oder Anfang August 2012 habe S bei seiner Schwägerin angerufen und mitgeteilt, die Unterlagen geprüft zu haben. Da es in Deutschland keine Möglichkeit gebe, eine Operation durchzuführen, und es keine Alternativtherapien gebe, könne er sich in der Türkei operieren lassen; die Beklagte werde die Kosten dafür übernehmen. Eine Dringlichkeit sei gegeben gewesen, da sich sein Gesundheitszustand auch bei Physiotherapie oder Analgetikabehandlung rapide verschlechtert hätte. Das SG hätte zur Frage, ob Analgetikabehandlung oder Physiotherapie ausgereicht hätten, ein Gutachten einholen müssen. Tatsächlich sei die einzige Alternative eine HTEP, für die er wegen der begrenzten Erneuerungsmöglichkeit noch zu jung sei. Die Ausnahmeregelung des [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) greife ein, da er in der Europäischen Union (EU) nicht hätte behandelt werden können. Die Behandlungsmethode sei international anerkannt. Der positive Beschluss des GBA über die ACI am Kniegelenk könne auf die Behandlung am Hüftgelenk ausgedehnt werden. Die angewandte Behandlungsmethode sei die gleiche, auf das Gelenk komme es nicht an.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 3. September 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 24. Juli 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2012 zu verurteilen, ihm EUR 15.000,00 für die im August und September 2012 durchgeführte autologe Chondrozytenimplantation zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Ergänzend hat sie ausgeführt, die beantragte Leistung sei bereits am 23. Juli 2012 telefonisch und am 24. Juli 2012 schriftlich abgelehnt worden. Zum Zeitpunkt der Behandlung sei für den Kläger also klar gewesen, dass keine Genehmigung vorliege.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Verfahrensakten des Senat und des SG verwiesen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung des Klägers ist zulässig. Sie ist gemäß [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt. Die Berufung bedurfte gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) auch nicht der Zulassung, denn der Kläger begehrt Erstattung von Kosten in Höhe von EUR 15.000,00.

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren des Klägers auf Erstattung der Kosten für die am linken Hüftgelenk in zwei stationären Operationen im August und September 2012 durchgeführte ACI in Gesamthöhe von EUR 15.000,00. Streitbefangen ist damit der Bescheid vom 24. Juli 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2012, mit dem die Beklagte diese Behandlungsmaßnahme als Sachleistung abgelehnt hatte.

3. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 24. Juli 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2012 ist rechtmäßig. Die Beklagte hat die Gewährung der ACI am Hüftgelenk in einem türkischen Krankenhaus als Sachleistung zu Recht abgelehnt; dem Kläger steht nach der Durchführung der stationären Behandlung kein Anspruch auf Erstattung der von ihm geltend gemachten Kosten zu.

a) Der Senat lässt dahingestellt, ob die Klage bereits unzulässig ist. Wird die Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Leistungen begehrt, ist der Erstattungsbetrag konkret zu beziffern. Es muss also grundsätzlich ein bestimmter (bezifferter) Zahlungsantrag gestellt und dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im Einzelnen zusammensetzt (BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 – [B 3 KR 18/03 R](#) – juris, Rn. 12). Ein auf Kostenerstattung gerichteter Antrag ist unzulässig, wenn er nicht beziffert, aber bezifferbar ist (BSG, Urteil vom 24. September 2002 – [B 3 P 15/01 R](#) – juris, Rn. 11).

Wie der Kläger zu dem geltend gemachten Betrag von EUR 15.000,00 gelangte, ist nicht erkennbar. Der Kläger legte zwar Rechnungen vor, die nach seiner Behauptung die in der Türkei durchgeführte ACI betreffen. Diese Rechnungen belegen den klageweise geltend gemachten Betrag von EUR 15.000,00 jedoch nicht. Nach seinem eigenen Vortrag (Schriftsatz vom 25. September 2013) beläuft sich die Gesamtsumme auf TL 28.177,12. Dies entspricht nach dem in diesem Schriftsatz angegebenen Wechselkurs von TL 2,68 zu EUR 1,00 einem Betrag von EUR 10.588,48.

Der Senat sieht davon ab, auf eine entsprechende Klarstellung hinzuwirken, weil die Klage unter keinem Gesichtspunkt begründet sein kann (dazu nachfolgend), die Berufung mithin zurückzuweisen ist (vgl. BSG, Urteil vom 24. September 2002 – [B 3 P 15/01 R](#) – juris, Rn. 12).

b) Der Kläger konnte die Gewährung der Sachleistung nicht aufgrund der behaupteten telefonischen Zusage durch S beanspruchen.

aa) Die behauptete telefonische Zusage stellt keine wirksame Zusicherung auf Erlass eines die Sachleistung bewilligenden Verwaltungsaktes dar. Nach [§ 34 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bedarf eine von der zuständigen Behörde erteilte Zusage, einen bestimmten Verwaltungsakt später zu erlassen oder zu unterlassen (Zusicherung), zu ihrer Wirksamkeit der schriftlichen Form. Eine telefonische Zusage, wie vom Kläger behauptet, genügt der notwendigen Schriftform gerade nicht.

bb) Dass die behauptete telefonische Zusage bereits eine Bewilligung der begehrten Sachleistung enthielt, hat der Kläger nicht ausreichend substantiiert dargelegt. Zwar kann nach [§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) ein Verwaltungsakt grundsätzlich auch mündlich ergehen, wozu auch ein fernmündlicher Erlass zu rechnen ist (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2013 – [B 6 KA 27/12 R](#) – juris, Rn. 21; Bundesfinanzhof, Urteil vom 23. März 1976 – [VII R 67/73](#) – juris, Rn. 8; Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 28. Februar 1991 – [5 S 1222/90](#) – juris, Rn. 22). Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist ([§ 31 Satz 1 SGB X](#)). Im Hinblick auf die nötige Abgrenzung zur Zusicherung, für die gesetzlich die Schriftform angeordnet ist, bedarf es für die Annahme eines mündlichen Verwaltungsaktes eines eingehenden Vortrags, wer wann welche Erklärung abgegeben hat und dass diese mit dem Rechtsbindungswillen erfolgte, Rechtswirkungen zu begründen. Diesen Anforderungen genügt der Vortrag des Klägers nicht. Bereits der Zeitpunkt der Erklärung und die Person des Erklärenden werden unterschiedlich angegeben. In der Berufungsbegründung vom 20. Dezember 2015 ist angegeben worden, die "Genehmigung" sei durch "die zuständige Sachbearbeiterin" der Beklagten mündlich erfolgt, im Schriftsatz vom 29. Februar 2016 hingegen der zuständige Sachbearbeiter S. In diesem Schriftsatz wurde vorgetragen, die Genehmigung sei nach Vorlage eines Kostenvoranschlages und dessen Prüfung "Ende Juli oder Anfang August" 2012 telefonisch gegenüber der Schwägerin des Klägers erfolgt. Hingegen gab die Mutter des Klägers im Telefonat mit U am 23. Juli 2012 bereits zu diesem Zeitpunkt eine telefonische Zusage des S an. Dies ist dem von U gefertigten Aktenvermerk vom 23. Juli 2012 zu entnehmen. Erst am 23. Juli 2012 war jedoch die Überprüfung der vorgelegten Unterlagen abgeschlossen. Denn das Gutachten vom Dr. S. wurde erst am diesem Tag erstattet. Der in der Verwaltungsakte dokumentierte zeitliche Ablauf lässt für einen – mit Rechtsbindungswillen – erlassenen mündlichen Bewilligungsverwaltungsakt keinen Raum: Der MDK war nach Vorlage der Unterlagen durch den Kläger am 12. Juli 2012 mit der Erstellung eines Gutachten zur Übernahmefähigkeit der Behandlungsmaßnahme betraut worden. Das eine Kostenübernahme nicht befürwortende Gutachten wurde am 23. Juli 2012 erstattet. Noch am gleichen Tag erfolgte die telefonische Mitteilung der U, dass eine Kostenübernahme abgelehnt werde. Der schriftliche Ablehnungsbescheid folgte am nächsten Tag, dem 24. Juli 2012. Zu dem vom Kläger zuletzt behaupteten Termin, Ende Juli oder Anfang August 2012, lag mithin bereits sowohl die telefonische als auch die schriftliche Ablehnung der Kostenübernahme vor. Im Widerspruchsschreiben vom 10. August 2012 wird eine telefonische "Genehmigung" nicht genannt. Einer Erklärung ohne vorherige Prüfung der zu diesem Zweck vorgelegten Unterlagen kann aus der maßgeblichen Sicht eines objektiven Dritten kein Wille zur rechtlichen Bindung zugemessen werden. Unabhängig von diesen Widersprüchen in den Angaben selbst und vom dokumentieren Verfahrensablauf ist auch der Wortlaut der behaupteten Erklärung nicht ausreichend wiedergegeben, um die notwendige Abgrenzung zwischen einer verbindlichen Regelung, einer Zusicherung oder einer – noch unverbindlichen – Einschätzung der Rechtslage zu ermöglichen. Insgesamt fehlt es somit an einem ausreichend substantiierten Vortrag des Klägers. In der Verwaltungsakte der Beklagten ist eine Zusage, Genehmigung oder Bewilligung irgendeiner Art nicht dokumentiert. Zum Zeitpunkt des Beginns der Krankenhausbehandlungen für die ACI am 13. August und 25. September 2012 lag jedenfalls eine – auch bereits angefochtene – Ablehnungsentscheidung der Beklagten vor.

c) Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers ergibt sich nicht aus [§ 13 Abs. 4](#) oder 5 SGB V, da die Behandlung nicht, wie dort vorgesehen, durch einen Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz erfolgt ist. Die Behandlung wurde durch ein Krankenhaus in der Türkei vorgenommen, die weder Mitglied der EU noch des EWR ist.

d) Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers folgt nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Var. SGB V. Nach dieser Norm sind dem Versicherten die für eine von ihm selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine

unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Die Krankenhausbehandlungen in der Türkei im August und September 2012 waren nicht unaufschiebbar. Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischen oder anderen Gründen keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) – juris, Rn. 16; BSG, Urteil vom 8. September 2015 – [B 1 KR 14/14 R](#) – juris, Rn. 15 ff.). Die Fähigkeit der Krankenkasse, auch unaufschiebbare Leistungen rechtzeitig zu erbringen, bestimmt sich nach objektiven Kriterien. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung des Leistungsträgers vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden (BSG, Urteile vom 25. September 2000 – [B 1 KR 5/99 R](#) – juris, Rn. 16 und vom 2. November 2007 – [B 1 KR 14/07 R](#) – juris, Rn. 28). Die ACI mit den Krankenhausbehandlungen in der Türkei im August und September 2012 war planbar. Dies ergibt sich schon daraus, dass der Kläger diese bei der Beklagten mehrere Wochen vor deren tatsächlicher Durchführung beantragte.

e) Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers folgt nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Var. SGB V. Nach dieser Norm sind dem Versicherten die für eine von ihm selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn die Krankenkasse diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, soweit die Leistung notwendig war.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, dem Kläger die ACI am Hüftgelenk zu gewähren. Deshalb kann dieser auch nicht beanspruchen, dass ihm die Kosten, die durch die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind, von der Beklagten erstattet werden.

aa) Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#) i.V.m. [§ 28 SGB V](#)) und die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 39 SGB V](#)). Dieser Anspruch des Klägers ruhte aber für die Dauer seines Aufenthaltes in der Türkei.

(1) Nach [§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Die in [§ 16 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 4 SGB V](#) (Mutterschaftsgeld und Krankengeld) geregelten Ausnahmen sind vorliegend nicht einschlägig. Da sich der Kläger zur Zeit der hier im Streit stehenden Krankenhausbehandlungen in der Türkei und damit im Ausland befand, sind die Voraussetzungen des [§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Ruhen des Anspruches erfüllt.

(2) Dem Ruhen des Anspruches stehen Regelungen des SVA (in der Fassung des Zusatzabkommens vom 2. November 1984, [BGBl. II 1986 S. 1038](#), 1040; im Folgenden einheitlich SVA) nicht entgegen.

(a) Nach [§ 6](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) bleiben Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts unberührt. Hierunter fallen auch die Vorschriften des SVA. Nach Art. 4a Satz 1 SVA gelten, soweit dieses Abkommen nichts anderes bestimmt, die Rechtsvorschriften einer Vertragspartei, nach denen die Entstehung von Ansprüchen auf Leistungen oder die Gewährung von Leistungen oder die Zahlung von Geldleistungen vom Aufenthalt im Gebiet dieser Vertragspartei abhängig ist, nicht für die in Art. 4 SVA genannten Personen – u.a. Staatsangehörige der anderen Vertragspartei (Art. 4 Buchst. a) SVA) –, die sich im Gebiet der anderen Vertragspartei aufhalten. Regelungen zu den Versicherungen für den Fall der Krankheit und der Mutterschaft finden sich im Abschnitt II des SVA. Hier bestimmt Art. 12 Abs. 1 SVA: Art. 4a SVA gilt für eine Person, a) die, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, ihren Aufenthalt in das Gebiet der anderen Vertragspartei verlegt hat, nur, wenn der zuständige Träger der Verlegung des Aufenthalts vorher zugestimmt hat, b) bei der der Versicherungsfall während des vorübergehenden Aufenthalts im Gebiet der anderen Vertragspartei eingetreten ist, nur, wenn sie wegen ihres Zustandes sofort Leistungen benötigt, c) bei der der Versicherungsfall nach dem Ausscheiden aus der Versicherung eingetreten ist, nur, wenn sie sich in das Gebiet der anderen Vertragspartei begeben hat, um eine ihr angebotene Beschäftigung aufzunehmen. Art. 12 SVA grenzt den Anwendungsbereich des Art. 4a SVA danach in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles ab. Tritt der Versicherungsfall erst während des Aufenthalts im Gebiet der anderen Vertragspartei ein, gilt die Beschränkung des Art. 12 Buchst. b) SVA. War er bereits vor dem Aufenthalt im Gebiet der anderen Vertragspartei eingetreten, gilt die Beschränkung nach § 12 Buchst. a) SVA, der nicht danach unterscheidet, ob es sich um einen dauerhaften oder nur vorübergehenden Aufenthalt handelt.

(b) Der Versicherungsfall war vorliegend bereits vor dem Aufenthalt in der Türkei eingetreten. Mit der Hüftkopfnekrose Stadium IV links bestand eine behandlungsbedürftige Krankheit. Dies entnimmt der Senat den Arztbriefen von Prof. Dr. W. vom 4. August 2011 und 19. April 2012. Eine vorherige Zustimmung der Beklagten zur Verlegung des Aufenthaltes ist nicht erfolgt, vielmehr wurde sie ausdrücklich abgelehnt. Wie oben ausgeführt, lag zum Zeitpunkt der Durchführung der Krankenhausbehandlungen bereits der schriftliche Ablehnungsbescheid vom 24. Juli 2012 vor. Da der Aufenthalt in der Türkei allein und gerade der streitigen Behandlungsmaßnahme dienen sollte, ist für eine Zustimmung neben dem Ablehnungsbescheid kein Raum. Wegen dieses ausschließlichen Ziels des Türkeiaufenthalts war die Beklagte zur Zustimmung auch nicht verpflichtet. Denn ein anderweitiger Anspruch des Klägers auf die Durchführung der ACI in der Türkei bestand nicht (dazu unten).

(c) Auf Art. 15 Abs. 3 Satz 1 SVA kann der Kläger seinen Anspruch nicht stützen. Danach werden Körperersatzstücke und andere Sachleistungen von erheblicher finanzieller Bedeutung außer in Fällen unbedingter Dringlichkeit nur gewährt, soweit der zuständige Träger zustimmt. Bereits aus der Stellung des Abs. 3 ergibt sich der systematische Zusammenhang mit Art. 15 Abs. 1 SVA. Dieser bestimmt durch welchen Träger "bei Anwendung des Artikels 4a" die Sachleistungen zu erbringen sind. Art. 15 Abs. 2 SVA bestimmt die für die Erbringung von Sachleistungen maßgebenden Rechtsvorschriften; Abs. 4 trifft eine Regelung zur Leistung durch vertragliche Leistungserbringer. Art. 15 SVA trifft mithin nähere Regelungen zur Abwicklung von Sachleistungen, setzt dabei aber die Anwendung des Art. 4a SVA gerade voraus. Art. 15 Abs. 3 SVA stellt somit keine eigenständige Anspruchsgrundlage dar, sondern schränkt den Umfang von Sachleistungen abhängig von ihrem Wert ein. Ist – wie vorliegend – der Anwendungsbereich des Art. 4a SVA gemäß Art. 12 Abs. 1 SVA nicht eröffnet, kommt Art. 15 SVA nicht zur Anwendung.

f) Ein Anspruch des Klägers ergibt sich nicht aus [§ 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach 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 außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der EU und des Abkommens über den EWR

möglich ist. Die durchgeführte ACI am Hüftgelenk stellt keine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung dar.

(aa) Ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 18 SGB V](#) setzt u.a. voraus, dass die Leistung im Ausland den Kriterien des Qualitätsgebots ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) entsprochen hat (BSG, Urteil vom 20. April 2010 – B [1/3 KR 22/08 R](#) – juris, Rn. 29). Dem allgemein anerkannten Stand entspricht eine Behandlungsmethode, wenn sie von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) befürwortet wird. Von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, muss über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens bestehen (BSG, Urteil vom 20. April 2010 – B [1/3 KR 22/08 R](#) – juris, Rn. 29; BSG, Urteil vom 16. Juni 1999 – [B 1 KR 4/98 R](#) – juris, Rn. 22; Padé in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 18 SGB V](#) Rn. 19 m.w.N.). Allerdings kann von der Zielsetzung des [§ 18 SGB V](#) ausgehend nicht allein auf die Ärzte und Wissenschaftler in der Bundesrepublik Deutschland abgestellt werden. [§ 18 SGB V](#) soll den Versicherten den Zugang zu Leistungen sichern, die im Ausland angeboten werden. Also muss nicht nur auf den inzwischen im Gesetz ausdrücklich erwähnten EWR-Raum, sondern auf den internationalen Stand der Wissenschaft abgestellt werden (BSG, Urteil vom 13. Dezember 2005 – [B 1 KR 21/04 R](#) – juris, Rn. 29). Das setzt voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei geführten Statistiken über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen (BSG, Urteil vom 20. April 2010 – B [1/3 KR 22/08 R](#) – juris, Rn. 29). Soweit das BSG in seiner Rechtsprechung zu [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) für die Anwendung neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung in bestimmten Verfahrenskonstellationen und bei bestimmten Krankheiten anstelle eines Wirksamkeitsnachweises die tatsächliche Verbreitung einer Methode in der ärztlichen Praxis und der wissenschaftlichen Diskussion hat ausreichen lassen, kann dies wegen des begrenzten Zwecks des [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) auf Behandlungen im Ausland nicht übertragen werden (BSG, Urteil vom 16. Juni 1999 – [B 1 KR 4/98 R](#) – juris, Rn. 22). Für die Beurteilung einer im Ausland angewendeten Methode anhand des Maßstabs des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse kommt es auf den Zeitpunkt der Behandlung an (BSG, Urteil vom 14. Februar 2001 – [B 1 KR 29/00 R](#) – juris, Rn. 11; Padé, a.a.O., Rn. 22).

(bb) Diese Voraussetzungen sind für die ACI am Hüftgelenk nicht erfüllt. Dies entnimmt der Senat insbesondere dem Gutachten von Dr. S. vom 9. Dezember 2013. Die von diesem zur ACI durchgeführten Internetrecherche in der einschlägigen medizinischen Datenbank (Pubmed) zu den Stichwörtern autologous, chondrocyte und hip war nicht auf Beiträge aus Deutschland begrenzt. Gerade die von ihm angeführte, aus Italien stammende Arbeit von Fontana et al. vom März 2012 belegt dies. Danach haben sich zur ACI an der Hüfte 18 Treffer ergeben. Der größte Teil der Arbeiten befasste sich mit rein experimentellen Ansätzen und nicht mit der Anwendung der Methode an Patienten. Für den Beleg des allgemein anerkannten Standards sind diese mithin nicht geeignet. Die einzige publizierte Arbeit (Fontana et al. vom März 2012) war eine retrospektiv vergleichende Studie mit 30 Patienten, bei deren Hälfte, also 15, eine ACT-Behandlung erfolgte. Als Ergebnis war vermerkt, dass die Patienten mit ACT sich wesentlich ausgeprägter besserten als nach alleinigem Débridement. Unabhängig von der kleinen Zahl der von der Studie erfassten Fälle hat Dr. S. für den Senat überzeugend darauf hingewiesen, dass beim erfassten Patientenkollektiv eine andere Gesundheitsstörung vorlag als beim Kläger. Der Studie lag jeweils eine posttraumatische Schädigung des Gelenkknorpels der Hüftpfanne zugrunde, während beim Kläger eine Hüftkopfnekrose vorliegt. Dies ist nach anschaulicher Darstellung von Dr. S. wegen der unterschiedlichen anatomischen Ausgangslage von Bedeutung. Bei einem Defekt in der Hüftpfanne werden nach der publizierten experimentellen Anwendung die an gezüchteten Knorpelzellen als Suspension in einen Krater in der Hüftpfanne verfüllt und durch die Kugeloberfläche des intakten Hüftkopfes in diese Vertiefung hineingepresst. Beim Kläger hingegen ist die Oberfläche des Hüftkopfes nicht mehr abgerundet, sondern verformt, so dass die Knorpelzellen auf dieser konvexen Fläche nicht fixiert werden können. Für eine Aussage über den allgemein anerkannten Standard der Behandlung bei einem Hüftkopfddefekt kommt dieser Studie daher auch aus diesem Grund keine maßgebliche Bedeutung zu. Weitere Studien konnten nicht identifiziert werden. Das Meeting Abstract über eine Fallserie mit fünf Patienten an der Universitätsklinik Mannheim, das 2012 veröffentlicht wurde, hat in der Fragestellung wiedergegeben, dass bisher keine Publikationen zu einer arthroskopischen rein autologen, dreidimensionalen Chondrozytentransplantation (ACT3D) am Hüftgelenk vorlägen. Vier der dort erfassten Patienten hatten Defekte an der Hüftgelenkspfanne, einer am Femurkopf, keiner eine Hüftkopfnekrose. Wiederum handelt es sich mithin nur um eine kleine Patientenzahl mit anderen Gesundheitsstörungen. Gleichzeitig war die Universitätsklinik Mannheim im hier maßgeblichen Zeitraum das einzige Krankenhaus, das zumindest in Deutschland überhaupt ACI am Hüftgelenk durchführte. Dass das RKU solche Behandlungen durchführte, ist dem vom Kläger vorgelegten Internetauftritt dieses Krankenhauses nicht zu entnehmen. Dieser bezieht sich allein auf gelenkerhaltende Operationen; die ACI wird nicht genannt. Im Übrigen wurde die ACI nach dem Ergebnis der zeitnahen Internetrecherche durch Dr. S. in Deutschland nur von einzelnen Praxiskliniken privatärztlich angeboten. Auch aus der bereits vom SG herangezogenen Literatur ist zu entnehmen, dass die ACI am Hüftgelenk noch nicht allgemein anerkannter Standard ist. Nach Niemeyer et al. (Stellenwert der autologen Chondrozytentransplantation [ACT] in der Behandlung von Knorpelschäden des Kniegelenks – Empfehlungen der AG Klinische Geweberegeneration der DGOU –, veröffentlicht im Internet unter <http://qkg-ev.de/wp-content/uploads/2013/05/Fickert-Positionspapier-ACT-Orthop-Unfall.pdf>) existieren für andere Gelenke, wie z. B. Schulter oder Hüfte, nur wenige Einzelfallberichte. Auch für diese Gelenke sollten in den nächsten Jahren geeignete Indikationen der ACT, auch im Vergleich mit anderen Methoden, systematisch erarbeitet werden. Dies zeigt auch, dass entgegen der Ansicht des Klägers nicht auf den Einsatz der Methode an anderen Gelenken, insbesondere dem Kniegelenk, abgestellt werden kann. Unter den dort angeführten Berichten findet sich neben der bereits genannten Arbeit von Fontana et al. zur Hüfte nur noch ein Fallbericht (case report) von Akimau et al. aus 2006. Im Beitrag von Möckel und Labs, Arthroskopische Therapie von Knorpelschäden im Hüftgelenk, Arthroskopie 2014, S. 1 ff. (abrufbar im Internet unter <http://www.hiparthroscopy-berlin.com/wp/wp-content/uploads/Knorpel.pdf>) wird ebenfalls die Arbeit von Fontana et al. als einzige Studie angegeben. Die Autoren kommen des Weiteren zu dem Ergebnis, dass eine Überlegenheit der ACT gegenüber den klassischen Therapieverfahren nach gegenwärtiger Datenlage nicht bestehe. Im Übrigen wird nur die Technik der Behandlungsmethode beschrieben. Eine Leitlinie zur Osteonekrose bzw. zur Hüftkopfnekrose ist in der AWMF-Leitlinien-Datenbank nicht hinterlegt (<http://www.awmf.org/leitlinien.html>). Eine Empfehlung einer deutschen medizinischen Fachgesellschaft zum Einsatz der ACI am Hüftgelenk liegt danach nicht vor, was der Senat als weiteres Indiz wertet. Der Kläger selbst hat keinerlei substantiierte Angaben gemacht, woraus sich ergeben sollte, dass die ACI am Hüftgelenk dem allgemein anerkannten Stand entspreche. Die bloß pauschale Behauptung veranlasst den Senat angesichts der vorgenannten Umstände nicht zu weiteren Ermittlungen. Vielmehr besteht danach kein Anhaltspunkt mehr dafür, dass sie von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) befürwortet wird.

g) Ein Anspruch nach [§ 18 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ist ausgeschlossen, da eine dort geregelte Kostenübernahme nicht zulässig ist, wenn Versicherte sich – wie vorliegend der Kläger – zur Behandlung ins Ausland begeben (Satz 3).

h) Ein Leistungsanspruch des Klägers lässt sich auch nicht aus [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#), eingefügt mit Wirkung vom 1. Januar 2012 durch Art. 1 Nr. 1 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I S. 2983](#)) begründen, mit dem der Gesetzgeber die Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung (Beschluss vom 6. Dezember 2005 - [1 BvR 347/98](#) - juris) und die diese Rechtsprechung konkretisierenden Urteile des BSG (z.B. Urteile vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) und [B 1 KR 7/05 R](#) -; Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) - alle in juris) umgesetzt hat. Nach [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Eine für die Bejahung des Leistungsanspruchs unter diesem Gesichtspunkt erforderliche notstandsähnliche Situation liegt nur dann vor, wenn ohne die streitige Behandlung sich ein tödlicher Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird oder ein nicht kompensierbarer Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion akut droht (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 - [B 1 KR 70/12 R](#) - juris Rn. 29; BVerfG, Nichtannahmebeschluss der 3. Kammer des 1. Senat vom 26. März 2014 - [1 BvR 2415/13](#) - juris Rn. 14). Gerechtfertigt ist eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen u.a. 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 (vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. November 2015 - [1 BvR 2056/12](#) - juris, Rn. 18). Das BSG hat insoweit weiter ausgeführt, dass mit den genannten Krankheits-Kriterien des BVerfG eine strengere Voraussetzung umschrieben wird, als sie mit dem Erfordernis einer "schwerwiegenden" Erkrankung für die Eröffnung des "Off-Label-Use" formuliert ist. Denn hieran knüpfen weitergehende Folgen. Ohne einschränkende Auslegung ließen sich fast beliebig vom Gesetzgeber bewusst gezogene Grenzen überschreiten. Entscheidend ist, dass das vom BVerfG herangezogene Kriterium bei weiter Auslegung sinnentleert würde, weil nahezu jede schwere Krankheit ohne therapeutische Einwirkung irgendwann auch einmal lebensbedrohende Konsequenzen nach sich zieht. Das kann aber ersichtlich nicht ausreichen, das Leistungsrecht des SGB V und die dazu ergangenen untergesetzlichen Regelungen nicht mehr als maßgebenden rechtlichen Maßstab für die Leistungsansprüche der Versicherten anzusehen (vgl. BSG, Urteil vom 26. September 2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - juris Rn. 34; Senatsurteil vom 27. Februar 2015 - [L 4 KR 3786/13](#) - juris Rn. 43).

Eine solche notstandsähnliche Situation ist im vorliegenden Fall nicht gegeben. Die beim Kläger vorliegende Hüftkopfnekrose Stadium IV stellt akut keine lebensbedrohliche Erkrankung in diesem Sinne dar. Anderes ergibt sich auch nicht aus seinem Vortrag über – bislang auch nur hypothetische – psychische Störungen bis hin zum Suizid in Folge der Krankheit. Solche wären, wenn sie überhaupt aufträten, entsprechend fachpsychiatrisch zu behandeln.

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

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-09-26