S 18 KR 400/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sozialgericht Dresden
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	18
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	<p>1. Jedenfalls bis September 2002 hatten im Inland gesetzlich Krankenversicherte keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Stottertherapie am Del Ferro-Institut Amsterdam.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p>

-
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](#).
- Art 49 EGV
Richtlinie 92/51/EWG Art 1 Buchst a

Richtlinie 92/51/EWG Anh C Abschn 1
[§ 27 Abs 1 S 1 SGB V](#)
[§ 27 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V](#)
[§ 13 Abs 4 S 2 Alt 2 SGB V](#) - Fassung vom
14.11.2003 ([BGBl. I S. 2190](#))
[§ 32 SGB V](#)
[§ 73 Abs 2 Nr 7 SGB V](#)
[§ 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V](#)
[§ 124 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V](#)
[§ 138 SGB V](#)

1. Instanz

Aktenzeichen S 18 KR 400/01
Datum 19.05.2005

2. Instanz

Aktenzeichen -
Datum -

3. Instanz

Datum -

- 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 aufgewandten 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, biete sich eine stationäre 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 verliehen 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-Institut 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 zugeing, zurück. Bei der Del Ferro-Methode handele es sich um ein neues bisher nicht anerkanntes Therapieverfahren. Die einseitige Therapiemethode bestehe ausschließlich aus Elementen der Atemtherapie und der Sprechtechnik. Verdeckte Symptome würden nicht mitbehandelt. Es handle 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 Voraussetzungen für die Übernahme einer nicht anerkannten Behandlungsmethode wegen eines Mangels des gesetzlichen Leistungssystems seien ebenfalls nicht erfüllt. Als Auslandsbehandlung komme die Therapie 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 auseinandergesetzt und diese anerkannt habe, beruhe auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems. Das Del Ferro-Institut habe bereits Tausenden Menschen geholfen. In den Niederlanden sei die Therapiemethode 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 Europäischen 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 internationaler Ebene allgemein anerkannten medizinischen Norm. Der Kläger beantragt, Den Bescheid der Beklagten vom 14.03.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.09.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 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 medizinischen Praxis sei nichts ersichtlich. Die Therapie werde ausschließlich vom Del Ferro-Institut angeboten. Die Beklagte hat ein Gutachten der Grundsatzberatungsreferenten U. und B. des Medizinischen 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 Betrachtung 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 Logopedin H. vom 07.06.2002 eingeholt. Danach habe der Kläger eine aus 19 Einzelsitzungen bestehende Therapie absolviert, die eine Normalisierung des Redeflusses bis zur Symptombefreiheit 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 logopedischen 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 psychotherapeutischen Behandlung. Nach anfänglicher Besserung der Sprache sei es ab Mai 1998 zu einer erneuten Verschlechterung gekommen. Trotz zwischenzeitlicher Stabilisierung des Befundes während 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 Verfahrensakte und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen. Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Gerichts durch Urteil ohne mandliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes (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 einschagigen 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 Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst insbesondere die Versorgung mit Heilmitteln. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst der Begriff des Heilmittels alle persönlichen medizinischen Dienstleistungen, die grundsätzlich von nichtärztlichen Leistungserbringern 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 einschagigen Richtlinien 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, insbesondere über

die Verordnung von Heilmitteln. In den Richtlinien über die Heilmittelversorgung ist gemäß [Â§ 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) insbesondere (1.) der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel, (2.) die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen, (3.) die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen 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 [Â§ 138 SGB V](#) nur verordnen, wenn der Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach [Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Gemäß [Â§ 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 zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, wobei zuzulassen ist, wer (1.) die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt, (2.) eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren nachweist, die innerhalb von zehn Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselbständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden sein muss, (3.) über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und (4.) die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt. Die Zulassung wird nach [Â§ 124 Abs. 5 SGB V](#) von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden 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 [Â§ 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 unaufschiebbare 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 [Â§ 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 Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Erst mit Wirkung ab dem 01.01.2004 wurde [Â§ 13 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung 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 Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in An-

spruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschlüsse 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 übernehmen." Zugleich wurde der Anwendungsbereich des [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) auf Auslandsbehandlungen außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beschränkt. Der neue [Â§ 13 Abs. 4](#) vollzieht eine Reihe von Urteilen des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften 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 nationale 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 Versicherungsstaats 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 entsprechende 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 Artikel 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 Versicherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die betreffende Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, auch wenn die fraglichen nationalen Rechtsvorschriften 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 Sicherheit 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 unabhängig davon, ob ihr Versicherungsverhältnis dem

Kostenerstattungs? oder dem Sachleistungsprinzip folgt, mit ihrer Nachfrage nach Versicherungsleistungen nicht mehr territorial auf das Inland beschränkt, sondern sie können auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 geregelten Berufen und ihrer Ausübung Gegenstand der Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18.06.1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise 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 Inland gegeben sind (so bereits zum Kauf von Arzneimitteln in einem anderen Mitgliedstaat die Urteile vom 07.03.1989, Rs. [215/87](#) "Schumacher", und vom 08.04.1992, Rs. [C-62/90](#) Kommission/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 Zugangs und der Ausübung der Tätigkeiten von Ärzten und Zahnärzten Gegenstand mehrerer Koordinierungs- 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 Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt. In Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene bestimmt das Recht jedes Mitgliedstaats, unter welchen Voraussetzungen Leistungen der sozialen Sicherheit gewährleistet werden. Es ist allein Sache der Mitgliedstaaten, den Umfang des Krankenversicherungsschutzes 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 Gesundheitswesens 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 sozialen Schutzes zu tragenden medizinischen Leistungen zu erweitern, und es ist in dieser Hinsicht unerheblich, ob eine medizinische Behandlung von den Krankenversicherungssystemen anderer Mitgliedstaaten übernommen wird. Die in einem Mitgliedstaat Versicherten können deshalb, wenn sie sich ohne vorherige Genehmigung zur Versorgung in einen anderen Mitgliedstaat als den der Niederlassung ihrer Krankenkasse begeben, die Übernahme der Kosten für ihre Versorgung nur insoweit verlangen, als das Krankenversicherungssystem des Mitgliedstaats der Versicherungszugehörigkeit eine Deckung garantiert. Gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieses 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 Erprobtheit und Anerkanntheit der ärztlichen oder klinischen Behandlung als Kriterium für die Kostenübernahme durch sein System der sozialen Sicherheit, so lässt sich diese Voraussetzung, objektiv und unterschiedslos auf inländische und ausländische Behandlungen angewandt, dann rechtfertigen 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 verfügbaren 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 Gerichtshofs vom 13.05.2003, Rs. [C-385/99](#) "Müller-Fauriol/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 [Â§ 13 Abs. 4 SGB V](#) in-soweit maßgebend, als das Gemeinschaftsrecht unmittelbare Rechtswirkungen zwischen den Behörden 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 "Simmenthal 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 [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V](#) in Betracht. Danach sind, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung 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 gemeinschaftsrechtlichen 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 [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#) und [Â§ 32 Abs. 1 SGB V](#) umfassten Leistungen ohne vorherige Genehmigung 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 [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V](#) noch die Voraussetzungen der europarechtlich aus dem originären Leistungsanspruch resultierenden Erstattungsbefugnis erfüllt. Die Ablehnung des Antrags

auf Kostenübernahme war rechtmäßig. Ein Erstattungsanspruch scheidet nach beiden Anspruchsgrundlagen daran, dass die vom Kläger in Anspruch genommene Leistung des Del Ferro-Instituts schon die Voraussetzungen des leistungsrechtlichen Primäranspruchs auf Versorgung mit Heilmitteln nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#) und [Â§ 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 [Â§ 13 Abs. 2 Satz 1](#) ist der Kostenerstattungsanspruch 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 angebotene 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 [Â§ 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 eingereichten 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 gleichmäßigen Druck des Luftstroms gegen die Stimmbänder zu erzeugen und so die Störung der Phonationsatmung zu überwinden. Die Koordinierung von Atmungs- und Sprechablauf und die Regulierung 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 Maßnahmen 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 außerhalb des Regelfalls zuzuordnen. Einer Gewährung der Leistung zur Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung steht in diesem 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 Zeitpunkt nicht die Voraussetzungen erfüllte, welche gemäß [Â§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V](#) zugleich den notwendigen Inhalt der zur gesetzlichen Versorgung Versicherter nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#) und [Â§ 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 weiterführende 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 logopädische Behandlung fand vom 07.11.1995 bis zum 02.04.1996 in der logopädischen Praxis 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 [Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) erlassenen Heilmittel-Richtlinien eine ärztliche Verordnung voraus. Die Verordnung darf nur erfolgen, 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 bestimmt. 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. [Â§ 32 SGB V](#) begründet keine unmittelbar durchsetzbare Ansprüche auf "Versorgung" schlechthin mit irgendwelchen Heilmitteln, sondern ausfallungsbedingte Rahmenrechte. Der Versicherte kann ein bestimmtes Mittel erst beanspruchen, wenn es ihm in Konkretisierung des gesetzlichen Rahmenrechts vom Vertragsarzt als ärztliche Behandlungsmaßnahme verschrieben wird. Das ist in [Â§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#) dadurch klargestellt, dass alle ärztlichen 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 gegenüber 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 [Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#); offen gelassen in Bezug auf Richtlinien nach [Â§ 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 [Â§ 15 Abs. 1](#), der [Â§ 31](#), [32](#) und des [Â§ 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 Kostenerstattungsanspruch. Die grundsätzliche Verantwortung des Arztes und der daraus resultierende Arztvorbehalt bestimmen neben anderen Voraussetzungen den wesentlichen Inhalt des gesetzlichen Leistungsanspruchs auf Heilmittelversorgung nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#) und [Â§ 32 Abs. 1 SGB V](#), wie er in den Heilmittel-Richtlinien seine konkrete Ausgestaltung gefunden 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 Leistungsgewährung, die als solche weder diskriminierend sind noch die Freizügigkeit behindern. Sie dienen 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 [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz](#)

[2 Nr. 3 SGB V](#) vorausgesetzte Notwendigkeit der Versorgung fachkundig geprüft worden ist. Dies ist gemeinschaftsrechtlich unbedenklich. So hat der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften in seinem Urteil vom 13.05.2003, Rs. [C-385/99](#) "Müller-Fauriol/van Riet" ausdrücklich das Erfordernis, vor einem Facharzt zunächst einen Allgemeinarzt zu konsultieren als legitimen Einwand gebilligt, der dem Versicherten bei einer Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Versicherungszugehörigkeit als Voraussetzung für eine Leistungsgewährung entgegengehalten werden kann. Im Urteil vom 28.04.1998, Rs. [C-120/95](#) "Decker" sah der Gerichtshof 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 [Â§ 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 [Â§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) genannten Voraussetzungen an die berufliche Qualifikation der die Behandlung 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 damaligen Zeitpunkt im Del Ferro-Institut tätigen Mitarbeiter nicht über eine spezifische sprachtherapeutische 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 streitgegenständlichen 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 grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von nicht im Krankenhaus durchzuführenden Behandlungsleistungen mit der gemeinschaftsrechtlichen Dienstleistungsfreiheit vereinbar ist. Der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften hat immerhin die Aufnahme von Kurorten in ein Heilkurortverzeichnis als Leistungsvoraussetzung für unbedenklich gehalten, sofern die Voraussetzungen, an welche die Eintragung eines Heilkurorts in ein solches Verzeichnis eventuell 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 [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) gehören damit nur Heilmittel, die von im Sinne des [Â§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) einschlägig ausgebildeten und qualifizierten Behandlern

erbracht werden. [Â§ 124 SGB V](#) gilt seinem Wortlaut und seiner systematischen Stellung im FÃ¼nften Buch Sozialgesetzbuch nach zwar unmittelbar nur fÃ¼r die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln. Die an die Leistungserbringer gerichteten Zulassungsvoraussetzungen regeln jedoch darÃ¼ber hinaus im Interesse der und mit Wirkung fÃ¼r die Versicherten den Inhalt des gesetzlichen Leistungsanspruchs, indem sie die QualitÃ¤t und gesundheitliche Unbedenklichkeit der Leistung durch die besondere Ausgestaltung des Anspruchs auf der Beschaffungsseite sicherstellen. Nach den GrÃ¼nden des Urteils des Gerichtshofs der EuropÃ¤ischen Gemeinschaften vom 28.04.1998, Rs. [C-120/95 "Decker"](#), handelt es sich auch bei diesen EinschrÃ¤nkungen um ModalitÃ¤ten des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs, die im Interesse des Schutzes der Gesundheit weder diskriminierend sind noch die FreizÃ¼gigkeit behindern. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass die Bedingungen des Zugangs der BerufsausÃ¼bung Gegenstand der Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18.06.1992 Ã¼ber eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher BefÃ¤higungsnachweise in ErgÃ¤nzung zur Richtlinie 89/48/EWG ist. So ist die europaweite Anerkennung eines logopÃ¤dischen oder sprachtherapeutischen Diplomabschlusses gemÃ¤Ã Artikel 1 Buchst. a in Verbindung mit Anhang C Abschnitt 1 der Richtlinie vom Nachweis einer entsprechenden beruflichen Ausbildung abhÃ¤ngig. Diese ursprÃ¼nglich zur Durchsetzung der gemeinschaftsrechtlichen Niederlassungsfreiheit erlassene Richtlinie bildet auf Grund der Rechtsprechung des Gerichtshofes nunmehr auch den MaÃstab dafÃ¼r, in welchem MaÃe die Mitgliedsstaaten aus GrÃ¼nden des Gesundheits- und Verbraucherschutzes besondere Anforderungen an die berufliche Qualifikation der Leistungserbringer bei der grenzÃ¼berschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen regeln kÃ¶nnen. Das aus [Â§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) resultierende Erfordernis eines einschÃ¤gigen logopÃ¤dischen oder sprachtherapeutischen Berufsabschlusses fÃ¼r Sprachtherapeuten, die Leistungen gegenÃ¼ber Versicherten erbringen wollen, gilt damit auch fÃ¼r grenzÃ¼berschreitende Behandlungen. 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 EinschÃ¤tzung ergibt sich auch nicht daraus, dass nach [Â§ 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V](#) nunmehr auch die Leistungen solcher Leistungserbringer erstattet werden kÃ¶nnen, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, und dass sowohl niederlÃ¤ndische als in der Vergangenheit auch deutsche Krankenkassen die Kosten fÃ¼r Behandlungen im Del Ferro-Institut unstreitig ggf. nur im Erfolgsfall (vgl. Bl. 23 der Sozialgerichtsakte) Ã¼bernommen haben. Eine bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zu berÃ¼cksichtigendes zwingendes europarechtliches Erfordernis liegt der Regelung des [Â§ 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V](#) nicht zu Grunde (vgl. dazu auch die amtliche BegrÃ¼ndung des Gesetzentwurfs, [Bundestags-Drucksache 15/1525, S. 81](#)). Zweck der Norm ist die Zulassung auch solcher europÃ¤ischen Leistungserbringer zur Versorgung der inlÃ¤ndischen Versicherten, die innerhalb des jeweiligen Systems ihres Sitzstaates zur Leistungserbringung zugelassen sind, obwohl keine Richtlinie der EuropÃ¤ischen Gemeinschaft die Bedingungen des Zugangs und der AusÃ¼bung ihres Berufes regelt. FÃ¼r den Fall, dass eine solche europarechtliche Regelung existiert (auÃer

den in der Gesetzesbegründung zu [Â§ 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) genannten sog. horizontalen Anerkennungsrichtlinien kommen hierf¼r noch die sog. sektoriellen Anerkennungsrichtlinien nach Artikel 57 des EG-Vertrages in Frage), ist die Vorschrift nicht einschlagig. Es handelt sich um eine die europarechtlichen Regelungen erganzende Bestimmung auf nationaler Rechtsgrundlage. Eine gemeinschaftsrechtliche Grundlage f¼r die grenzberschreitende Anerkennung von Heilmittelbringern, welche ¼ber die Regelungen der Anerkennungsrichtlinien zu den beruflichen Befähigungsnachweisen hinausginge, 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 [Â§ 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V](#) den deutschen Krankenkassen vorschreibt, lässt sich weder den Vorschriften des Gemeinschaftsrechts noch der unter 1. wiedergegebenen Rechtsprechung entnehmen. Die von [Â§ 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 f¼r die Zulassung der Abgabe von Leistungen an die Versicherten des jeweiligen Mitgliedsstaates bestehen. Ist bereits das primäre Leistungsrecht so ausgestaltet, dass wie hier nach [Â§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) nur von hierzu durch eine einschlagige Ausbildung besonders befähigten Personen erbrachte Leistungen zum Umfang des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes gehören, so werden die damit einhergehenden Anforderungen auch nicht durch die lediglich den allgemein Beschaffungsweg betreffende Anerkennung weiterer Leistungserbringer nach [Â§ 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V](#) außer Kraft gesetzt. Diese Norm öffnet zwar den Weg der Selbstbeschaffung und Erstattung f¼r die Inanspruchnahme von Leistungserbringern im europäi-schen Ausland, die unabhngig von ihrer beruflichen Qualifikation in ihrem Mitgliedsstaat zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind. Sie ändert aber nichts an den speziellen Anforderungen, die [Â§ 124 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hinsichtlich der Qualifikation von Heilmittelbringern anordnet. Insoweit bilden mangels einer [Â§ 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V](#) ent-sprechenden Regelung auf der Ebene des primären Leistungsanspruchs die gemeinschaftsrechtlichen Anerkennungsrichtlinien zu den beruflichen Befähigungsnachweisen einen abschließenden Maßstab f¼r die Inanspruchnahme anderer als im Inland zugelassener Heilmittelbringer. Den f¼r eine Übernahme der Kosten der Stottertherapie erforderlichen Nachweis eines logopädischen oder sprachtherapeutischen Abschlusses hätte mithin [Â§ 13 Abs. 4 Satz 2 Alt. 2 SGB V](#), wenn er im vorliegenden Fall schon anwendbar gewesen wäre, 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 Leistungsabschluss nach [Â§ 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 [Â§ 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 Grundärzte 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 Krankenkassen 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 Leistungskatalog 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 Behandlungsmethode, die nur im Ausland angeboten wird, durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bei Auslandsbehandlungen einen Kostenerstattungsanspruch nicht von vornherein ausschließt, weil der Erlaubnisvorbehalt der Sicherung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs dient und ein Tätigwerden des Bundesausschusses 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 Krankenversicherung ausschließlich am Maßstab des [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung beurteilt. Für eine derartige Einschränkung ist indessen kein Raum, seitdem der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften klargestellt hat, dass auf Grund der gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten auch die von Leistungserbringern in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union angebotenen ambulanten Leistungen ebenso wie die von inländischen Leistungserbringern von den Versicherten ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden dürfen. Diese gehen also auf Grund der versicherungsrechtlichen Leistungsansprüche der nach dem Personalprinzip auch beim Aufenthalt im europäischen Ausland dem fünften Buch Sozialgesetzbuch unterworfenen deutschen Versicherten zum Umfang des Krankenversicherungsschutzes. Da eine Anerkennung durch einen Beschluss des Bundesausschusses fehlt, kommt eine Übernahme oder Erstattung der Behandlungskosten nur in Betracht, wenn die Unterlassung auf einem Versagen des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Ein solches Systemversagen ist insbesondere 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 Wirtschaftlichkeit benötigten Unterlagen dem Bundesausschuss oder den antragsberechtigten Stellen vorliegen, 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 wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt werden muss. Nur ausnahmsweise, wenn ein Wirksamkeitsnachweis wegen der Art oder des Verlaufs der Erkrankung oder wegen unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf

erhebliche Schwierigkeiten stützt, 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 Tumorstoffvakzine" 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 Mitgliedsstaat maßgebend, in dem der Versicherte seinen stndigen Aufenthalt oder der für ihn zuständige Träger der Krankenversicherung seinen Sitz hat, noch der Stand in dem Mitgliedsstaat, wo der Leistungserbringer ansässig ist. Nur die Auffassung, die darauf abstellt, was von der internationalen Medizin als hinreichend erprobt und anerkannt angesehen wird, kann den Erfordernissen der gemeinschaftsrechtlichen 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 werden. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Gerichts aus den Feststellungen des Sachverständigen 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 Bevollmächtigten des Klägers gegen das Gutachten vom 15.11.1993 vorgetragene Einwände stellen dessen Verwertbarkeit nicht in Frage. Dies betrifft namentlich den Einwand, die vom Sachverständigen 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 Sachverständigen benannten Misserfolgsquoten ohnehin nicht den vom Institut selbst in wissenschaftlich 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 praktizieren 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 Deutschland an. Umgekehrt ist die alleinige Anwendung der Methode in den Niederlanden ebenso wenig ein Maßstab 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 Recherchen 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 Wirksamkeit 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 tatsächliche 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 Angaben 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 Erkenntnisse; 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 [Â§ 138 SGB V](#) ist mithin nicht ersichtlich. c) Schließlich scheidet ein Erstattungsanspruch auf Grundlage des hier noch einschlägigen [Â§ 18 Abs. 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung aus. Für die Anwendung des [Â§ 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 wissenschaftlichen 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 Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen. Nur wenn die im Ausland praktizierte Methode den im Inland bestehenden Behandlungsangeboten eindeutig überlegen ist, wenn etwa eine Krankheit im Inland nur symptomatisch behandelt werden kann, während im Ausland eine kausale, die Krankheitsursache beseitigende Therapie möglich ist, kommt eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse 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 erfüllt. 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 Symptombfreiheit geführt. Der Auskunft der Behandlerin zufolge wäre eine Wiederaufnahme der Behandlung bei erneutem Auftreten der Symptomatik möglich gewesen. Die inländischen Behandlungsmöglichkeiten waren demnach Erfolg versprechend und noch nicht ausgeschöpft. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 SGG](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Erstellt am: 13.06.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024