-

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.

GrÃ¼nde:

I

Der 1987 geborene KlÃ¤ger, der Ã¼ber seine Mutter bei der beklagten Krankenkasse versichert ist, leidet an den Folgen einer frÃ¼hkindlichen HirnschÃ¤digung. Er ist spastisch gelÃ¤hmt, steh- und gehunfÃ¤hig und schwerpflegebedÃ¼rftig. In den Jahren 1994 bis 1997 lieÃen 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 Ã¤rztlicher und nichtÃ¤rztlicher FachkrÃ¤fte durch den Einsatz von Manualtherapie, Krankengymnastik, Massagen sowie zahlreichen weiteren MaÃnahmen eine Verbesserung der

BewegungsmÃ¶glichkeiten seiner Patienten herbeizufÃ¼hren. Den Kern der Therapie bildet das AufspÃ¼ren und LÃ¶sen von Blockaden der Wirbelgelenke, das von Dr. K. selbst durchgefÃ¼hrt wird. Laut EinschÃ¤tzung des behandelnden Kinderarztes konnte der Gesundheitszustand des KlÃ¤gers durch die Behandlungen zumindest vorÃ¼bergehend gebessert werden.

Die Beklagte, die eine im Mai 1994 durchgefÃ¼hrte Behandlung nach rechtskrÃ¤ftiger Verurteilung durch das Sozialgericht (SG) bezahlt hat, lehnte mit dem angefochtenen Bescheid vom 10. Juli 1997 (Widerspruchsbescheid vom 13. November 1997) den Antrag auf Ãbernahme der Kosten fÃ¼r 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 erfolgversprechende Behandlung auch im Inland mÃ¶glich sei. Das SG hat den Bescheid aufgehoben und die Beklagte verurteilt, Ã¼ber die Kostenerstattung neu zu entscheiden (Urteil vom 7. Oktober 1998). Die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 17. Februar 1999 zurÃ¼ckgewiesen. Die Bedingungen, unter denen die Krankenkasse nach Â§ 18 Abs 1 und 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausnahmsweise Kosten einer im Ausland durchgefÃ¼hrten Behandlung Ã¼bernehmen dÃ¼rfe, seien erfÃ¼llt. Die angewandte Therapie sei nicht nach Â§ 135 Abs 1 SGB V ausgeschlossen, denn sie beinhalte im wesentlichen Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung im Inland und demzufolge nicht "neu" im Sinne der genannten Bestimmung seien. Vergleichbare Behandlungen wÃ¼rden auch von sozialpÃ¤diatrischen Zentren und KinderÃ¤rzten in Deutschland angeboten, seien hier aber wegen unzumutbar langer Wartezeiten nicht rechtzeitig erreichbar, so daÃ eine erfolgversprechende Behandlung nur im Ausland mÃ¶glich sei.

Mit der vom Bundessozialgericht (BSG) zugelassenen Revision rÃ¼gt die Beklagte eine Verletzung des Â§ 18 SGB V. Die Entscheidung des LSG weiche von den spÃ¤ter 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, daÃ 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 kÃ¶nne.

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 KlÃ¤ger beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Er hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend.

II

Die Revision fÃ¼hrt zur Aufhebung der vorinstanzlichen Urteile und zur Abweisung der Klage. Der eine KostenÃ¼bernahme ablehnende Bescheid der Beklagten ist nicht zu beanstanden.

Da die in Rede stehende Behandlung in der U. durchgefÃ¼hrt wurde, mit der keine zwischenstaatlichen Vereinbarungen Ã¼ber die GewÃ¤hrung von Krankenversicherungsleistungen bestehen, hat der Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gemÃ¤Ã Â§ 16 Abs 1 Nr 1 SGB V wÃ¤hrend der streitigen Zeit geruht. Die Bestimmung des Â§ 18 Abs 1 und 2 SGB V, die es der Krankenkasse erlaubt, in derartigen FÃ¤llen ausnahmsweise die Kosten der erforderlichen Behandlung einschlieÃlich notwendiger Begleitleistungen ganz oder teilweise zu Ã¼bernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur im Ausland mÃ¶glich ist, kann keine Anwendung finden, weil ihre Voraussetzungen nicht gegeben sind.

18 Abs 1 SGB V verlangt, daÃ die im Ausland angebotene Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht; darÃ¼ber hinaus darf im Inland keine diesem Standard entsprechende Behandlung der beim Versicherten bestehenden Erkrankung mÃ¶glich sein. Bereits die zuerst genannte Bedingung ist nicht erfÃ¼llt. Dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht eine Behandlungsmethode nur dann, wenn sie nicht nur von einzelnen Ãrzten, sondern von der groÃen Mehrheit der einschlÃ¤gigen Fachleute (Ãrzte und Wissenschaftler) befÃ¼rwortet wird. Von vereinzelten, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, muÃ Ã¼ber die ZweckmÃ¤Ãigkeit der Therapie Konsens bestehen (Senatsurteil vom 16. Juni 1999 â 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 angefÃ¼hrten Urteil vom 16. Juni 1999 aufgezeigt, daÃ das Therapiekonzept des Dr. K. in den seinerzeit verfÃ¼gbaren ÃuÃerungen deutscher Wissenschaftler und sozialpÃ¤diatrisch tÃ¤tiger Ãrzte Ã¼berwiegend skeptisch bis ablehnend beurteilt wurde, wobei sich die Kritik einerseits auf die unspezifische Kombination verschiedener Behandlungsformen bezog und andererseits das Fehlen vergleichender EffektivitÃ¤tsstudien â auch im Hinblick auf die enge Bindung der Behandlungsmethode an die Person des Dr. K. und dessen Weigerung, andere Ãrzte in die Methode einzuweisen â bemÃ¤ngelt wurde.

Dies kÃ¶nnte sich allerdings geÃ¤ndert haben, nachdem das Behandlungskonzept der Arbeitsgruppe um Dr. K. und die damit erzielten Ergebnisse auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Kinderheilkunde und Jugendmedizin im September 1999 einem Fachpublikum vorgestellt und verÃ¶ffentlicht worden sind (Monatsschrift fÃ¼r Kinderheilkunde Supplement 2, Band 147, Heft 8, S 231). Der Vorstand des Instituts fÃ¼r Soziale PÃ¤diatrie und Jugendmedizin der UniversitÃ¤t MÃ¼nchen und Ãrztliche Direktor des Kinderzentrums MÃ¼nchen, Prof. Dr. v. V. , der sich frÃ¼her mehrfach skeptisch zu der Methode geÃ¤uÃert hatte, hat seine Vorbehalte in einem fÃ¼r das Verwaltungsgericht des Saarlandes zum Aktenzeichen 3 K 182/96 erstatteten Gutachten vom 28. Oktober 1999 nicht

wiederholt, sondern nunmehr von einem mutmaÃlich gÃ¼nstigen EinfluÃ der Therapie aufgrund des Zusammenwirkens der verschiedenen Behandlungssegmente gesprochen und konstatiert, daÃ nach eigener Erfahrung Behandlungserfolge bei einer groÃen 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 PÃ¤diatern 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 ErÃ¶rterung, denn rÃ¼ckwirkend fÃ¼r die streitige Behandlung im Jahr 1997 kÃ¶nnen sich daraus keine Konsequenzen ergeben (zur MaÃgeblichkeit des Behandlungszeitpunkts fÃ¼r die Beurteilung, ob eine Behandlungsmethode zum Leistungsumfang der Krankenversicherung gehÃ¶rt, vgl Beschluss des Senats vom 8. Februar 2000 â SozR 2500 Â§ 135 Nr 12).

GegenÃ¼ber der Beurteilung des Senats, die Behandlungsweise des Dr. K. entspreche nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse(ebenso zuvor schon: LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 19. November 1997 â L 4 KR 1669/97; LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 30. September 1997 â L 1 KR 24/96; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 6. August 1998 â L 5 K 60/96) kann sich der KlÃ¤ger nicht auf die ErwÃ¤gung des LSG berufen, die fragliche Therapie beinhalte im wesentlichen Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung im Inland seien. Das Berufungsgericht hat dem im Berufungsverfahren beigezogenen Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr. H. entnommen, daÃ die wesentlichen Elemente des von Dr. K. entwickelten Behandlungskonzepts, wenngleich in anderer Form und nicht in derselben Kombination, auch von deutschen Ãrzten angewandt wÃ¼rden und Bestandteil der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung seien. Das gelte namentlich fÃ¼r den Einsatz manualtherapeutischer Techniken, die â kombiniert mit Massagen, Krankengymnastik und WÃ¤rmebehandlungen â den Kern der als "neurophysiologische Therapie" bezeichneten Behandlung bildeten. Dagegen seien andere Elemente wie die Akupunktur und die Akupressur fÃ¼r den Behandlungserfolg von untergeordneter Bedeutung und kÃ¶nnten auÃer Betracht bleiben.

Die diesbezÃ¼glichen AusfÃ¼hrungen im angefochtenen Urteil beziehen sich zwar auf den Erlaubnisvorbehalt des Â§ 135 Abs 1 SGB V, der nach der Rechtsprechung des Senats fÃ¼r Auslandsbehandlungen nicht ohne weiteres gilt (BSGE 84, 90, 96 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4 S 18). Sie sind dennoch fÃ¼r den Behandlungsanspruch des KlÃ¤gers erheblich. Die Feststellung, daÃ eine Behandlung zum vertragsÃ¤rztlichen Leistungsspektrum gehÃ¶rt, wÃ¼rde eine ErÃ¶rterung ihrer wissenschaftlichen Anerkennung entbehrlich machen, denn bei medizinischen MaÃnahmen, die im Inland als vertragsÃ¤rztliche Leistungen abrechenbar sind, wird ohne weitere NachprÃ¼fung eine dem gesetzlichen Versorgungsstandard entsprechende QualitÃ¤t unterstellt (vgl BSGE 81, 54, 57 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 12). Gleichwohl ist aus den SchluÃfolgerungen des LSG fÃ¼r den KlÃ¤ger nichts herzuleiten, denn dem LSG kann weder im rechtlichen Ausgangspunkt noch

hinsichtlich der sich daraus mÃ¶glicherweise ergebenden tatsÃ¤chlichen EinschÃ¤tzung gefolgt werden.

Entgegen der Vorgehensweise des Berufungsgerichts ist es rechtlich nicht zulÃ¤ssig, die Vereinbarkeit der umstrittenen Behandlungsmethode mit den Anforderungen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung daraus abzuleiten, daÃ einzelne, wenn auch wichtige Elemente des angewandten Therapiekonzepts in gleicher oder Ã¤hnlicher 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 ZweckmÃ¤Ãigkeit 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, daÃ der AusschluÃ einer einzelnen zu einem Therapiekonzept gehÃ¶renden Leistung nicht notwendig den AusschluÃ der gesamten Behandlungsmethode nach sich zieht, sofern die betreffende Leistung fÃ¼r 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 fÃ¼r den Therapieerfolg entbehrlich, ist jedoch ZurÃ¼ckhaltung geboten, weil der Verfechter der Behandlungsmethode sie in der Regel nicht ohne Grund einsetzen wird. Wenn die Entscheidung von dieser Frage abhÃ¤ngt (was im Urteil vom 16. September 1997 nicht der Fall war), ist eine Beurteilung einer Komponente als unwesentlich ohne RÃ¼ckfrage beim Therapeuten zumindest problematisch. Keinesfalls ist es zulÃ¤ssig, die Vergleichbarkeit eines komplexen Therapieansatzes mit dem in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung Ãblichen ausschlieÃlich anhand weniger Einzelelemente zu beurteilen und den grÃ¶Ãeren Teil der eingesetzten MaÃnahmen als unwesentliches Beiwerk auÃer Betracht zu lassen. Eine sachgemÃ¤Ãe Bewertung des Gesamtkonzepts, die sowohl den therapeutischen Nutzen als auch die Risiken fÃ¼r die Patienten einbezieht, ist grundsÃ¤tzlich nur mÃ¶glich, wenn alle eingesetzten MaÃnahmen in ihrem Zusammenwirken gesehen und gewÃ¼rdigt werden.

DaÃ Behandlungstechniken wie Manualtherapie, Massagen, Krankengymnastik oder WÃ¤rmeanwendungen fÃ¼r sich genommen und bezogen auf bestimmte Anwendungsgebiete anerkannte Therapieverfahren sind, besagt demnach nichts darÃ¼ber, ob diese Verfahren in ihrer Kombination und im Zusammenwirken mit den anderen von Dr. K. eingesetzten MaÃnahmen eine im wesentlichen auch in Deutschland angebotene Methode zur Behandlung spastisch gelÃ¤hmter Kinder darstellen. Die Behandlung durch Dr. K. umfaÃt neben den schon genannten Komponenten die Anwendung von Akupunktur, Akupressur, Phytotherapie, Apitherapie, Elektrostimulation, ferner HeilpÃ¤dagogik, Ergotherapie und psychologische Beratung; sie schlieÃt auch MaÃnahmen wie etwa die Elektroakupunktur ein, die im Inland ausdrÃ¼cklich von der Anwendung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (vgl zur Elektroakupunktur: Nr 1 der Anlage 2 zu den hier noch maÃgebenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen Ã¼ber die EinfÃ¼hrung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom 4. Dezember 1990 â BArbBl Nr 2/1991 S 33). Unter diesen UmstÃ¤nden macht die Ãbereinstimmung bestimmter von Dr. K.

angewandter EinzelmaÃnahmen mit den im Inland Ã¼blichen Methoden die Ãberprüfung des Gesamtkonzepts am MaÃstab 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, daÃ nach seiner Ãberzeugung die Behandlungsweise des Dr. K. dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht, so lÃ¤Ãt sich auch damit der Anspruch des KlÃ¤gers nicht begrÃ¼nden. Eine Bindung des Revisionsgerichts an eine mÃ¶gliche diesbezÃ¼gliche Feststellung besteht nicht. Vielmehr unterliegen die Ausführungen zur Akzeptanz der Behandlungsmethode der revisionsgerichtlichen Nachprüfung auch insoweit, als sie sich auf medizinische Erkenntnisse stÃ¼tzen, die das Gericht dem von ihm beigezogenen SachverstÃ¤ndigengutachten entnommen hat. Der Senat hat bereits in den von der Revision zitierten Urteilen vom 16. Juni 1999 darauf hingewiesen,daÃ es bei der PrÃ¼fung, ob eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und ob eine diesem Standard genÃ¼gende Behandlung im Inland mÃ¶glich ist, um die Feststellung genereller Tatsachen geht, fÃ¼r die die BeschrÃ¤nkung des Â§ 163 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht gilt. Die genannten Fragen stellen sich nicht nur in dem jeweiligen konkreten Einzelfall, sondern in allen FÃ¤llen, in denen Ã¼ber die Leistungspflicht der Krankenkassen zu entscheiden ist. Sie kÃ¶nnen 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; unverÃ¶ffentlichtes 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 Ãberlegungen werden durch die im jetzigen Berufungsverfahren durchgefÃ¼hrten Ermittlungen nicht in Frage gestellt. Denn auch diese Ermittlungen beziehen sich vor allem auf Einzelelemente und nicht auf das Gesamtkonzept. Soweit sich der SachverstÃ¤ndige Dr. H. positiv zu der Methode geÃ¤uÃert hat, hat er lediglich seine persÃ¶nliche Auffassung wiedergegeben. Zum Stand der wissenschaftlichen Diskussion und zur Bewertung der Methode durch andere Wissenschaftler war er nicht befragt worden, so daÃ 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 KlÃ¤gers im Inland mÃ¶glich war. Die dazu vom LSG angestellten ErwÃ¤gungen lassen eine abschlieÃende 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 mÃ¶glich ist, aber wegen einer zu geringen Zahl von TherapieplÃ¤tzen nicht rechtzeitig erfolgen kann. Bei der PrÃ¼fung, ob eine Behandlung des Versicherten wegen unzureichender KapazitÃ¤ten nur im Ausland mÃ¶glich 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 beschrÃ¤nken, sondern muÃ die konkrete Situation des jeweiligen KlÃ¤gers untersuchen und ermitteln, ob und warum gerade er trotz entsprechender BemÃ¼hungen in vertretbarer Zeit keinen Therapieplatz finden konnte (siehe nochmals BSGE 84, 90, 95 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4 S 17). Dazu enthÃ¤lt das angefochtene Urteil keine Feststellungen.

Da die Voraussetzungen des Â§ 18 Abs 1 SGB V nicht erfÃ¼llt sind, ist fÃ¼r eine Ermessensentscheidung der Beklagten Ã¼ber 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