
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	07.10.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	17.02.1999

3. Instanz

Datum	14.02.2001
-------	------------

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 17. Februar 1999 und des Sozialgerichts Oldenburg vom 7. Oktober 1998 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der 1987 geborene Kläger, der über seine Mutter bei der beklagten Krankenkasse versichert ist, leidet an den Folgen einer frühkindlichen Hirnschädigung. Er ist spastisch gelähmt, steh- und gehunfähig und schwerpflegebedürftig. In den Jahren 1994 bis 1997 ließen ihn seine Eltern mehrfach durch den auf die Mobilisierung cerebralparetischer Kinder spezialisierten Neurologen und Chirotherapeuten Dr. K. in L. /U. behandeln. Dessen Therapiekonzept ist darauf ausgerichtet, in jeweils etwa zwei Wochen dauernden intensiven Behandlungszyklen mit Beteiligung ärztlicher und nichtärztlicher Fachkräfte durch den Einsatz von Manualtherapie, Krankengymnastik, Massagen sowie zahlreichen weiteren Maßnahmen eine Verbesserung der

Bewegungsmöglichkeiten seiner Patienten herbeizuführen. Den Kern der Therapie bildet das Aufspüren und Lösen von Blockaden der Wirbelgelenke, das von Dr. K. selbst durchgeführt wird. Laut Einschätzung des behandelnden Kinderarztes konnte der Gesundheitszustand des Klägers durch die Behandlungen zumindest vorübergehend gebessert werden.

Die Beklagte, die eine im Mai 1994 durchgeführte Behandlung nach rechtskräftiger Verurteilung durch das Sozialgericht (SG) bezahlt hat, lehnte mit dem angefochtenen Bescheid vom 10. Juli 1997 (Widerspruchsbescheid vom 13. November 1997) den Antrag auf Übernahme der Kosten für einen weiteren, vom 17. bis 31. Juli 1997 in der U. geplanten Therapiezyklus ab, weil die Therapie durch Dr. K. nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche und eine erfolversprechende Behandlung auch im Inland möglich sei. Das SG hat den Bescheid aufgehoben und die Beklagte verurteilt, über die Kostenerstattung neu zu entscheiden (Urteil vom 7. Oktober 1998). Die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 17. Februar 1999 zurückgewiesen. Die Bedingungen, unter denen die Krankenkasse nach [Â§ 18 Abs 1](#) und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausnahmsweise Kosten einer im Ausland durchgeführten Behandlung übernehmen dürfte, seien erfüllt. Die angewandte Therapie sei nicht nach [Â§ 135 Abs 1 SGB V](#) ausgeschlossen, denn sie beinhalte im wesentlichen Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung im Inland und demzufolge nicht "neu" im Sinne der genannten Bestimmung seien. Vergleichbare Behandlungen würden auch von sozialpädiatrischen Zentren und Kinderärzten in Deutschland angeboten, seien hier aber wegen unzumutbar langer Wartezeiten nicht rechtzeitig erreichbar, so daß eine erfolversprechende Behandlung nur im Ausland möglich sei.

Mit der vom Bundessozialgericht (BSG) zugelassenen Revision rügt die Beklagte eine Verletzung des [Â§ 18 SGB V](#). Die Entscheidung des LSG weiche von den später ergangenen Urteilen des erkennenden Senats vom 16. Juni 1999 ([BSGE 84, 90 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) ua) ab, in denen die Rechtslage anders beurteilt und entschieden worden sei, daß die von Dr. K. praktizierte Behandlungsmethode nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche und deshalb nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden könne.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 17. Februar 1999 und des Sozialgerichts Oldenburg vom 7. Oktober 1998 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Revision führt zur Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile und zur Abweisung der Klage. Der eine Kostenübernahme ablehnende Bescheid der Beklagten ist nicht zu beanstanden.

Da die in Rede stehende Behandlung in der U. durchgeführt wurde, mit der keine zwischenstaatlichen Vereinbarungen über die Gewährleistung von Krankenversicherungsleistungen bestehen, hat der Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gemäß [Â§ 16 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) während der streitigen Zeit geruht. Die Bestimmung des [Â§ 18 Abs 1](#) und 2 SGB V, die es der Krankenkasse erlaubt, in derartigen Fällen ausnahmsweise die Kosten der erforderlichen Behandlung einschließlich notwendiger Begleitleistungen ganz oder teilweise zu übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur im Ausland möglich ist, kann keine Anwendung finden, weil ihre Voraussetzungen nicht gegeben sind.

18 Abs 1 SGB V verlangt, daß die im Ausland angebotene Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht; darüber hinaus darf im Inland keine diesem Standard entsprechende Behandlung der beim Versicherten bestehenden Erkrankung möglich sein. Bereits die zuerst genannte Bedingung ist nicht erfüllt. Dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht eine Behandlungsmethode nur dann, wenn sie nicht nur von einzelnen Ärzten, sondern von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte und Wissenschaftler) befürwortet wird. Von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, muß über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens bestehen (Senatsurteil vom 16. Juni 1999 – [BSGE 84, 90](#), 96 f = [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) S 18 f mwN). Eine wissenschaftliche Anerkennung in diesem Sinne hat im Behandlungszeitpunkt nicht vorgelegen. Der Senat hat in dem angeführten Urteil vom 16. Juni 1999 aufgezeigt, daß das Therapiekonzept des Dr. K. in den seinerzeit verfügbaren Äußerungen deutscher Wissenschaftler und sozialpädiatrisch tätiger Ärzte überwiegend skeptisch bis ablehnend beurteilt wurde, wobei sich die Kritik einerseits auf die unspezifische Kombination verschiedener Behandlungsformen bezog und andererseits das Fehlen vergleichender Effektivitätsstudien – auch im Hinblick auf die enge Bindung der Behandlungsmethode an die Person des Dr. K. und dessen Weigerung, andere Ärzte in die Methode einzuweisen – bemängelt wurde.

Dies könnte sich allerdings geändert haben, nachdem das Behandlungskonzept der Arbeitsgruppe um Dr. K. und die damit erzielten Ergebnisse auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin im September 1999 einem Fachpublikum vorgestellt und veröffentlicht worden sind (Monatsschrift für Kinderheilkunde Supplement 2, Band 147, Heft 8, S 231). Der Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München und Ärztliche Direktor des Kinderzentrums München, Prof. Dr. v. V., der sich früher mehrfach skeptisch zu der Methode geäußert hatte, hat seine Vorbehalte in einem für das Verwaltungsgericht des Saarlandes zum Aktenzeichen 3 K 182/96 erstatteten Gutachten vom 28. Oktober 1999 nicht

wiederholt, sondern nunmehr von einem mutmaßlich günstigen Einfluss der Therapie aufgrund des Zusammenwirkens der verschiedenen Behandlungssegmente gesprochen und konstatiert, daß nach eigener Erfahrung Behandlungserfolge bei einer großen Zahl von klinisch betreuten Patienten zu verzeichnen seien. Ob dies die Sichtweise eines einzelnen Wissenschaftlers ist oder ob sich aufgrund der neueren Erkenntnisse auch bei anderen Ärzten ein Meinungswandel vollzogen hat und ob die eingetretene Entwicklung bei Zugrundelegung der vom Senat in den Urteilen vom 16. Juni 1999 ([BSGE 84, 90 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) ua) formulierten rechtlichen Anforderungen eine Neubewertung der Kostentragung durch die Krankenkassen erforderlich macht, bedarf hier keiner Erörterung, denn rückwirkend für die streitige Behandlung im Jahr 1997 können sich daraus keine Konsequenzen ergeben (zur Maßgeblichkeit des Behandlungszeitpunkts für die Beurteilung, ob eine Behandlungsmethode zum Leistungsumfang der Krankenversicherung gehört, vgl. Beschluss des Senats vom 8. Februar 2000 – SozR 2500 Â§ 135 Nr 12).

Gegenüber der Beurteilung des Senats, die Behandlungsweise des Dr. K. entspreche nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (ebenso zuvor schon: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. November 1997 – [L 4 KR 1669/97](#); LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 30. September 1997 – [L 1 KR 24/96](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 6. August 1998 – [L 5 K 60/96](#)) kann sich der Kläger nicht auf die Erwägung des LSG berufen, die fragliche Therapie beinhalte im wesentlichen Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung im Inland seien. Das Berufungsgericht hat dem im Berufungsverfahren beigezogenen Gutachten des Sachverständigen Dr. H. entnommen, daß die wesentlichen Elemente des von Dr. K. entwickelten Behandlungskonzepts, wenngleich in anderer Form und nicht in derselben Kombination, auch von deutschen Ärzten angewandt würden und Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung seien. Das gelte namentlich für den Einsatz manualtherapeutischer Techniken, die kombiniert mit Massagen, Krankengymnastik und Wärmebehandlungen den Kern der als "neurophysiologische Therapie" bezeichneten Behandlung bildeten. Dagegen seien andere Elemente wie die Akupunktur und die Akupressur für den Behandlungserfolg von untergeordneter Bedeutung und könnten außer Betracht bleiben.

Die diesbezüglichen Ausführungen im angefochtenen Urteil beziehen sich zwar auf den Erlaubnisvorbehalt des [Â§ 135 Abs 1 SGB V](#), der nach der Rechtsprechung des Senats für Auslandsbehandlungen nicht ohne weiteres gilt ([BSGE 84, 90, 96 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4 S 18](#)). Sie sind dennoch für den Behandlungsanspruch des Klägers erheblich. Die Feststellung, daß eine Behandlung zum vertragsärztlichen Leistungsspektrum gehört, würde eine Erörterung ihrer wissenschaftlichen Anerkennung entbehrlich machen, denn bei medizinischen Maßnahmen, die im Inland als vertragsärztliche Leistungen abrechenbar sind, wird ohne weitere Nachprüfung eine dem gesetzlichen Versorgungsstandard entsprechende Qualität unterstellt (vgl. [BSGE 81, 54, 57 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 12](#)). Gleichwohl ist aus den Schlußfolgerungen des LSG für den Kläger nichts herzuleiten, denn dem LSG kann weder im rechtlichen Ausgangspunkt noch

hinsichtlich der sich daraus möglicherweise ergebenden tatsächlichen Einschätzung gefolgt werden.

Entgegen der Vorgehensweise des Berufungsgerichts ist es rechtlich nicht zulässig, die Vereinbarkeit der umstrittenen Behandlungsmethode mit den Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung daraus abzuleiten, daß einzelne, wenn auch wichtige Elemente des angewandten Therapiekonzepts in gleicher oder ähnlicher Form auch in Deutschland praktiziert werden. Es geht auch nicht an, ein aus zahlreichen Einzelkomponenten bestehendes, "multimodales" Therapiekonzept in wichtige und unwichtige Bestandteile aufzuspalten und bei der Beurteilung seiner Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit nur die als wesentlich eingestuften Elemente in die Betrachtung einzubeziehen. Zwar geht auch der Senat in seiner Rechtsprechung zu [Â§ 135 Abs 1 SGB V](#) davon aus, daß der Ausschluß einer einzelnen zu einem Therapiekonzept gehörenden Leistung nicht notwendig den Ausschluß der gesamten Behandlungsmethode nach sich zieht, sofern die betreffende Leistung für den Erfolg und die Wirksamkeit der Methode ohne wesentliche Bedeutung ist (so im Urteil vom 16. September 1997 â [BSGE 81, 54, 58 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 13](#)). Bei der Annahme, eine bestimmte Leistung sei für den Therapieerfolg entbehrlich, ist jedoch Zurückhaltung geboten, weil der Verfechter der Behandlungsmethode sie in der Regel nicht ohne Grund einsetzen wird. Wenn die Entscheidung von dieser Frage abhängt (was im Urteil vom 16. September 1997 nicht der Fall war), ist eine Beurteilung einer Komponente als unwesentlich ohne Rückfrage beim Therapeuten zumindest problematisch. Keinesfalls ist es zulässig, die Vergleichbarkeit eines komplexen Therapieansatzes mit dem in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen ausschließlich anhand weniger Einzelelemente zu beurteilen und den größeren Teil der eingesetzten Maßnahmen als unwesentliches Beiwerk außer Betracht zu lassen. Eine sachgemäße Bewertung des Gesamtkonzepts, die sowohl den therapeutischen Nutzen als auch die Risiken für die Patienten einbezieht, ist grundsätzlich nur möglich, wenn alle eingesetzten Maßnahmen in ihrem Zusammenwirken gesehen und gewürdigt werden.

Daß Behandlungstechniken wie Manualtherapie, Massagen, Krankengymnastik oder Wärmeanwendungen für sich genommen und bezogen auf bestimmte Anwendungsgebiete anerkannte Therapieverfahren sind, besagt demnach nichts darüber, ob diese Verfahren in ihrer Kombination und im Zusammenwirken mit den anderen von Dr. K. eingesetzten Maßnahmen eine im wesentlichen auch in Deutschland angebotene Methode zur Behandlung spastisch gelähmter Kinder darstellen. Die Behandlung durch Dr. K. umfaßt neben den schon genannten Komponenten die Anwendung von Akupunktur, Akupressur, Phytotherapie, Apitherapie, Elektrostimulation, ferner Heilpädagogik, Ergotherapie und psychologische Beratung; sie schließt auch Maßnahmen wie etwa die Elektroakupunktur ein, die im Inland ausdrücklich von der Anwendung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (vgl zur Elektroakupunktur: Nr 1 der Anlage 2 zu den hier noch maßgebenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom 4. Dezember 1990 â [BArbBl Nr 2/1991 S 33](#)). Unter diesen Umständen macht die Übereinstimmung bestimmter von Dr. K.

angewandter Einzelmaßnahmen mit den im Inland üblichen Methoden die Überprüfung des Gesamtkonzepts am Maßstab des [Â§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) nicht entbehrlich.

Sollten die Ausführungen des Berufungsgerichts zu [Â§ 135 Abs 1 SGB V](#) dahin zu verstehen sein, daß nach seiner Überzeugung die Behandlungsweise des Dr. K. dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht, so läßt sich auch damit der Anspruch des Klägers nicht begründen. Eine Bindung des Revisionsgerichts an eine mögliche diesbezügliche Feststellung besteht nicht. Vielmehr unterliegen die Ausführungen zur Akzeptanz der Behandlungsmethode der revisionsgerichtlichen Nachprüfung auch insoweit, als sie sich auf medizinische Erkenntnisse stützen, die das Gericht dem von ihm beigezogenen Sachverständigengutachten entnommen hat. Der Senat hat bereits in den von der Revision zitierten Urteilen vom 16. Juni 1999 darauf hingewiesen, daß es bei der Prüfung, ob eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und ob eine diesem Standard genügende Behandlung im Inland möglich ist, um die Feststellung genereller Tatsachen geht, für die die Beschränkung des [Â§ 163](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht gilt. Die genannten Fragen stellen sich nicht nur in dem jeweiligen konkreten Einzelfall, sondern in allen Fällen, in denen über die Leistungspflicht der Krankenkassen zu entscheiden ist. Sie können deshalb nicht von Fall zu Fall und von Gericht zu Gericht unterschiedlich beantwortet werden. Vielmehr ist es die Aufgabe der Revisionsinstanz, in einer solchen Konstellation durch Ermittlung und Feststellung der allgemeinen Tatsachen die Einheitlichkeit der Rechtsprechung sicherzustellen und so die Rechtseinheit zu wahren ([BSGE 84, 90](#), 94, 97 = SozR 2500 Â§ 18 Nr 4 S 16 f, 19; unveröffentlichtes Urteil vom 16. Juni 1999 â [B 1 KR 3/98 R](#)).

Die in den genannten Urteilen zur Akzeptanz der Therapie des Dr. K. angestellten und bereits referierten Überlegungen werden durch die im jetzigen Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen nicht in Frage gestellt. Denn auch diese Ermittlungen beziehen sich vor allem auf Einzelelemente und nicht auf das Gesamtkonzept. Soweit sich der Sachverständige Dr. H. positiv zu der Methode geäußert hat, hat er lediglich seine persönliche Auffassung wiedergegeben. Zum Stand der wissenschaftlichen Diskussion und zur Bewertung der Methode durch andere Wissenschaftler war er nicht befragt worden, so daß seine Stellungnahme in dieser Richtung nicht interpretiert werden kann.

Bei der gegebenen Sachlage braucht nicht entschieden zu werden, ob eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung des Klägers im Inland möglich war. Die dazu vom LSG angestellten Erwägungen lassen eine abschließende Beantwortung dieser Frage nicht zu. Zwar greift die Regelung des [Â§ 18 Abs 1 SGB V](#) auch ein, wenn die erforderliche Behandlung im Inland an sich möglich ist, aber wegen einer zu geringen Zahl von Therapieplätzen nicht rechtzeitig erfolgen kann. Bei der Prüfung, ob eine Behandlung des Versicherten wegen unzureichender Kapazitäten nur im Ausland möglich ist, ob also in quantitativer Hinsicht ein Versorgungsdefizit besteht, darf sich das Gericht aber nicht auf allgemeine Feststellungen zur Zahl der vorhandenen

Therapieeinrichtungen und der dort bestehenden Wartezeiten beschränken, sondern muß die konkrete Situation des jeweiligen Klägers untersuchen und ermitteln, ob und warum gerade er trotz entsprechender Bemühungen in vertretbarer Zeit keinen Therapieplatz finden konnte (siehe nochmals [BSGE 84, 90, 95 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) S 17). Dazu enthält das angefochtene Urteil keine Feststellungen.

Da die Voraussetzungen des [Â§ 18 Abs 1 SGB V](#) nicht erfüllt sind, ist für eine Ermessensentscheidung der Beklagten über die begehrte Kostenerstattung kein Raum. Ihre Verurteilung durch die Vorinstanzen konnte deshalb keinen Bestand haben.

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

Erstellt am: 18.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024