
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	03.02.2005

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	13.12.2005
-------	------------

Auf die Sprungrevision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stade vom 3. Februar 2005 aufgehoben. Die Sache wird zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das Landes- sozialgericht Niedersachsen-Bremen zurÃ¼ckverwiesen.

GrÃ¼nde:

I

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r in der Ukraine erfolgte BehandlungsmaÃnahmen.

Der 1978 geborene KlÃ¤ger, der freiwilliges Mitglied der beklagten Ersatzkasse ist, leidet unter einer infantilen Cerebralparese (ICP) mit BewegungsstÃ¶rungen in Form einer spastischen Tetraplegie mit massiver statomotorischer Retardierung. Seit 1993 lieÃ er sich regelmÃig in dem von dem Neurologen und Chirotherapeuten Prof. Dr. Kozijavkin geleiteten Institut in der Ukraine behandeln. Dessen Therapiekonzept, das er selbst "System der intensiven neurophysiologischen Rehabilitation (SINR)" nennt (im Folgenden: "Methode Kozijavkin"), besteht in einer

sog multimodalen Behandlung. Es ist darauf ausgerichtet, in jeweils etwa zweiwöchigen Behandlungszyklen unter Beteiligung ärztlicher und nichtärztlicher Fachkräfte eine Verbesserung der Bewegungsmöglichkeiten von cerebrallyparesischen Kindern und Erwachsenen herbeizuführen (u.a. unter Einsatz von Akupressur, Akupunktur, Wärmebehandlung mit Bienenwachs, Reflextherapie, Manualtherapie, Krankengymnastik). Den Kern der Therapie bildet eine Behandlung der Wirbelsäule mit Techniken der Manualtherapie, bei der durch wringende Griffe Wirbelsäulenblockaden gelöst werden sollen. An diese Intensivphase schließt eine drei- bis zwölfmonatige Stabilisationsphase an, der wiederum eine zweiwöchige Intensivbehandlung folgt (zu dieser Methode vgl. bereits Urteile des Senats vom 16. Juni 1999 – [BSGE 84, 90](#) ff. = [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) – Kozijavkin I sowie vom 14. Februar 2001 – BSG [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 6](#) – Kozijavkin II). Die Kostenübernahme für die bisherigen Behandlungen des Klägers hatte die Beklagte jeweils abgelehnt. Mit rechtskräftig gewordenem Urteil vom 24. September 2003 hatte das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen die Beklagte zur Neubeschcheidung des Klägers für im September 1999 sowie im März/April 2000 erfolgte Behandlungsmaßnahmen verurteilt.

Im August 2000 beantragte der Kläger erneut die Erteilung einer Kostenzusage für eine vom 19. September bis zum 3. Oktober 2000 bei Prof. Dr. Kozijavkin in der Ukraine vorgesehene Behandlung. Die Beklagte lehnte dies ab (Bescheid vom 17. August 2000; Widerspruchsbescheid vom 22. August 2001). Gleiches geschah in Bezug auf weitere Behandlungszyklen vom 10. bis 24. April 2001 (Bescheid vom 5. März 2001; Widerspruchsbescheid vom 22. August 2001), vom 28. September bis 12. Oktober 2001 (Bescheid vom 21. August 2001; Widerspruchsbescheid vom 5. Dezember 2001) sowie vom 20. März bis 3. April 2002 und vom 25. März bis 8. April 2003 (Bescheide vom 6. März 2002 und 26. Februar 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. August 2003).

Das Sozialgericht (SG) hat die gegen die Bescheide erhobenen Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden. Es hat die Beklagte sodann – bei Abweisung der auf Verurteilung zur Zahlung gerichteten Klage im übrigen – unter Aufhebung ihrer Bescheide verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden: Ein solcher Anspruch ergebe sich aus [Â§ 18 Abs 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die beim Kläger angewandte Behandlungsmethode entspreche seit September 1999 dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Das ergebe sich – wie näher ausgeführt wird – aus zwei zum Klageverfahren beigezogenen medizinischen Sachverständigengutachten (des ärztlichen Direktors im Kinderzentrum München und Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München Prof. Dr. Dr. von Voss vom 6. August 2002 sowie des Leiters der Klinik für Manuelle Therapie in Hamm Dr. Helling vom 22. April 2002), die das LSG Niedersachsen-Bremen in dem mit Urteil vom 16. Juni 2004 in zweiter Instanz beendeten Rechtsstreit zum Aktenzeichen [L 4 KR 101/04](#) eingeholt habe (Revisionsverfahren = Parallelsache [B 1 KR 21/04 R](#)). Diese Gutachten bestätigten die Anerkennung der "Methode Kozijavkin". Danach sei eine entsprechende multimodale Behandlung in der durchgeführten Form nur in der Ukraine möglich. Obwohl der Kläger selbst

kein Kind mehr sei, habe auch er Anspruch auf eine solche, in erster Linie auf die Behandlung von Kindern ausgelegte Behandlung (Urteil vom 3. Februar 2005).

Mit ihrer Sprungrevision rügt die beklagte Ersatzkasse die Verletzung der [     2 Abs 2](#), [13 Abs 1](#), [16 Abs 1 Nr 1](#), [18 Abs 1 Satz 1](#), [39 Abs 1 Satz 2](#), [40 Abs 2 SGB V](#). Zur Begründung verweist sie auf zwei von ihr im SG-Verfahren vorgelegte Grundsatzgutachten des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. Kruse vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen eV (MDS) vom 8. Mai 2003 sowie vom 1. Juni 2004. Diese Gutachten setzten sich mit der "Methode Kozijavkin" und den vom SG in Bezug genommenen Sachverständigengutachten auseinander und gelangten zu dem Ergebnis, dass sich aus den genannten Gutachten nicht herleiten lasse, die streitbefangene Methode habe dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprochen. Insbesondere seitens der Gruppe der Neuropädiater, die in erster Linie für das betroffene Krankheitsbild fachlich zuständig seien, best  nden kritische Einwände gegenüber der Methode, vor allem hinsichtlich einzelner, darin enthaltener Komponenten (insbesondere sog Bienenstich-Therapie, Elektroakupunktur, von Prof. Dr. Kozijavkin selbst angewandte Handgriffe). Darüber hinaus fehle ein direkter Vergleich mit nicht in der Ukraine behandelten Patienten. Eine Blocktherapie sei im übrigen auch anderweitig im In- und Ausland möglich, insbesondere in England und Italien. Der Gutachter Dr. Helling habe als Vertreter der Manualtherapie ein erhebliches Eigeninteresse an einer Anerkennung der Manualtherapie für cerebralkomplexierte Kinder. Prof. Dr. Dr. von Voss habe nur von einer großen Akzeptanz unter den Eltern berichtet, ohne eine entsprechende Akzeptanz auch in der medizinischen Wissenschaft darstellen zu können. Das SG habe außerdem nicht geprüft, ob konkret für den Kläger Behandlungsalternativen in Deutschland bestanden hätten. Insoweit komme zB eine der "Methode Kozijavkin"   hnliche Behandlung in Hamm in Betracht. Weiterhin habe das SG fehlerhaft nicht ermittelt, ob die Therapie gerade für den Kläger sinnvoll gewesen sei, nachdem er sie seit 1993 bereits mehrfach durchlaufen habe. Es stehe nicht fest, ob bei ihm nach diesen Behandlungsabschnitten eine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, die zur Hoffnung auf Besserung durch weitere Behandlungszyklen in der Ukraine berechtige.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat haben die Beteiligten mit Rücksicht auf Unklarheiten über die rechtzeitige Klageerhebung einen Verfahrensvergleich für den Behandlungszyklus 28. September bis 12. Oktober 2001 geschlossen; insoweit hat sich die Beklagte zur Neubeschheidung nach rechtskräftigem Abschluss des Verfahrens verpflichtet und der Kläger die Klage zurückgenommen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stade vom 3. Februar 2005 zu ändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Er bezieht sich ergänzend auf ein weiteres Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Dr. von Voss vom 17. Juni 2005 zur "Methode Kozijavkin" bei erwachsenen

Cerebralparetikern, das dieser in einem Rechtsstreit für das Sächsische LSG erstattet hat.

II

Die zulässige Revision der Beklagten ist im Sinne der Zurückverweisung begründet.

Anders als das SG entschieden hat, kann nicht angenommen werden, dass der Kläger Anspruch auf Neubescheidung hinsichtlich der Kostenerstattung für die vom 19. September bis zum 3. Oktober 2000, vom 10. bis 24. April 2001, vom 20. März bis 3. April 2002 sowie vom 25. März bis 8. April 2003 erfolgte Behandlung durch Prof. Dr. Kozijavkin in der Ukraine hat.   ber den vom Kläger erhobenen Anspruch kann ohne weitere Sachaufklärung nicht entschieden werden. Der Senat übt sein ihm in [   170 Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingeräumtes Ermessen dahin aus, dass er die Sache an das örtlich zuständige LSG zurückverweist. Das LSG wird im Wesentlichen erneut zu ermitteln haben, ob im Falle des Klägers jeweils die Tatbestandsmerkmale des [   18 SGB V](#) erfüllt waren.

1. In der Sache hängt der Klageerfolg davon ab, ob in Bezug auf die Behandlung des Klägers in dem Institut von Prof. Dr. Kozijavkin in der Ukraine in den genannten Zeiträumen die Voraussetzungen des [   18 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (in der hier noch maßgeblichen bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992     BGG I 2266) vorgelegen haben. Da dies auf der Grundlage der Feststellungen des SG nicht angenommen werden kann, müssen die dazu erforderlichen Ermittlungen nachgeholt werden.

a) In prozessualer Hinsicht muss das LSG dabei zunächst auf eine sachdienliche Antragstellung des Klägers hinwirken ([   106 Abs 1 SGG](#)). Obwohl das SG das ursprüngliche Klagebegehren, die Beklagte zur Kostenerstattung zu verurteilen, rechtskräftig abgewiesen hat, muss auch das auf Verurteilung der Beklagten zur "Neubescheidung" hinsichtlich der Behandlungskosten gerichtete Begehren zur Vermeidung eines Folgerechtsstreits über den schon jetzt erkennbaren Leistungsrahmen hinreichend bestimmt sein; bislang ist aber unklar, auf Erstattung welcher konkreten Behandlungs- und Behandlungskosten (zB auch für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten) das Klagebegehren genau gerichtet ist.

b) Nach [   18 SGB V](#) kann eine Krankenkasse die Kosten einer (notwendigen, [   27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) "Behandlung einer Krankheit" (Abs 1 Satz 1) sowie "weitere Kosten für den Versicherten" und Kosten "für eine erforderliche Begleitperson" (Abs 2) ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung "nur im Ausland möglich" ist. Die Regelung ermöglicht als Rechtsfolge nicht nur eine Kostenübernahme, sondern auch     nach entsprechender vorheriger Antragstellung und Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse     die hier begehrte Kostenerstattung (vgl zuletzt Senats-Urteil vom 17. Februar 2004     [B 1 KR 5/02 R](#), [BSGE 92, 164](#), 165 = [SozR 4-2500    18 Nr 2](#) RdNr 7; ferner

Senat, [SozR 4-2500 Â§ 18 Nr 1](#) RdNr 8 â Auslandsbehandlung nach PetÄ).

c) Bei der PrÃ¼fung, ob eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und ob eine diesem Standard genÃ¼gende Behandlung im Inland mÃ¶glich ist, geht es um die Feststellung genereller Tatsachen, fÃ¼r die die BeschrÃ¤nkung des [Â§ 163 SGG](#) nicht gilt. Diese Fragen stellen sich nÃ¤mlich in allen FÃ¤llen, in denen Ã¼ber die Leistungspflicht der Krankenkassen zu entscheiden ist und kÃ¶nnen nicht von Fall zu Fall und von Gericht zu Gericht unterschiedlich beantwortet werden. Es ist Aufgabe der Revisionsinstanz, auch 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 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) S 16 f, 19; [BSG SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 6](#) S 26 f mwN; vgl auch Beschluss des Senats vom 7. Oktober 2005 â [B 1 KR 107/04 B](#), zur VerÃ¶ffentlichung in [SozR](#) vorgesehen). Gleichwohl hÃ¤lt es der Senat fÃ¼r sachgerecht, nicht selbst in entsprechende Ermittlungen einzutreten. Das schlieÃt es nicht aus, Ã¼ber den vom SG entschiedenen Fall des KlÃ¤gers hinaus die GrundsÃ¤tze fÃ¼r die stets auch von den Tatsacheninstanzen vorzunehmende Ermittlung allgemeiner Tatsachen bei Nicht-EU-Auslandsbehandlungen zu verdeutlichen und dabei auf zwischenzeitlich eingetretene RechtsÃ¤nderungen europarechtlicher Art aufmerksam zu machen.

d) Der Senat geht davon aus, dass ein Leistungsanspruch des KlÃ¤gers aus VertrauensschutzgrÃ¼nden jedenfalls noch in der Zeit der hier erfolgten Behandlung nicht schon daran scheitert, dass hier (mÃ¶glicherweise) eine spezielle Verordnung der Auslandsbehandlung durch einen deutschen Arzt fehlt (dieses generelle Erfordernis einer solchen Verordnung fÃ¼r Auslandsbehandlungen bislang offen lassend zuletzt: [BSGE 92, 164, 165 = SozR 4-2500 Â§ 18 Nr 2](#) RdNr 7 mwN). FÃ¼r die Entbehrlichkeit einer solchen Ã¤rztlichen Verordnung kÃ¶nnte immerhin angefÃ¼hrt werden, dass die Krankenkassen nach Beantragung der KostenÃ¼bernahme vor DurchfÃ¼hrung der MaÃnahme in derartigen FÃ¤llen ohnedies regelmÃ¤Ãig verpflichtet sind, durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prÃ¼fen lassen, ob die begehrte Krankenbehandlung nur im Ausland mÃ¶glich ist ([Â§ 275 Abs 2 Nr 3 SGB V](#)). DarÃ¼ber hinaus ist die LeistungsgewÃ¤hrung der Krankenkassen fÃ¼r eine Auslandsrankenbehandlung selbst ohnehin nicht vom Erfordernis Ã¤rztlicher Verantwortung iS von [Â§ 15 Abs 1 SGB V](#) freigestellt; in gleicher Weise wie bei einer Behandlung im Inland muss vielmehr ein Arzt die Notwendigkeit der Behandlung festgestellt sowie die Einhaltung der medizinischen Standards gewÃ¤hrleistet und zumindest Ã¼berwacht haben (vgl schon Senat, [SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 3](#) RdNr 13 f). DafÃ¼r, dass Solches hier nicht der Fall war, ist nichts ersichtlich.

e) Neben dem hier auÃer Streit befindlichen Vorliegen einer behandlungsbedÃ¼rflichen und in Bezug auf die gesetzlichen Behandlungsziele des [Â§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (allgemein) behandelungsfÃ¤higen Krankheit des KlÃ¤gers ist zum einen Voraussetzung fÃ¼r die nach [Â§ 18 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zu treffende Ermessensentscheidung der beklagten Ersatzkasse, dass die in der Ukraine in Zyklen zwischen September 2000 und April 2003 durchgefÃ¼hrte Behandlung des

Klägers dem "allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse" entsprach und darüber hinaus â kumulativ (vgl. schon [BSGE 84, 90, 91 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) S 13 â Kozijavkin I) â zum anderen "nur im Ausland" möglich war.

Die Feststellungen des SG reichen nicht aus, um darüber zu entscheiden, ob die genannte streitige erste Voraussetzung (dazu unter f) und die zweite Voraussetzung (dazu unter g) erfüllt sind.

f) Auf Grund der bisherigen Feststellungen des SG, die im Wesentlichen an diejenigen des LSG Niedersachsen-Bremen in dem Rechtsstreit zum Aktenzeichen [L 4 KR 101/04](#) (Urteil vom 16. Juni 2004; paralleles Revisionsverfahren [B 1 KR 21/04 R](#), ebenfalls zuräckverwiesen mit Urteil des Senats vom 13. Dezember 2005) anknüpfen, kann nicht darüber entschieden werden, dass die bei dem Kläger in den streitbefangenen Zeiträumen in der Ukraine angewandte "Methode Kozijavkin" von ihrem Konzept her seinerzeit überhaupt dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach und somit die erste wesentliche Voraussetzung des [Â§ 18 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) erfüllt ist. Das gilt sowohl vom Ausgangspunkt der bisherigen Rechtsprechung des Senats her (dazu unter aa) als auch erst recht unter Berücksichtigung einer erforderlichen notwendigen Präzisierung dieser Rechtsprechung (dazu unter bb). Hierzu wird das LSG auch den genaueren Inhalt der Behandlung aufzuklären haben (vgl. näher g), cc).

aa) Nach der Rechtsprechung des Senats ist entscheidend, dass die Leistung im Ausland den Kriterien des in [Â§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) geregelten Wissenschaftlichkeitsgebots entsprochen hat. Das wiederum ist der Fall, wenn die "große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler)" die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Dieses setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode â die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu wärdigen ist â zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein ([BSGE 84, 90, 96 f = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) S 18 f â Kozijavkin I; BSG [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 6](#) S 23 ff â Kozijavkin II).

Der Senat hatte diese Voraussetzungen in den zitierten Urteilen in Bezug auf die "Methode Kozijavkin" verneint: Diese Methode sei in den verfügbaren Äußerungen deutscher Wissenschaftler und sozialpädiatrisch tätiger Ärzte überwiegend skeptisch bis ablehnend beurteilt worden, wobei sich die Kritik einerseits auf die unspezifische Kombination verschiedener Behandlungsformen bezogen habe und andererseits das Fehlen vergleichender Effektivitätsstudien â auch im Hinblick auf die enge Bindung der Behandlungsmethode an die Person des Prof. Dr. Kozijavkin und dessen Weigerung, andere Ärzte in die Methode

einzuweisen â bemÃngelt worden sei. Der Senat hat insoweit weiter wÃrtlich ausgefÃhrt: "Dies kÃnnte sich allerdings geÃndert haben, nachdem das Behandlungskonzept der Arbeitsgruppe um Dr. Kozijavkin und die damit erzielten Ergebnisse auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft fÃr Kinderheilkunde und Jugendmedizin im September 1999 einem Fachpublikum vorgestellt und verÃffentlicht worden sind". DarÃber hinaus hat der Senat daran angeknÃpft, dass Prof. Dr. Dr. von Voss, der sich frÃher mehrfach skeptisch zu der Methode geÃuÃert hatte, seine Vorbehalte in einem fÃr ein Verwaltungsgericht erstatteten Gutachten vom 28. Oktober 1999 nicht wiederholt, sondern nunmehr von einem mutmaÃlich gÃnstigen Einfluss der Therapie auf Grund des Zusammenwirkens der verschiedenen Behandlungssegmente gesprochen und konstatiert habe, dass nach eigener Erfahrung Behandlungserfolge bei einer groÃen Zahl von klinisch betreuten Patienten zu verzeichnen seien. Der Senat hat seinerzeit offen lassen kÃnnen, ob diese Sichtweise des Gutachters nur diejenige eines einzelnen Wissenschaftlers war oder ob sich auf Grund der neueren Erkenntnisse auch bei anderen PÃdiatern ein Meinungswandel vollzogen habe und ob die eingetretene Entwicklung bei Zugrundelegung der vom Senat schon in seinen Urteilen vom 16. Juni 1999 ([BSGE 84, 90](#) ff = [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4](#) ua) formulierten rechtlichen Anforderungen eine Neubewertung der Kostentragung durch die Krankenkassen erforderlich mache (so zum Ganzen: Senats-Urteil vom 14. Februar 2001, [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 6](#) S 24 â Kozijavkin II).

Die in dem vom SG in Bezug genommenen, vom LSG Niedersachsen-Bremen im Parallelverfahren dazu eingeholten SachverstÃndigengutachten sind nicht geeignet, die tragende Aussage des angefochtenen Urteils zu stÃtzen, dass eine solche Ãnderung der Bewertung der "Methode Kozijavkin" ab September 1999 gerechtfertigt sei. Das LSG hat sich vielmehr allein auf die Meinung zweier Ãrzte gestÃtzt, von denen im Voraus bekannt war, dass sie die "Methode Kozijavkin" befÃrworten, und hat insbesondere klare Feststellungen dazu unterlassen, ob beide eine Mehrheitsmeinung vertreten oder vielleicht selbst nur als "Einzelstimmen" zu qualifizieren sind.

So ist darauf hinzuweisen, dass einer der vom LSG gehÃrten SachverstÃndigen (Prof. Dr. Mau) die Frage nach der Akzeptanz der Methode in Fachkreisen eindeutig verneint hat. Die beiden anderen Gutachter (Prof. Dr. Dr. von Voss und Dr. Helling), die die Auffassung des KlÃgers stÃtzen, fÃhren demgegenÃber im Kern nur aus, aus welchen GrÃnden sie selbst den Einsatz der "Methode Kozijavkin" auf der Grundlage der von ihnen gewonnenen Erkenntnisse befÃrworten; sie berufen sich dazu im Wesentlichen nur auf VortrÃge bzw VerÃffentlichungen Kozijavkins bzw aus dessen Umfeld sowie auf eigene Beobachtungen bei den Patienten. Aus diesen befÃrwortenden gutachtlichen Stellungnahmen wird indessen nicht in nachvollziehbarer Weise deutlich, welchen Widerhall die Methode tatsÃchlich in der breiten FachÃffentlichkeit gefunden hat. Zur Feststellung dieses entscheidungserheblichen Umstandes kann die lediglich in pauschaler Weise gegebene EinschÃtzung einzelner, der Therapie im Grundsatz positiv gegenÃber stehender Mediziner ersichtlich nicht ausreichen. Um den erforderlichen Grad der Verbreitung deutlich machen zu kÃnnen, mÃsste vielmehr im Einzelnen aufgelistet werden, welche (namentlich benannten) Fachautoren und Ãrztlichen

Behandler bzw Fachinstitutionen sich bis zu den im Falle des Klägers maßgeblichen Behandlungszeitpunkten für die "Methode Kozijavkin" ausgesprochen hatten und welche eine zurückhaltendere oder gar ablehnende Haltung einnahmen.

Selbst bei alleiniger Zugrundelegung der vom LSG Niedersachsen-Bremen eingeholten Gutachten ist aber die von ihm bejahte Verbreitung und Akzeptanz der Behandlungsmethode in Fachkreisen nicht plausibel und hätte weiterer Ermittlungen bedurft. So stellt Prof. Dr. Dr. von Voss in seinem Gutachten vom 6. August 2002 zB selbst die von anderen Ärzten und Wissenschaftlern gegen die "Methode Kozijavkin" vorgebrachten Einwände aus seiner wissenschaftlichen Sicht, zieht aber die Existenz solcher Gegenstimmen (weiterhin) zumindest nicht in Zweifel. Gezielt zur Akzeptanz unter Fachleuten befragt, äußert er zu Frage 2 ("Wie groß ist die Akzeptanz?"), dass "sowohl Kinderärzte als auch Krankengymnasten/nastinnen bei einem Großteil der Patienten positive Veränderungen nach der Behandlung" bestätigten. Dazu, in welchem Maße dies der Fall ist, dh wie das Pro und Contra zahlenmäßig und/oder gewichtungsmäßig einzuschätzen ist, äußert sich der Gutachter aber nicht (kritisch insoweit zu Recht schon MDS-Gutachten Dr. Kruse vom 1. Juni 2004, S 12). Ähnliches ist den Ausführungen zu der Frage zu entnehmen, seit wann die Methode in Deutschland anerkannt ist; auch dazu wird nicht im Sinne der dargestellten Rechtsprechung des Senats in einer für unbeteiligte Dritte nachvollziehbaren Weise von einer überwiegenden Akzeptanz berichtet, sondern nur davon, dass "zunehmend" Kinderärzte, Sozialpädagogen, usw positive Entwicklungsveränderungen bzw Entwicklungsfortschritte bestätigten; auch an anderer Stelle wird nur die besondere Akzeptanz "vornehmlich von Eltern" bestätigt, aber auch "von einer Reihe von Kinderärztinnen und Kinderärzten". Von den dem Gutachten beigelegten Literaturstellen stammen die meisten im Übrigen aus den Jahren nach 2000, sodass sie zu dem seinerzeit vom LSG als maßgeblich angesehenen Zeitpunkt September 1999 noch nicht vorgelegen haben können. Prof. Dr. Dr. von Voss bezeichnet die "Methode Kozijavkin" als "neues Therapieverfahren", das "jüngst" (2002) in Übersichtsarbeiten in Forschungsberichten dargestellt worden sei, und erwähnt selbst, dass es eine Reihe kritischer Stimmen zu dieser Methode gebe. Eine nicht nahtlos in Einklang mit dem Gutachten stehende eher zurückhaltende Würdigung hat Prof. Dr. Dr. von Voss im Übrigen in einer Veröffentlichung des "Internationalen Fördervereins für medizinische Rehabilitation nach Kozijavkin" (IFRK spezial vom 14. Juni 2003, im Internet recherchiert am 18. November 2005 unter: http://www.ifrk.org/index1/frames/neurointensiv_stellungnahme_v_voss.pdf) abgegeben. Darin heißt es ua, Therapiewirksamkeitsstudien zur ICP müssten weltweit eingefordert werden und es sei noch ein langer Weg, bis man sich aufmachen werde, ein so komplexes Krankheitsbild umfassend zu erforschen; die Arbeitsgruppe Kozijavkin habe sich "mutig auf den Weg gemacht", für Kinder und Jugendliche mit ICP "therapeutisches Neuland zu betreten"; man werde gespannt sein dürfen, welche Behandlungsdaten sie dereinst vorlegten. Hieraus wird deutlich, dass der Gutachter auch die bisherigen Erkenntnisse zur Behandlungsmethode Kozijavkin an anderer Stelle noch mit gewisser Zurückhaltung und dem Wunsch nach einer stärkeren

wissenschaftlichen Untermauerung gewürdigt hat.

Auch aus den Ausführungen des Gutachters Dr. Helling lässt sich eine überwiegende Akzeptanz in Fachkreisen nicht herleiten. Dieser hat differenziert zwischen Orthopäden und Kinderorthopäden sowie Chirotherapeuten einerseits, bei denen die Akzeptanz "groß sein dürfte", während dies andererseits bei Pädiatern und Neuropädiatern nur in deutlich geringerem Maße der Fall sein dürfte. Diese Überlegungen gründen nicht erkennbar auf gerichtsfest nachvollziehbare Fakten, sondern haben eher spekulativen Charakter (auch insoweit schon MDS-Gutachten Dr. Kruse vom 1. Juni 2004, S 11). Dr. Helling lehnt es darüber hinaus ab, von einer "Methode Kozijavkin" zu sprechen und gibt nur die Ansicht der Manualtherapeuten wieder ("Diese Behandlungsmethoden sind nach meiner Ansicht von der großen Mehrheit der manualtherapeutischen Ärzte befürwortet."). Auch daraus lässt sich nicht schließen, dass die Mehrheit der einschlägigen Fachleute, sondern allenfalls die Mehrheit der Manualtherapeuten, eine an die "Methode Kozijavkin" angelehnte Behandlung befürwortet.

Das LSG muss deshalb auch wie im erwähnten Parallelverfahren auch in weiteren Ermittlungen aufklären, welche Meinung einschlägige Fachleute zu der "Methode Kozijavkin" (in ihrer Gesamtheit, dh nicht nur bezogen auf einzelne ihrer Elemente (BSG [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 6](#) S 25 f)) vertreten und ob sich nur Einzelstimmen gegen die Anwendung der Methode bei ICP-Patienten wenden.

bb) Das Vorgehen des LSG Niedersachsen-Bremen gibt im übrigen Anlass zu präzisieren, was unter der "großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute" zu verstehen ist und welche Studien in den Blick zu nehmen sind. Es entspricht allgemeinem Wissenschaftsverständnis, dass die Wissenschaftlichkeit einer Studie weder vom Ort ihrer Entstehung noch von der Stelle ihrer Publikation abhängt. Infolgedessen versteht es sich von selbst, dass als Basis für die Herausbildung eines Konsenses alle international zugänglichen einschlägigen Studien dienen können. In ihrer Gesamtheit kennzeichnen sie den Stand der medizinischen Erkenntnisse. Davon zu unterscheiden ist die Frage, welcher Personenkreis für die Ermittlung der "großen Mehrheit der einschlägigen Fachkreise" in den Blick zu nehmen ist. Indem [Â§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) auf den "allgemein anerkannten" Stand der medizinischen Erkenntnisse abstellt, soll dasjenige erfasst werden, was sich im internationalen wissenschaftlichen Diskurs ob seiner wissenschaftlichen Überzeugungskraft durchgesetzt hat. Insoweit sind im Ausgangspunkt nicht nur inländische Fachleute einzubeziehen. Das schließt andererseits nicht aus, zur Ermittlung des "allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse" inländische Institutionen zu befragen, insbesondere dann, wenn sichergestellt ist, dass sie den auf internationaler Ebene "allgemein anerkannten Stand" als maßgeblich rezipieren und ggf zu Grunde legen. Das harmoniert auch mit den Anforderungen des europäischen Rechts. So geht der Europäische Gerichtshof (EuGH) davon aus, nur diejenige Auslegung der Wendung "in ärztlichen Kreisen üblich" sei nicht diskriminierend, die auch bei grundsätzlicher Anknüpfung an das Inland eine Ausrichtung an dem von der internationalen Medizin als anerkannt Angesehenen für maßgeblich erachtet (vgl EuGH, Urteil vom 12. Juli 2001 auch Rs [C-157/99](#), EuGHE I-2001, 5473 ff = SozR 3-6030 Art 59 Nr 6, S 32 f auch

Da es bei den insoweit gebotenen weiteren Ermittlungen, welche Position einschlägige Fachkreise zur "Methode Kozijavkin" vertreten, um die Feststellung allgemeiner Tatsachen geht, kommt es in besonderer Weise darauf an, Erkenntnisse auf einer möglichst breiten Grundlage zu gewinnen; in der Zeit verfügbarer medizinischer Datenbanken im Internet (zB Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)) und juristischer Informations- und Dokumentationssysteme (zB JURIS) ist dies nicht mit außergewöhnlichen und unzumutbaren Ermittlungsschwierigkeiten verbunden. In diesem Zusammenhang darf sich die Feststellung allerdings auch nicht auf die Meinung deutscher Ärzte und Wissenschaftler beschränken, sondern muss vor dem Hintergrund der europarechtlichen passiven Dienstleistungsfreiheit zumindest auch diejenigen in anderen EU-Staaten mit einbeziehen (vgl schon EuGH, Urteil vom 12. Juli 2001 â€‹Rs [C-157/99](#), EuGHE I-2001, 5473 ff = SozR 3-6030 Art 59 Nr 6, S 32 f â€‹Smits/Peerbooms, RdNr 92 ff; vgl [Â§ 18 Abs 1 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003, BGBl 2190). Zu diesem Zweck stehen verschiedene Möglichkeiten der Ermittlung zur Verfügung.

(1) Sofern sich allein aus der zahlenmäßigen Aufschlüsselung einer allerdings typischerweise auch nur mittels sachverständiger Hilfe möglichen Literaturrecherche kein klares Bild ergeben sollte, kommt es darauf an, wie unterschiedliche Bewertungen ggf gemessen am Grad ihrer jeweiligen wissenschaftlichen Evidenz zu gewichten und einzuschätzen sind (vgl Â§ 9 der Richtlinie über die Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden idF vom 1. Dezember 2003, (BAnz Nr 57 S 5678), zuletzt geändert am 20. September 2005 (BAnz Nr 222 S 16166)). Eine derartige Gewichtung haben erstmals die MDS-Gutachten von Dr. Kruse vom 8. Mai 2003 und vom 1. Juni 2004 vorgenommen; bei Zweifeln an deren Überzeugungskraft müsste durch Zuhilfenahme geeigneter Sachverständiger ggf erneut die Gewichtung von zum Behandlungszeitpunkt vorliegenden widerstreitenden Fachveröffentlichungen geklärt werden (zum Stellenwert entsprechender MDS-Gutachten vgl allerdings [Â§ 275 Abs 2 Nr 3, Abs 4 und Abs 5 Satz 1 SGB V](#)). Insoweit kann sich zB eine Anfrage bei dem inzwischen mit Wirkung zum 1. Januar 2004 gemäß [Â§ 139a SGB V](#) errichteten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) anbieten. Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität von Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen tätig und erstellt wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen. Es stellt auch für alle Bürger verständliche allgemeine Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung ([Â§ 139a Abs 3 Nr 2 und 6 SGB V](#)). Zwar sind nach [Â§ 139b Abs 1 und 2 SGB V](#) Gerichte und Krankenkassen nicht unmittelbar befugt, das IQWiG mit einer Untersuchung zu beauftragen; das schließt es jedoch nicht aus, dass diese beim IQWiG vorliegende Informationen abrufen und zum konkreten Verfahren beziehen. Die Krankenkassen können

darüber hinaus in geeigneten Fällen über ihre Spitzenverbände eine Beauftragung des IQWiG durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder über die Aufsichtsbehörden einen Antrag durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung veranlassen ([Â§ 139b Abs 1 Satz 2 und Abs 2 SGB V](#)). Auf diese Weise können daher vom IQWiG Informationen auch zu Fragestellungen eingeholt werden, die nicht in den Kompetenzbereich des G-BA nach [Â§ 91 ff SGB V](#) fallen und zu denen das IQWiG, dessen Träger der G-BA ist, deshalb auch keine Stellungnahmen abgibt. Das gilt insbesondere für Auslandsbehandlungen, für deren Beurteilung der G-BA nicht zuständig ist (vgl [BSGE 84, 90, 96 = SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 4 S 18](#); BSG [SozR 3-2500 Â§ 18 Nr 6 S 25](#); BSG [SozR 4-2500 Â§ 18 Nr 1 RdNr 15](#) â Pet.). Das Institut dürfte zumindest in der Lage sein, zB einschlägige medizinische Fachgesellschaften zu benennen oder Hinweise auf geeignete Sachverständige zu geben.

(2) Zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere des Umstandes, ob die große Mehrheit der einschlägigen Ärzte und Wissenschaftler die Behandlungsmethode befürwortet und sie für zweckmäßig hält, liegt des Weiteren die Einholung von Stellungnahmen der einschlägigen Fachgesellschaften nahe. Welche Fachgesellschaften dafür in Frage kommen, bestimmt sich nach der konkreten Erkrankung und der Art der im Einzelfall streitbefangenen Behandlung; es sind also regelmäßig diejenigen, die sich um eine Behandlung der Erkrankung bemühen, und deren Aufgabengebiet die konkrete Behandlungsmethode zugerechnet werden kann. Im Fall der hier streitbefangenen ICP, für deren Behandlung zT auf eine Fülle zur Verfügung stehender Methoden verwiesen wird (vgl zB Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie, Monatsschrift für Kinderheilkunde 1999, 696 ff, und Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin vom 25. Juni 2004, im Internet unter www.dgsj.de/Ilspastischecp.php sowie die Aufstellungen zB <http://members.aol.com/geburt/main/therapie/startseite.html> (eine Patientenorganisation) â jeweils recherchiert am 22. November 2005), bedeutet das, dass zumindest ein Meinungsbild der Vereinigung für Kinderorthopädie, sowie der Fachgesellschaften für Pädiatrie, Sozialpädiatrie, Neuropädiatrie und Jugendmedizin eingeholt werden muss. Die Art der Behandlung fordert zumindest die Feststellung, wie Fachgesellschaften im Bereich der Manualtherapie und Neurologie bzw Kinderneurologie die "Methode Kozijavkin" beurteilen.

(3) In diesem Zusammenhang kann zusätzlich von Bedeutung sein, inwieweit sich unter Fachleuten konsensfähige medizinische Erkenntnisse bereits sogar in ärztlichen Leitlinien niedergeschlagen haben. Wie das Bundessozialgericht (BSG) entschieden hat, musste die Feststellung, was dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts jeweils entsprach, bis zum Wirksamwerden der neuen für die Inlandsbehandlung geltenden gesetzlichen Instrumentarien zur Bestimmung von Inhalt, Umfang und Qualität der Krankenhausbehandlung nach anderen Kriterien getroffen werden. In diesem Zusammenhang wurde vor allem den Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften Bedeutung zugemessen, die sich zB in Leitlinien niedergeschlagen hatten und auf diese Weise geeignet waren,

"Standards" zu definieren (so [BSGE 81, 182](#), 187 f = [SozR 3-2500 Â§ 109 Nr 5](#) S 39 f (3. Senat) â Hyperthermie). Auch der erkennende 1. Senat des BSG hat sich indessen in jÃ¼ngerer Zeit in Bezug auf LeistungsansprÃ¼che im Inland bisweilen auf die Angaben und Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften zu Behandlungsstandards gestÃ¼tzt (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 12](#) S 71 â Colon-Hydro-Therapie; [BSGE 90, 289](#), 292, 294 f = [SozR 4-2500 Â§ 137c Nr 1](#) RdNr 7, 15 â Magenband; zuletzt Senats-Urteil vom 16. Februar 2005 â [B 1 KR 18/03 R](#) â stationÃ¤re Schizophrenie-Behandlung, [BSGE 94, 161](#), 170 f = [SozR 4-2500 Â§ 39 Nr 4](#) RdNr 22). Zwar gibt es Erkenntnisse, die eine differenziertere Betrachtung der von Ã¤rztlicher Seite selbstregulativ geschaffenen Regelwerke im Rahmen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung gebieten dÃ¼rften (dazu schon Urteil des Senats vom 16. Februar 2005, aaO mwN). Andererseits liegt es nahe, Leitlinien einschÃ¤giger medizinischer Fachgesellschaften jedenfalls dann zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit heranzuziehen und auszuwerten, wenn die normalerweise im innerstaatlichen Bereich zur Leistungskonkretisierung berufenen Institutionen â wie hier â dafÃ¼r keine ZustÃ¤ndigkeit besitzen. In Ã¤hnlicher Weise kann daher vorgegangen werden, wenn Ã¼ber die Akzeptanz in Fachkreisen fÃ¼r eine bestimmte, nach dem Beteiligtenvorbringen nur auÃerhalb der EU mÃ¶gliche Behandlung gestritten wird.

(4) Als weitere MÃ¶glichkeit der Ermittlung des Standes der medizinischen Erkenntnisse kÃ¶nnen schlieÃlich Gutachten aus anderen Verwaltungs- und Gerichtsverfahren, insbesondere aus den Verfahren anderer Landessozialgerichte beigezogen werden. FÃ¼r die "Methode Kozijavkin" kommt beispielsweise die Beiziehung von Gutachten der LSG fÃ¼r das Saarland, Sachsen und ThÃ¼ringen in Betracht, die ebenso wie das hiesige LSG, an das nun zurÃ¼ckverwiesen wird, Ã¼ber diese Methode und ihre Anerkennung eine Entscheidung zu treffen hatten (LSG fÃ¼r das Saarland, Beschluss vom 24. Februar 2000, [L 2 K 17/97](#), verÃ¶fflicht in JURIS, Dok-Nr KSRE083011018; SÃ¤chsisches LSG, Urteil vom 20. MÃ¤rz 2000 â [L 1 KR 30/01](#), JURIS, Dok-Nr KSRE094431518; ThÃ¼ringer LSG, Urteil vom 18. Dezember 2002 â [L 6 KR 836/02](#), JURIS Dok-Nr KSRE091600218). Auch die MDS-Gutachten von Dr. Kruse wird das LSG im weiteren Verfahrensgang mit zu wÃ¼rdigen haben.

g) Sollten die Ermittlungen des LSG ergeben, dass die im Ausland zur Anwendung vorgesehene Behandlungsmethode zu den Behandlungszeitpunkten im aufgezeigten Sinne dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach (erste Voraussetzung des [Â§ 18 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)), muss es weiter genauer feststellen, ob ebenfalls das weitere Tatbestandsmerkmal erfÃ¼llt ist, dh, ob eine Behandlung mit demselben Behandlungsziel wie bei dem KIÃ¤ger angestrebt zum vorgesehenen Behandlungszeitpunkt in Deutschland bzw der EU/des EuropÃ¤ischen Wirtschaftsraums (EWR) allgemein und konkret fÃ¼r den KIÃ¤ger unter qualitativen und quantitativen Gesichtspunkten nicht verfÃ¼gbar bzw zumutbar war. Auch insoweit reichen die bisherigen Feststellungen fÃ¼r eine Entscheidung nicht aus.

aa) Ohne dass der Fall des KIÃ¤gers dem Senat derzeit Veranlassung bietet, zu

Einzelfragen detailliert Stellung zu nehmen, kann es nach der Judikatur des EuGH
([EuGHE 1998, I-1931](#) = SozR 3-6030 Art 59 Nr 5 â Kohl; [EuGHE 1998, I-1831](#)
RdNr 37 ff = SozR 3-6030 Art 30 Nr 1 â Decker;