# S 18 KR 400/01

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KR 400/01
Datum
19.05.2005
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Jedenfalls bis September 2002 hatten im Inland gesetzlich Krankenversicherte keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Stottertherapie am Del Ferro-Institut Amsterdam.
2. Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine ärztliche Verordnung voraus. Das gilt auch bei der Inanspruchnahme von Heilmittelerbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens (Anschluss EuGH, Urteil vom 13.05.2003, Rs. C-385/99 - Müller-Fauré/van Riet; vergleiche EuGH, Urteil vom 28.04.1998, Rs. C-120/95 - Decker).
3. Den Heilmittel-Richtlinien kommt Verbindlichkeit auch im Außenverhältnis gegenüber den Versicherten zu (offen gelassen in Bundessozialgericht, Urteil vom 19.11.1996, Az. 1 RK 15/96).
4. Zum Umfang der Heilmittelversorgung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 3 SGB V gehören nur Heilmittel, die von im Sinne des § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V einschlägig ausgebildeten und qualifizierten Behandlern erbracht werden. Das gilt auch bei der Inanspruchnahme von Heilmittelerbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens.
5. § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V regelt nur den Beschaffungsweg, nicht aber Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die zu Lasten der inländischen gesetzlichen Krankenversicherung im Geltungsbereich des EG-Vertrages und des EWR-Abkommens in Anspruch genommen werden können.
6. § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V ist nicht anwendbar, wenn eine Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs des Leistungserbringers regelt.
7. Die gemeinschaftsweite Zulassungsfiktion nach § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V setzt voraus, dass die Systeme zur Erbringung von Leistungen an Krankenversicherte sowie die im jeweiligen System der Krankenversicherung geltenden Standards für die Zulassung der Abgabe von Leistungen an die Versicherten des jeweiligen Mitgliedsstaates vergleichbar sind. Zu den Standards des inländischen Systems der Leistungserbringung gehört der Grundsatz, dass Heilmittel nur von einschlägig ausgebildeten und qualifizierten Behandlern erbracht werden dürfen (§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V).
8. Bei § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V handelt es sich um eine die europarechtlichen Regelungen ergänzende Bestimmung auf nationaler Rechtsgrundlage. Zwingende europarechtliche Vorgaben liegen der Vorschrift nicht zu Grunde.
9. Zu den Voraussetzungen eines Systemversagens im Anwendungsbereich des § 138 SGB V.
I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der für eine Sprachheilbehandlung im Ausland aufge-wandten Kosten. Der 1987 geborene und bei der Beklagten versicherte Kläger leidet seit seinem 6. Lebensjahr an einer Störung des Redeflusses sowie der Laut- und Lautverbindungsbildung. Am 18.02.2001 beantragten die Eltern des Klägers bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine 10-tägige Stottertherapie am Del Ferro-Institut Amsterdam in Höhe von voraussichtlich 2.320,00 DM. Nach dessen Aussage würden die Kosten von der Krankenkasse übernommen. Mit Bescheid vom 14.03.2001 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme ab. Nach einem Grundsatzgutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung entspreche die Methode des Del Ferro-Instituts nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse. Die mittelfristigen Erfolge (Nachuntersuchungen des Medizinischen Dienstes Nordrhein zufolge nach sechs Monaten deutlich unter 50 %) seien nicht mit denen mehrdimensional angelegter Therapien vergleichbar (70%). Wenn die konventionellen Therapien keine befriedigenden Ergebnisse erzielen sollten, böte sich eine statio-näre Maßnahme in einer Fachklinik an. Gegen die Ablehnung legte der Kläger am 08.04.2001 Widerspruch ein. Die bereits durchgeführten Intensivtherapien seien erfolglos verlaufen. Die Kosten einer Intensivtherapie seien wesentlich höher als der beantragte Kurs am Del Ferro-Institut. Nach dessen Aussagen verließen 90 % der Teilnehmer den Kurs stotterfrei. Vom 20.09.2001 bis zum 29.09.2001 absolvierte der Kläger zunächst auf eigene Rechnung den beantragten 10-tägigen Intensivkurs am Del Ferro-Insitut in Amsterdam. Für die Teilnahme entrichtete er vorab gegen Rechnung vom 19.09.2001 ein Entgelt in Höhe von 2.320,00 DM. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.09.2001, der am 25.09.2001 dem Kläger zuging, zurück. Bei der Del Ferro-Methode handele es sich um ein neues bisher nicht an-erkanntes Therapieverfahren. Die einseitige Therapiemethode bestehe ausschließlich aus Elementen der Atemtherapie und der Sprechtechnik. Verdeckte Symptome würden nicht mitbehandelt. Es hande-le sich um keine im Verfahren nach § 135 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs (SGB) Fünftes Buch (V) ? Gesetzliche Krankenversicherung ? anerkannte Behandlungsmethode. Die von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 05.07.1995, Az. 1 RK 6/95) herausgearbeiteten Voraussetzun-gen für die Übernahme einer nicht anerkannten Behandlungsmethode wegen eines Mangels des ge-setzlichen Leistungssystems seien ebenfalls nicht erfüllt. Als Auslandsbehandlung komme die Thera-pie zudem gemäß § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht in Frage, weil eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung auch im Inland möglich sei. Hiergegen richtet sich die am 24.10.2001 beim Sozialgericht Dresden eingegangene Klage vom 23.10.2001. Dass der Bundesausschuss sich mit der Del Ferro-Methode noch nicht auseinanderge-setzt und diese anerkannt habe, beruhe auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems. Das Del Ferro-Insitut habe bereits Tausenden Menschen geholfen. In den Niederlanden sei die Therapieme-thode dem Institut zufolge offiziell anerkannt. Die internationale Fachpresse habe sich gleichfalls mit der Methode befasst. Der Kläger habe sein Stottern überwinden können, nachdem logopädische Kurse und Verhaltenstherapien erfolglos verlaufen seien. Ein Heilerfolg habe mithin nur am Del Ferro-Institut erreicht werden können. Unter Berücksichtigung der Urteile des Gerichtshofs der Europäi-schen Gemeinschaften vom 12.07.2001, Rs. C-157/99, und vom 13.05.2003, Rs. C-385/99, könne es nicht auf eine Zulassung in Deutschland oder auf den Wissensstand der Gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ankommen. Abzustellen sei auf den Stand der internationalen Medizin und der auf in-ternationaler Ebene allgemein anerkannten medizinischen Norm. Der Kläger beantragt, Den Bescheid der Beklagten vom 14.03.2001 in der Gestalt des Wider-spruchsbescheids vom 20.09.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurtei-len, ihm die Heilbehandlungskosten für die Stottertherapie nach der Del Ferro-Methode in Höhe von 2.320,00 DM zu erstatten. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Für einen generellen Wirksamkeitsnachweis und eine breite Akzeptanz und Anwendung in der medi-zinischen Praxis sei nichts ersichtlich. Die Therapie werde ausschließlich vom Del Ferro-Institut an-geboten. Die Beklagte hat ein Gutachten der Grundsatzberatungsreferenten U. und B. des Medizini-schen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein zur Stottertherapie nach Del Ferro vom 15.11.1993 mit einer ergänzenden Stellungnahme des Mitautors Dr. med. U. vom 21.10.1999 sowie ein Gutachten des gleichen Verfassers von August 2004, in dem die Stottertherapie nach Del Ferro, das Stottertraining nach Hans Liebelt und die Kasseler Stottertherapie einer vergleichenden Betrach-tung unterzogen werden, in das Verfahren eingeführt. Auf Bl. 49 R bis 59 R, Bl. 47 R bis 48 und Bl. 164 bis 192 der Sozialgerichtsakte wird insoweit verwiesen. Das Gericht hat eine Auskunft der den Kläger vom 07.11.1996 bis zum 02.04.1996 behandelnden Lo-gopädin H. vom 07.06.2002 eingeholt. Danach habe der Kläger eine aus 19 Einzelsitzungen bestehen-de Therapie absolviert, die eine Normalisierung des Redeflusses bis zur Symptomfreiheit in Therapie und Spontansprache bewirkt habe, weshalb die Behandlung zunächst beendet worden sei. Eine Weiterbehandlung bei erneutem Auftreten der Symptomatik sei möglich und die ambulanten logopä-dischen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft gewesen. In einer weiteren Auskunft berichtet die den Kläger vom 06.10.1997 bis zum 31.12.1998 behandelnde Psychologische Psychotherapeutin Dipl.-Psych. L. über eine aus 33 Einzelsitzungen bestehende psy-chotherapeutischen Behandlung. Nach anfänglicher Besserung der Sprache sei es ab Mai 1998 zu ei-ner erneuten Verschlechterung gekommen. Trotz zwischenzeitlicher Stabilisierung des Befundes wäh-rend der Ferien habe es ab September 1998 nur noch wenige symptomarme Zeiten gegeben. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfah-rensakte und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen. Die Beteiligten haben einer Ent-scheidung des Gerichts durch Urteil ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 des Sozialge-richtsgesetzes (SGG) zugestimmt.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der für die Stottertherapie nach der Del Ferro-Methode vom 20.09.2001 bis zum 29.09.2001 aufgewandten 2.320,00 DM bzw. 1.186,20 EUR. 1. Die Rechtslage stellt sich wie folgt dar: Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 3 in der hier einschlägigen bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung vom 19.06.2001 und § 32 Abs. 1 SGB V in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung vom 23.06.1997 haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbe-schwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst insbesondere die Versorgung mit Heilmit-teln. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst der Begriff des Heilmittels alle per-sönlichen medizinischen Dienstleistungen, die grundsätzlich von nichtärztlichen Leistungserbrin-gern erbracht werden (Bundessozialgericht, Urteil vom 28.06.2001, Az. B 3 KR 3/00 R). § 124 Abs. 1 SGB V nennt als Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere die Leistungen der Sprachtherapie, womit die Gesamtheit der Maßnahmen der Stimm?, Sprech? und der Sprachtherapie im engeren Sinne, wie er in Abschnitt IV der hier noch einschlägigen Richtli-nien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) in der Fassung vom 06.02.2001 (BAnz. Nr. 118a vom 29.06.2001) verwendet wird. Nach § 92 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 6 SGB V ? hier in der Fassung vom 27.07.2001 anzuwenden ? hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen, ins-besondere über die Verordnung von Heilmitteln. In den Richtlinien über die Heilmittelversorgung ist gemäß § 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V insbesondere (1.) der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel, (2.) die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen, (3.) die Besonderheiten bei Wiederholungsver-ordnungen und (4.) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer zu regeln. Neue Heilmittel dürfen die an der

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gemäß § 138 SGB V nur verordnen, wenn der Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Gemäß § 124 Abs. 1 und 2 SGB V, hier anzuwenden in der Fassung des Gesetzes vom 26.05.1994, dürfen Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, an Versicherte nur von zugelasse-nen Leistungserbringern abgegeben werden, wobei zuzulassen ist, wer (1.) die für die Leistungs-erbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeich-nung berechtigende Erlaubnis besitzt, (2.) eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren nachweist, die innerhalb von zehn Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselb-ständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden sein muss, (3.) über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewähr-leistet, und (4.) die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt. Die Zulassung wird nach § 124 Abs. 5 SGB V von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ver-bänden der Ersatzkassen sowie der See-Krankenkasse erteilt und berechtigt zur Versorgung der Versicherten. Für die Versorgung mit Heilmitteln galt zum Zeitpunkt der hier streitgegenständlichen Leistung nach dem Wortlaut des Sozialgesetzbuchs noch der Grundsatz des § 13 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V, wonach die Krankenkasse an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten darf, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht. Nur wenn die Krankenkasse eine unauf-schiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten einer erforderlichen Behandlung im Ausland konnte die Krankenkasse gemäß § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung vom 06.08.1998 nur dann ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Er-kenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Erst mit Wirkung ab dem 01.01.2004 wurde § 13 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Moder-nisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) unter Anderem folgender Absatz 4 angefügt: "Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Gel-tungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienst-leistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behand-lungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstat-tungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in An-spruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Aus-übung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthalts-staates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstat-tung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kos-tenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz über-nehmen." Zugleich wurde der Anwendungsbereich des § 18 Abs. 1 SGB V auf Auslandsbehandlungen au-ßerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beschränkt. Der neue § 13 Abs. 4 vollzieht eine Reihe von Urteilen des Gerichtshofs der Europäischen Ge-meinschaften nach (Urteile vom 28.04.1998, Rs. C-158/96 "Kohll" und Rs. C-120/95 "Decker", Urteil vom 12.07.2001, Rs. C-157/99 "Smits und Peerbooms", Urteil vom 13.05.2003, Rs. C-385/99 "Müller- Fauré/van Riet"). Im Urteil vom 28.04.1998, Rs. C-158/96 "Kohll", hatte der Gerichtshof festgestellt, dass eine nati-onale Regelung, welche die Erstattung der Kosten für eine ambulante (dort: Zahn?) Behandlung durch einen (dort: Zahn?) Arzt in einem anderen Mitgliedstaat nach den Tarifen des Versiche-rungsstaats von der Genehmigung des Trägers der sozialen Sicherheit des Versicherten abhängig macht, gegen die Artikel 59 und 60 (jetzt Artikel 49 und 50) des EG-Vertrages verstößt. Eine ent-sprechende Feststellung hatte der Gerichtshof im Urteil vom 28.04.1998, Rs. C-120/95 "Decker", bezüglich des Kaufs einer Brille in einem anderen Mitgliedsstaat im Hinblick auf die Artikel 30 und 36 (jetzt Artikel 28 und 30) des EG-Vertrages getroffen. Nach dem Urteil des Gerichtshofes vom 13.05.2003, Rs. C-385/99 "Müller- Fauré/van Riet", stehen die Artikel 59 und 60 (jetzt Arti-kel 49 und 50) des EG-Vertrages Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats entgegen, wenn sie die Übernahme der Kosten für eine Versorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses durch eine Person oder Einrichtung erfolgt, mit der die Krankenkasse des Versi-cherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die betref-fende Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, auch wenn die fraglichen nationalen Rechtsvor-schriften ein Sachleistungssystem einführen, in dessen Rahmen die Versicherten Anspruch nicht auf die Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, sondern auf die Versorgung selbst haben, die kostenlos erfolgt. Nach diesen Urteilen gelten die Grundsätze des freien Warenverkehrs nach Artikel 28 EG-Vertrag und der Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 49 EG-Vertrag auch im Bereich der sozialen Sicher-heit mit der Konsequenz, dass sich Versicherte Versicherungsleistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen können. Ein nationales Sachleistungssystem hindert den Kostenerstattungsanspruch nicht. Versicherte sind also unabhän-gig davon, ob ihr Versicherungsverhältnis dem Kostenerstattungs? oder dem Sachleistungsprinzip folgt, mit ihrer Nachfrage nach Versicherungsleistungen nicht mehr territorial auf das Inland be-schränkt, sondern sie können auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirt-schaftsraum im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Dabei hat der Gerichtshof in seinem Urteil vom 28.04.1998, Rs. C-120/95 "Decker", maßgeblich darauf abgestellt, dass entgegen stehende nationale Regelungen nicht unter Berufung auf Gründe des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt werden könnten, weil die Bedingungen des Zugangs zu ge-regelten Berufen und ihrer Ausübung Gegenstand der Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18.06.1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnach-weise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG und der Richtlinie 95/43/EG der Kommission vom 20.07.1995 seien, so dass der Kauf einer Brille bei einem Optiker in einem anderen Mitgliedstaat Garantien biete, die denen gleichwertig sind, die beim Kauf einer Brille bei einem Optiker im In-land gegeben sind (so bereits zum Kauf von Arzneimitteln in einem anderen Mitgliedstaat die Ur-teile vom 07.03.1989, Rs. 215/87 "Schumacher", und vom 08.04.1992, Rs. C-62/90 Kommissi-on/Deutschland); zudem sei der Kauf der Brille im Ausgangsverfahren auf Grund augenärztlicher Verschreibung erfolgt, was die Sicherung des Gesundheitsschutzes gewährleiste. Im Urteil vom 28.04.1998, Rs. C-158/96 "Kohll" hat der Gerichtshof ausgeführt, dass die Bedingungen des Zu-gangs und der Ausübung der Tätigkeiten von Ärzten und Zahnärzten Gegenstand mehrerer Koor-dinierungs- und Harmonisierungsrichtlinien seien, woraus folge, dass in anderen Mitgliedstaaten niedergelassene Ärzte und Zahnärzte für die Zwecke des freien Dienstleistungsverkehrs als ebenso qualifiziert anerkannt werden müssten wie im Inland niedergelassene. Nach ständiger Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften lässt das Ge-meinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der so-zialen Sicherheit unberührt. In Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene be-stimmt das Recht jedes Mitgliedstaats, unter welchen Voraussetzungen Leistungen der sozialen Si-cherheit gewährt werden. Es ist allein Sache der Mitgliedstaaten, den Umfang des Krankenversi-cherungsschutzes für die Versicherten zu bestimmen. Im Einklang damit bestimmt Artikel 152 Abs. 5 des EG-Vertrages, dass

die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Ge-sundheitswesens und die medizinische Versorgung bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung in vollem Umfang gewahrt wird. Das Gemeinschaftsrecht kann einen Mitgliedstaat grundsätzlich nicht dazu zwingen, die Liste der von seinem System des sozia-len Schutzes zu tragenden medizinischen Leistungen zu erweitern, und es ist in dieser Hinsicht un-erheblich, ob eine medizinische Behandlung von den Krankenversicherungssystemen anderer Mit-gliedstaaten übernommen wird. Die in einem Mitgliedstaat Versicherten können deshalb, wenn sie sich ohne vorherige Genehmigung zur Versorgung in einen anderen Mitgliedstaat als den der Nie-derlassung ihrer Krankenkasse begeben, die Übernahme der Kosten für ihre Versorgung nur inso-weit verlangen, als das Krankenversicherungssystem des Mitgliedstaats der Versicherungszugehö-rigkeit eine Deckung garantiert. Gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten. Dem Versicherten können also bei einer Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung (nur) entgegengehalten werden, soweit sie weder diskriminierend sind noch die Freizügigkeit behindern. Entscheidet sich ein Mitgliedstaat für die hinreichende Erprobt-heit und Anerkanntheit der ärztlichen oder klinischen Behandlung als Kriterium für die Kosten-übernahme durch sein System der sozialen Sicherheit, so lässt sich diese Voraussetzung, objektiv und unterschiedslos auf inländische und ausländische Behandlungen angewandt, dann rechtferti-gen und verstößt nicht gegen Artikel 49 (jetzt Artikel 59) des EG-Vertrages, wenn sie so aufgefasst wird, dass eine beantragte Genehmigung nicht versagt werden kann, sofern diese Behandlung in der internationalen Medizin als hinreichend erprobt und anerkannt angesehen wird. Die nationalen Behörden, die für Genehmigungszwecke darüber zu entscheiden haben, ob eine in einem anderen Mitgliedstaat vorgenommene Krankenhausbehandlung dieses Kriterium erfüllt, müssen alle ver-fügbaren einschlägigen Gesichtspunkte berücksichtigen, darunter insbesondere die vorhandenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Untersuchungen, maßgebende Auffassungen von Sachverständigen und die Frage, ob die betreffende Behandlung vom Krankenversicherungssystem des Mitgliedstaats, in dem sie erfolgt, gedeckt wird (vgl. zum Vorstehenden die Urteile des Ge-richtshofs vom 13.05.2003, Rs. C-385/99 "Müller-Fauré/van Riet", und vom 12.07.2001, Rs. C-157/99 "Smits/Peerbooms", jeweils mit weiteren Nachweisen). Diese vom Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften herausgearbeiteten Grundsätze sind auch für die hier zu beurteilenden Verhältnisse vor dem Inkrafttreten des § 13 Abs. 4 SGB V in-soweit maßgebend, als das Gemeinschaftsrecht unmittelbare Rechtswirkungen zwischen den Bür-gern und den Mitgliedsstaaten erzeugt, die von der Verwaltung und den Gerichten als individuelle Rechte zu beachten sind, und die Vorschriften des nationalen Rechts unanwendbar sind, soweit sie dem Anwendungsvorrang des Gemeinschaftsrechts zuwider laufen (Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften, Urteile vom 05.02.1963 "van Gend & Loos" - Rs 26/62 -, vom 09.03.1978 "Sim-menthal II" ? Rs. 106/77 ?; Bundesverfassungsgericht Beschluss vom 22.10.1986, Az. 2 BvR 197/83 "Solange II"). 2. Als Rechtsgrundlage für die Erstattung der für die Stottertherapie aufgewandten Kosten kommt somit zum Einen § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V in Betracht. Danach sind, wenn die Krankenkas-se eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leis-tung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Zum Anderen kann sich auch unmittelbar aus der gemein-schaftsrechtlichen Freiheit des Dienstleistungsverkehrs nach den Artikeln 49 und 50 des EG-Vertrages die Befugnis ergeben, die vom Umfang des Anspruchs auf Versorgung mit Heilmitteln nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und § 32 Abs. 1 SGB V umfassten Leistungen ohne vorherige Ge-nehmigung der Krankenkasse in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft oder in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Anspruch zu nehmen und anschließend vom zuständigen Träger Erstattung zu verlangen. Im vorliegenden Fall sind weder die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V noch die Voraussetzungen der europarechtlich aus dem originären Leistungs-anspruch resultierenden Erstattungsbefugnis erfüllt. Die Ablehnung des Antrags auf Kostenüber-nahme war rechtmäßig. Ein Erstattungsanspruch scheitert nach beiden Anspruchsgrundlagen dar-an, dass die vom Kläger in Anspruch genommene Leistung des Del Ferro-Instituts schon die Vor-aussetzungen des leistungsrechtlichen Primäranspruchs auf Versorgung mit Heilmitteln nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und § 32 Abs. 1 SGB V nicht erfüllt. Unabhängig von der Frage, ob ein Leistungserbringer zulässigerweise in Anspruch genommen werden kann, gilt auch bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern im europäischen Ausland, dass den Versicherten nur die Leistungen gewährt werden dürfen, auf die sie im Inland Anspruch haben. Wie der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 2 Satz 1 ist der Kostenerstattungsan-spruch für im europäischen Ausland in Anspruch genommene Leistungen abhängig vom Sach- und Dienstleistungsanspruch als Primäranspruch. Dieser war hier nicht gegeben. Die Kammer kann offen lassen, ob die im Rahmen des 10-tägigen Intensivkurses angebotenen Stottertherapie nach der Del Ferro-Methode nur eine besondere Form der Sprechtherapie darstellt, wie sie gemäß dem Ersten Teil Abschnitt IV Nr. 18.2 sowie dem Zweiten Teil Abschnitt 3 der Heilmittel-Richtlinien als Heilmittel anerkannt und somit vom Anspruch auf Heilmittelversorgung umfasst ist, oder ob es sich bei der Stottertherapie um eine gemäß § 138 SGB V vom Umfang der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene neue Behandlungsmethode handelt. Nach keiner von beiden Möglichkeiten erfüllt die Del Ferro-Methode die Anforderungen an ein zugelassenes Heilmittel. a) Die Del Ferro-Methode beruht, wie sich den von der Bevollmächtigten des Klägers eingereich-ten Unterlagen und den von der Beklagten eingeführten Gutachten von Dr. med. U. im Kern auf der Vermittlung und dem Training der Kontrolle der Atemmuskulatur, um so einen gleichmäßi-gen Druck des Luftstroms gegen die Stimmbänder zu erzeugen und so die Störung der Phonati-onsatmung zu überwinden. Die Koordinierung von Atmungs- und Sprechablauf und die Regu-lierung der Phonationsatmung gehört dem Zweiten Teil Abschnitt 3 der Heilmittel-Richtlinien zu den Zielen der Sprechtherapie zur Behandlung des Stotterns. Die Sprechtherapie umfasst nach dem Ersten Teil Abschnitt IV Nr. 18.2 der Heilmittel-Richtlinien insbesondere Maßnahme zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit, der koordinativen Leistung von motorischer und sensorischer Sprachregion, des Sprechapparates, der Atmung, der Stimme und des Schluckvorganges. Dies legt es nahe, die Behandlung im Rahmen des Intensivkurses ihrer Art nach der Heilmittelversorgung von Sprechtherapie außer-halb des Regelfalls zuzuordnen. Einer Gewährung der Leistung zur Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung steht in die-sem Falle entgegen, dass (aa) die Behandlung nicht auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht wurde und (bb) das in Anspruch genommene Del Ferro-Institut zum damaligen Zeit-punkt nicht die Voraussetzungen erfüllte, welche gemäß § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V zugleich den notwendigen Inhalt der zur gesetzlichen Versorgung Versicherter nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und § 32 Abs. 1 SGB V zugelassenen Heilmittel bestimmen. aa) Für den vom Kläger besuchten Intensivkurs lag weder eine ärztliche Verordnung vor, noch ist die in Nr. 19 des Ersten Teils der Heilmittel-Richtlinien vorgesehene Erst- oder weiter-führende Diagnostik nachgewiesen. Dem Kläger waren ausweislich der als Anlage K 5 zum Schriftsatz vom 23.10.2001 zu den Akten gereichten Ärztlichen Bescheinigung vom 26.02.2001 lediglich am 12.10.1995 und am 12.01.1996 Überweisungen zum Logopäden ausgestellt worden. Die verordnete logo-pädische Behandlung fand vom 07.11.1995 bis zum 02.04.1996 in der logopädischen Pra-xis H. statt. Eine ärztliche Überweisung für den Intensivkurs zur Stottertherapie am Del Ferro-Institut fehlt. Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt gemäß Nr. 9 und 10 des Ersten Teils der auf Grundlage des § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V erlassenen Heilmittel-Richtlinien eine ärztliche Verordnung voraus. Die Verordnung darf nur erfol-gen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Kranken überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind. Der Therapeut ist grundsätzlich an die Verordnung gebunden, es sei denn im Rahmen dieser Richtlinien ist etwas anderes be-stimmt. Die Kosten für ein selbstbeschafftes Heilmittel sind von der Krankenkasse nicht zu erstatten, wenn

es nicht ärztlich verordnet ist. Ein entsprechender Sachleistungsanspruch kann grundsätzlich nur dadurch begründet werden, dass ein Vertragsarzt das Heilmittel auf Kassenrezept verordnet und damit die Verantwortung für die Behandlung übernimmt. § 32 SGB V begründet keine unmittelbar durchsetzbaren Ansprüche auf "Versorgung" schlechthin mit irgendwelchen Heilmitteln, sondern ausfüllungsbedürftige Rahmenrechte. Der Versicherte kann ein bestimmtes Mittel erst beanspruchen, wenn es ihm in Konkretisierung des gesetzlichen Rahmenrechts vom Vertragsarzt als ärztliche Behandlungsmaßnahme ver-schrieben wird. Das ist in § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V dadurch klargestellt, dass alle ärztli-chen Verordnungen zum Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung erklärt werden; nur in deren Rahmen sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten mit entsprechenden Mitteln verpflichtet. Den Heilmittel-Richtlinien kommt insoweit Verbindlichkeit auch im Außenverhältnis ge-genüber den Versicherten zu (vgl. Bundessozialgericht, Urteile vom 20.03.1996, Az. 6 RKa 62/94, und vom 16.09.1997, Az. 1 RK 32/95, zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V; offen gelassen in Bezug auf Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V im Urteil vom 19.11.1996, Az. 1 RK 15/96). Dass der Anspruch auf Versorgung mit Arznei- oder Heilmitteln von einer ärztlichen Verordnung abhängig ist, ergibt sich darüber hinaus bereits aus dem Gesetz im systematischen Zusammenhang des § 15 Abs. 1, der §§ 31, 32 und des § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V (Bundessozialgericht, Urteil vom 19.11.1996, Az. 1 RK 15/96). Das Erfordernis der vorherigen ärztlichen Verordnung gilt auch für den Kostenerstattungs-anspruch. Die grundsätzliche Verantwortung des Arztes und der daraus resultierende Arzt-vorbehalt bestimmen neben anderen Voraussetzungen den wesentlichen Inhalt des gesetz-lichen Leistungsanspruchs auf Heilmittelversorgung nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und § 32 Abs. 1 SGB V, wie er in den Heilmittel-Richtlinien seine konkrete Ausgestaltung ge-funden hat. Da sich der Versicherte ohne ärztliche Bestätigung der Notwendigkeit mit Heilmitteln zu Lasten der Krankenkasse nicht versorgen kann, ist die ärztliche Verordnung auch im Rahmen des ? akzessorischen ? Erstattungsanspruchs erforderlich. Es handelt sich bei diesen Einschränkungen um Voraussetzungen für die Leistungsgewäh-rung, die als solche weder diskriminierend sind noch die Freizügigkeit behindern. Sie die-nen dem Schutz des gemeinschaftsrechtlich anerkannten Gutes der Gesundheit (vgl. Art. 3 Abs. 1 Buchst. p, Artt. 30, 39 Abs. 3, Artt. 46, 93 Abs. 3, Art. 152 Abs. 1 und 5 des EG-Vertrages) und sollen verhindern, dass Heilmittel in Anspruch genommen werden, ohne dass zuvor die von § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 3 SGB V vorausgesetzte Notwendig-keit der Versorgung fachkundig geprüft worden ist. Dies ist gemeinschaftsrechtlich unbe-denklich. So hat der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften in seinem Urteil vom 13.05.2003, Rs. C-385/99 "Müller-Fauré/van Riet" ausdrücklich das Erfordernis, vor ei-nem Facharzt zunächst einen Allgemeinarzt zu konsultieren als legitimen Einwand gebil-ligt, der dem Versicherten bei einer Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit als Voraussetzung für eine Leistungsgewährung entge-gengehalten werden kann. Im Urteil vom 28.04.1998, Rs. C-120/95 "Decker" sah der Ge-richtshof gerade in dem Umstand, dass der Kauf der Brille im Ausgangsverfahren auf Grund augenärztlicher Verschreibung erfolgte, neben der beruflichen Qualifikation des Optikers eine Garantie, welche die Sicherung des Gesundheitsschutzes unbeschadet der gemeinschaftsrechtlichen Warenverkehrsfreiheit zu gewährleisten geeignet ist. Für die ärztliche Verordnung nichtärztlicher Heilbehandlungen gilt dies entsprechend. Würde auf die ärztliche Verordnung der Heilmittelversorgung bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Ausland verzichtet, würden zudem die Versicherten bei der Selbstbeschaffung der Leistung mit anschließender Erstattung ohne rechtfertigenden Grund besser gestellt als bei der Versorgung mit dem Heilmittel als Dienstleistung nach § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V. bb) Einem Leistungsanspruch steht darüber hinaus entgegen, dass ? jedenfalls zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung ? das Del Ferro-Institut nicht die in § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V genannten Voraussetzungen an die berufliche Qualifikation der die Behand-lung durchführenden Personen erfüllte, wonach als Leistungserbringer nur zuzulassen ist, wer die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt. Nach den Feststellungen der Sachverständigen U. und B. im Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein vom 15.11.1993 verfügten die zum damali-gen Zeitpunkt im Del Ferro-Institut tätigen Mitarbeiter nicht über eine spezifische sprach-therapeutische oder psychotherapeutische Ausbildung. Nach den neuesten Internet-Veröffentlichungen des Instituts (www.delferro.nl/de/1403) gehört nun seit Oktober 2002 eine ausgebildete Logopädin zum Dozententeam. Für die Beurteilung der streitgegenständ-lichen Behandlung hat diese nachträgliche Änderung indessen außer Betracht zu bleiben. Die Kammer kann offen lassen, ob und unter welchen Voraussetzungen die Beschränkung ausschließlich auf zugelassene Leistungserbringer bei der europaweit grenzüberschreiten-den Inanspruchnahme von nicht im Krankenhaus durchzuführenden Behandlungsleistun-gen mit der gemeinschaftsrechtlichen Dienstleistungsfreiheit vereinbar ist. Der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften hat immerhin die Aufnahme von Kurorten in ein Heil-kurortverzeichnis als Leistungsvoraussetzung für unbedenklich gehalten, sofern die Vor-aussetzungen, an welche die Eintragung eines Heilkurorts in ein solches Verzeichnis even-tuell geknüpft ist, objektiver Art sind und nicht die Wirkung haben, die Leistung von Diensten zwischen Mitgliedstaaten gegenüber der Leistung von Diensten innerhalb des betreffenden Mitgliedstaats zu erschweren (Urteil vom 18.03.2004, Rs. C-8/02 "Leichtle"). Zum Umfang der Heilmittelversorgung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 3 SGB V gehören damit nur Heilmittel, die von im Sinne des § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V ein-schlägig ausgebildeten und qualifizierten Behandlern erbracht werden. § 124 SGB V gilt seinem Wortlaut und seiner systematischen Stellung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nach zwar unmittelbar nur für die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserb-ringern von Heilmitteln. Die an die Leistungserbringer gerichteten Zulassungsvorausset-zungen regeln jedoch darüber hinaus im Interesse der und mit Wirkung für die Versicher-ten den Inhalt des gesetzlichen Leistungsanspruchs, indem sie die Qualität und gesundheit-liche Unbedenklichkeit der Leistung durch die besondere Ausgestaltung des Anspruchs auf der Beschaffungsseite sicherstellen. Nach den Gründen des Urteils des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften vom 28.04.1998, Rs. C-120/95 "Decker", handelt es sich auch bei diesen Einschränkungen um Modalitäten des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs, die im Interesse des Schutzes der Gesundheit weder diskriminierend sind noch die Freizügigkeit behindern. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass die Bedingungen des Zugangs der Be-rufsausübung Gegenstand der Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18.06.1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Er-gänzung zur Richtlinie 89/48/EWG ist. So ist die europaweite Anerkennung eines logopä-dischen oder sprachtherapeutischen Diplomabschlusses gemäß Artikel 1 Buchst. a in Ver-bindung mit Anhang C Abschnitt 1 der Richtlinie vom Nachweis einer entsprechenden be-ruflichen Ausbildung abhängig. Diese ? ursprünglich zur Durchsetzung der gemeinschafts-rechtlichen Niederlassungsfreiheit erlassene ? Richtlinie bildet auf Grund der Rechtspre-chung des Gerichtshofes nunmehr auch den Maßstab dafür, in welchem Maße die Mit-gliedsstaaten aus Gründen des Gesundheits- und Verbraucherschutzes besondere Anforde-rungen an die berufliche Qualifikation der Leistungserbringer bei der grenzüberschreiten-den Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen regeln können. Das aus § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V resultierende Erfordernis eines einschlägigen logopädischen oder sprachtherapeutischen Berufsabschlusses für Sprachtherapeuten, die Leistungen ge-genüber Versicherten erbringen wollen, gilt damit auch für grenzüberschreitende Behand-lungen. Das Del Ferro-Institut war aus diesem Grunde jedenfalls bis zum September 2002 nicht befugt, in Deutschland gesetzlich Versicherten Kurse zu Lasten der Krankenkassen anzubieten. Eine andere Einschätzung ergibt sich auch nicht daraus, dass nach § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V nunmehr auch die Leistungen solcher Leistungserbringer erstattet werden können, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthalts-staates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, und dass sowohl niederländische als in der Vergangenheit auch deutsche Krankenkassen die Kosten für Behandlungen im Del Ferro-Institut unstreitig ? ggf. nur im Erfolgsfall (vgl. Bl. 23 der Sozialgerichtsakte) ? übernommen haben. Eine bereits vor Inkrafttreten des

Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zu berücksichti-gendes zwingendes europarechtliches Erfordernis liegt der Regelung des § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V nicht zu Grunde (vgl. dazu auch die amtliche Begründung des Gesetz-entwurfs, Bundestags-Drucksache 15/1525, S. 81). Zweck der Norm ist die Zulassung auch solcher europäischen Leistungserbringer zur Versorgung der inländischen Versicherten, die innerhalb des jeweiligen Systems ihres Sitzstaates zur Leistungserbringung zugelassen sind, obwohl keine Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft die Bedingungen des Zu-gangs und der Ausübung ihres Berufes regelt. Für den Fall, dass eine solche europarechtli-che Regelung existiert (außer den in der Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V genannten sog. horizontalen Anerkennungsrichtlinien kommen hierfür noch die sog. sekto-riellen Anerkennungsrichtlinien nach Artikel 57 des EG-Vertrages in Frage), ist die Vor-schrift nicht einschlägig. Es handelt sich um eine die europarechtlichen Regelungen ergän-zende Bestimmung auf nationaler Rechtsgrundlage. Eine gemeinschaftsrechtliche Grund-lage für die grenzüberschreitende Anerkennung von Heilmittelerbringern, welche über die Regelungen der Anerkennungsrichtlinien zu den beruflichen Befähigungsnachweisen hi-nausginge, fehlt. Eine so weitgehende Bindung der Träger des Mitgliedsstaates, dem der Versicherte angehört, an die Anerkennung von Leistungserbringern durch die Träger des Mitgliedsstaates, in dem die Leistungserbringer ihren Sitz haben, wie sie § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V den deutschen Krankenkassen vorschreibt, lässt sich weder den Vor-schriften des Gemeinschaftsrechts noch der unter 1. wiedergegebenen Rechtsprechung entnehmen. Die von § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V intendierte gemeinschaftsweite Zulassungsfiktion setzt zudem voraus, dass eine Vergleichbarkeit der Systeme und der im jeweiligen System der Krankenversicherung geltenden Standards für die Zulassung der Abgabe von Leistun-gen an die Versicherten des jeweiligen Mitgliedsstaates bestehen. Ist bereits das primäre Leistungsrecht so ausgestaltet, dass wie hier nach § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V nur von hierzu durch eine einschlägige Ausbildung besonders befähigten Personen erbrachte Leistungen zum Umfang des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes gehören, so wer-den die damit einhergehenden Anforderungen auch nicht durch die lediglich den allgemein Beschaffungsweg betreffende Anerkennung weiterer Leistungserbringer nach § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V außer Kraft gesetzt. Diese Norm öffnet zwar den Weg der Selbstbe-schaffung und Erstattung für die Inanspruchnahme von Leistungserbringern im europäi-schen Ausland, die unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation in ihrem Mitgliedsstaat zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind. Sie ändert aber nichts an den speziellen Anforderungen, die § 124 Abs. 1 Satz 2 SGB V hinsichtlich der Qualifikation von Heilmit-telerbringen anordnet. Insoweit bilden mangels einer § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V ent-sprechenden Regelung auf der Ebene des primären Leistungsanspruchs die gemeinschafts-rechtlichen Anerkennungsrichtlinien zu den beruflichen Befähigungsnachweisen einen ab-schließenden Maßstab für die Inanspruchnahme anderer als im Inland zugelassener Heil-mittelerbringer. Den für eine Übernahme der Kosten der Stottertherapie erforderlichen Nachweis eines logopädischen oder sprachtherapeutischen Abschlusses hätte mithin § 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V, wenn er im vorliegenden Fall schon anwendbar gewesen wä-re, nicht ersetzen können. b) Geht man dagegen davon aus, dass es sich bei der Stottertherapie nach der Del Ferro-Methode um ein neues Heilmittel handelt, steht der Erstattung der Behandlungskosten der Leistungsaus-schluss nach § 138 SGB V entgegen. Trotz des etwas anderen Wortlauts wird der Anspruch des Versicherten auf Heilmittel durch diese Bestimmung in derselben Weise wie der Anspruch auf ärztliche Krankenbehandlung durch § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgeschlossen, solange der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) nicht entschieden hat, dass das fragliche Mittel zur vertragsärztlichen Versorgung gehört. Insofern gelten die von der Rechtsprechung zur Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungs-methoden in der vertragsärztlichen Versorgung entwickelten Grundsätze entsprechend (vgl. beispielsweise Bundessozialgericht, Urteil vom 19.02.2002, Az. B 1 KR 16/00 R). Es kommt in diesem Zusammenhang insbesondere nicht darauf an, ob bzw. dass gesetzliche Krankenversi-cherer die Kosten der Therapie in der Vergangenheit übernommen haben, denn die tatsächliche Kostenübernahme durch die Krankenkasse erlaubt keinen Rückschluss auf die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der §§ 135, 138 SGB V, zumal verschiedene Krankenkassen bei der-selben Leistung zu gegensätzlichen Entscheidungen gelangen können. Entscheidend ist, dass die Stottertherapie nach der Del Ferro-Methode nicht als eigenständiges Heilmittel im Leis-tungskatalog der Heilmittel-Richtlinien berücksichtigt ist. Das Bundessozialgericht hat allerdings zu § 135 Abs. 1 SGB V entschieden, dass anders als bei Inlandsbehandlungen die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behand-lungsmethode, die nur im Ausland angeboten wird, durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bei Auslandsbehandlungen einen Kostenerstattungsanspruch nicht von vornher-ein ausschließt, weil der Erlaubnisvorbehalt der Sicherung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs dient und ein Tätigwerden des Bundes-ausschusses außerhalb des vom Gesetz zugewiesenen Aufgabenbereichs nicht veranlasst ist (Urteil vom 16.06.1999, Az. B 1 KR 4/98 R "Kozijavkin I"). In diesen Fällen hat es vielmehr die Voraussetzungen der Kostenübernahme bzw. -erstattung durch die gesetzliche Krankenver-sicherung ausschließlich am Maßstab des § 18 Abs. 1 SGB V in der bis zum 31.12.2003 gelten-den Fassung beurteilt. Für eine derartige Einschränkung ist indessen kein Raum, seitdem der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften klargestellt hat, dass auf Grund der gemein-schaftsrechtlichen Grundfreiheiten auch die von Leistungserbringern in anderen Mitgliedsstaa-ten der Europäischen Union angebotenen ambulanten Leistungen ebenso wie die von inländi-schen Leistungserbringern von den Versicherten ohne vorherige Genehmigung der Krankenkas-se in Anspruch genommen werden dürfen. Diese gehören also auf Grund der versicherungs-rechtlichen Leistungsansprüche der nach dem Personalprinzip auch beim Aufenthalt im europä-ischen Ausland dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch unterworfenen deutschen Versicherten zum Umfang des Krankenversicherungsschutzes. Da eine Anerkennung durch einen Beschluss des Bundesausschusses fehlt, kommt eine Über-nahme oder Erstattung der Behandlungskosten nur in Betracht, wenn die Unterlassung auf ei-nem Versagen des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Ein solches Systemversagen ist insbe-sondere dann anzunehmen, wenn die Einleitung oder die Durchführung des Verfahrens über die Anerkennung der neuen Methode willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen blockiert oder verzögert wird, obwohl die zur Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaft-lichkeit benötigten Unterlagen dem Bundesausschuss oder den antragsberechtigten Stellen vor-liegen, und deshalb eine für die Behandlung benötigte Therapie nicht eingesetzt werden kann. Das setzt voraus, dass die Wirksamkeit der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen aufgrund wissen-schaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt werden muss. Nur ausnahmsweise, wenn ein Wirksamkeitsnachweis wegen der Art oder des Verlaufs der Erkrankung oder wegen unzurei-chender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf erhebliche Schwierigkeiten stößt, darf darauf ab-gestellt werden, ob sich die in Anspruch genommene Therapie in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat (Bundessozialgericht, Urteile vom 28.03.2000, Az. B 1 KR 11/98 R "autologe Tumorvakzine" und vom 05.07.1995, Az. 1 RK 6/95 "Remedacen"). Dabei ist, wenn es um in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union angebotene Behandlungen geht, weder der Behandlungsstandard in dem Mitgliedssaat maßgebend, in dem der Versicherte seinen ständigen Aufenthalt oder der für ihn zuständige Träger der Krankenver-sicherung seinen Sitz hat, noch der Stand in dem Mitgliedssaat, wo der Leistungserbringer an-sässig ist. Nur die Auffassung, die darauf abstellt, was von der internationalen Medizin als hin-reichend erprobt und anerkannt angesehen wird, kann den Erfordernissen der gemeinschafts-rechtlichen Freizügigkeit, der Waren- und Dienstleistungsfreiheit entsprechen (Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften, Urteil vom 12.07.2001, Rs. C-157/99 "Smits/Peerbooms"). Dieser Nachweis kann für die Behandlungsmethode des Del Ferro-Instituts nicht erbracht wer-den. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Gerichts aus den Feststellungen des Sachverständi-gen Dr. med. U. in den von der Beklagten eingereichten Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein, deren Richtigkeit, was das Fehlen einer internationalen Anerkennung der Methode anbelangt, nicht in Zweifel gezogen wird. Die

von der Bevollmäch-tigten des Klägers gegen das Gutachten vom 15.11.1993 vorgetragenen Einwände stellen des-sen Verwertbarkeit nicht in Frage. Dies betrifft namentlich den Einwand, die vom Sachverstän-digen benannten Misserfolgsquoten der Del Ferro-Therapie von über 50 Prozent seien aus der Luft gegriffen. Der Sachverständige hat deutlich angegeben, dass es dabei um Zahlen handelt, die aus den in Nachuntersuchungen beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein gewonnenen empirischen Erkenntnissen beruhen. Dass es sich bei der postulierten langfristigen Misserfolgsquote von ca. 70 Prozent lediglich um eine Schätzung handelt, hat er ebenfalls deutlich zum Ausdruck gebracht. Im Übrigen können Angriffe gegen die vom Sach-verständigen benannten Misserfolgsquoten ohnehin nicht den vom Institut selbst in wissen-schaftlich einwandfreier Weise zu erbringenden und bislang schuldig gebliebenen Nachweis der Eignung der Therapie ersetzen. Die Feststellungen in den Gutachten belegen, dass bei der Del Ferro-Therapie von einer dem Stand der internationalen Medizin und der auf internationaler Ebene allgemein anerkannten medizinischen Norm entsprechenden Behandlung, wie die Klägerseite behauptet, keine Rede sein kann. Dass das Del Ferro-Institut seit seiner Gründung in den Niederlanden legal prakti-zieren darf und niederländische Krankenversicherungen die Kosten der von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen des Instituts tragen sollen, wie jenes behauptet, ist hier-für kein Kriterium. Zwar kommt es nicht auf die Verbreitung der Methode speziell in Deutsch-land an. Umgekehrt ist die alleinige Anwendung der Methode in den Niederlanden ebenso we-nig ein Maß für deren internationale Anerkennung, sondern allenfalls ein Anhaltspunkt dafür, dass der Methode die Anerkennung jenseits der niederländischen Grenzen bislang versagt geblieben ist; allein dass die Methode in ganz Deutschland nicht von im Inland zugelassenen Therapeuten angeboten wird, ist schon ein gewisses Indiz dafür. Letztlich haben die Recher-chen in den vom Sachverständigen ausgewerteten Datenbanken, die auch das internationale medizinische Schrifttum auswerten, bestätigt, dass die Methode keine Rolle in der fachlichen Diskussion auf internationaler Ebene gespielt hat und keine Studien die Qualität und Wirksam-keit der Methode bestätigen. Der von der Bevollmächtigten des Klägers zusammen mit Kursunterlagen des Del Ferro-Instituts gegenbeweislich vorgelegte Artikel in AmRevRespirDis 141 (1990) Nr. 6 S. 1510 ff. besagt lediglich, vergleichende Untersuchungen an 10 Stotterern und 5 Nichtstotterern hätten eine mangelnde Kontrolle des subglottalen Druck beim Stottern bestätigt, was es als aussichtsreich erscheinen lasse, Stotterer zu lehren, die Steuerung des subglottalen Druck, wie sie beim Singen erfolge, zur Überwindung des Stotterns auch beim Sprechen einzusetzen. Das ist nicht mehr als eine Arbeitshypothese für ein Element eines Therapiekonzepts. Es sagt nichts über die tatsäch-liche Wirksamkeit der Methode aus , wie sie vom Del Ferro-Institut praktiziert wird. Bei der vorgelegten Broschüre "Die Lösung des Stotterproblems beim Del Ferro Institut" handelt es sich um eine vom Institut selbst herausgegebene Darstellung, die keinerlei verifizierbare Anga-ben zum therapeutischen Erfolg der Methode enthält. Über eine bloße Beschreibung der im Rahmen der Methode angewandten physiologischen Technik geht auch nicht die Übersetzung des Briefes von Prof. P.T. Macklem vom 16.07.1987 hinaus. Eine eigene Abfrage in der Med-Line-Datenbank ? www.dimdi.de/de/db ? ergab keine im Verfahren verwertbaren neuen Er-kenntnisse; eine PubMed-Datenbankabfrage ? www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi ? führte lediglich zu der bereits von der Bevollmächtigten des Klägers vorgelegten Fundstelle in Am-RevRespirDis 141 (1990) Nr. 6 S. 1510 ff. Das Gericht schließt vor diesem Hintergrund aus, dass die Sachverständigen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wesentliche Erkenntnisse, die im Zeitpunkt der Behandlung bereits vorlagen, übersehen haben könnten. Die Bevollmächtigte der Klägerin selbst hat in ihrem Schriftsatz vom 13.06.2002 eingeräumt, dass es seit dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung von 1993 keine statistischen Erhebungen über die Erfolgsquote der Behandlungsmethode gegeben habe. Eine Entscheidungsgrundlage für ein Verfahren nach § 138 SGB V ist mithin nicht ersichtlich. c) Schließlich scheidet ein Erstattungsanspruch auf Grundlage des hier noch einschlägigen § 18 Abs. 1 SGB V in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung aus. Für die Anwendung des § 18 Abs. 1 SGB V reicht es nicht aus, dass die konkrete, vom Versicherten gewünschte Therapie nur im Ausland durchgeführt werden kann. Die Krankenkasse darf die Kosten dieser Therapie vielmehr nur übernehmen, wenn für die betreffende Krankheit im Inland überhaupt keine, also auch keine andere Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die dem Stand der wissenschaftli-chen Erkenntnisse genügt. Die Notwendigkeit einer Auslandsbehandlung ist zu verneinen, wenn zwar eine bestimmte, vom Versicherten bevorzugte Therapie nur im Ausland erhältlich ist, im Inland aber andere, gleich oder ähnlich wirksame und damit zumutbare Behandlungsal-ternativen zur Verfügung stehen. Nur wenn die im Ausland praktizierte Methode den im Inland bestehenden Behandlungsangeboten eindeutig überlegen ist, wenn etwa eine Krankheit im In-land nur symptomatisch behandelt werden kann, während im Ausland eine kausale, die Krank-heitsursache beseitigende Therapie möglich ist, kommt eine Kostenübernahme durch die Kran-kenkasse in Betracht, weil dann allein die Auslandsbehandlung dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (Bundessozialgericht, Urteil vom 16.06.1999, Az. B 1 KR 4/98 R "Ko-zijavkin I"). Diese strengen Voraussetzungen sind im Falle des Klägers offensichtlich nicht er-füllt. Schon die vom 07.11.1996 bis zum 02.04.1996 durchgeführte logopädische Behandlung bei der Therapeutin H. hatte zu einer Normalisierung des Redeflusses bis zur Symptomfreiheit geführt. Der Auskunft der Behandlerin zufolge wäre eine Wideraufnahme der Behandlung bei erneutem Auftreten der Symptomatik möglich gewesen. Die inländischen Behandlungsmög-lichkeiten waren demnach Erfolg versprechend und noch nicht ausgeschöpft. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2005-06-13