

# SOZIALGERICHT BREMEN

S 8 KR 263/17



IM NAMEN DES VOLKES

## URTEIL

In dem Rechtsstreit

A.,  
A-Straße, A-Stadt,

Kläger,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte B.,  
B-Straße, A-Stadt, Az.: - -

g e g e n

C., ,  
C-Straße, C-Stadt, Az.: - -

Beklagte,

hat die 8. Kammer des Sozialgerichts Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung am 23. Oktober 2018, an der teilgenommen haben Direktor des Sozialgerichts Dr. Schnitzler als Vorsitzender sowie die ehrenamtliche Richterin G und der ehrenamtliche Richter H, für Recht erkannt:

**Der Bescheid der Beklagten vom 01. Juni 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. August 2017 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, die Kosten der Behandlung des Klägers im CHOP in Philadelphia einschließlich der Kosten der Begleitperson endgültig zu übernehmen.**

**Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers.**

## TATBESTAND

Es wird darum gestritten, ob die Beklagte die Kosten für die Behandlung der beim seinerzeit ...jährigen Kläger bestehenden Bronchitis fibroplastica im Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), USA, endgültig tragen muss (Kosten in Höhe von 299,199,61 €).

Der Kläger wurde ... mit einem schweren Herzfehler geboren. In seiner ersten Lebenswoche erfolgte eine Herzkatheterintervention und nachfolgend eine Herzoperation. In den Folgejahren wurden weitere Interventionen und Herzoperationen durchgeführt. Im weiteren Verlauf bildete sich – zusätzlich, als Folgeerkrankung - eine Bronchitis fibroplastica (auch bezeichnet als Plastic Bronchitis) mit akut einsetzendem Husten und Atemnot sowie Abfall der Sauerstoffsättigung aufgrund von sich laufend neubildenden Eiweißklumpen (sog. Casts). Nach einer Studie aus dem Jahre 2014 versterben innerhalb von fünf Jahren nach Diagnose 50% der an dieser Erkrankung leidenden Patienten oder benötigten eine Herztransplantation (Schumacher et al. J Am Heart Assoc. 2014, zitiert in der Ärztlichen Stellungnahme von PD Dr. W. und PD Dr. F. vom 24.4.2018).

Im Jahr 2016 stellten Dr. Yoav Dori (CHOP) u.a. in der Zeitschrift Circulation eine neue Methode zur Behandlung der Bronchitis fibroplastica vor (Percentuaneous Lymphatic Embolization of Abnormal Pulmonary Lymphatic Flow as Treatment of Plastic Bronchitis in Patients With Congenital Heart Disease, Circulation 2016, 1160 – 1170). Bei der Behandlung werden die in die Lunge führenden Lymphgänge verschlossen, was zu einer Verhinderung der Casts führen soll. In der veröffentlichten Studie wird über die erfolgreiche Behandlung von 18 Patienten berichtet.

Mit Schreiben vom 25.4.2017 beantragten die Eltern des Klägers die Kostenübernahme für eine Behandlung in Philadelphia. Sie fügten ein Schreiben von PD Dr. F. und Prof. A. vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK SH) vom 12.4.2017 bei, in dem hervorgehoben wird, dass es sich bei der im CHOP in Philadelphia durchgeführten Methode um eine aufwändige Therapie handele, die an keinem anderen Ort weltweit durchgeführt werde und die nach den vorliegenden Publikationen Heilung verspreche. Trotz aller Bemühungen einschließlich erfolgter Operation im Jahr 2002 sei es zu keiner Besserung des Krankheitsbildes gekommen. Der Kläger leide weiterhin unter lebensbedrohlichen Erstickungsanfällen, die durch die Casts hervorgerufen würden. Im Alltag komme es fast täglich zu solchen Episoden, die einen regelhaften Schulbesuch nur äußerst eingeschränkt

ermöglichten. Mit einer Besserung oder Spontanheilung sei nicht zu rechnen. Die neue Behandlung werde nur im CHOP durchgeführt. Die Behandlungsunterlagen seien im CHOP vorgestellt worden und bei einer Telefonkonferenz mit den dortigen Kollegen diskutiert worden; dabei hätten die Ärzte des CHOP den Kläger für eine Behandlung akzeptiert. Dem Antrag war außerdem ein Entlassbrief von Prof. A., PD Dr. F., Dr. G., UK SH, vom 4.11.2016 wegen einer Behandlung vom 3.-5.11.2016 beigelegt, die der Kläger durchgeführt hatte, um eine mögliche Behandlung abzuklären. Die Eltern fügten außerdem – neben der Publikation in Circulation - ein Schreiben des CHOP vom 4.5.2017 bei, wonach die dortige Klinik den Antragsteller aufnehmen und behandeln würde. Die Beklagte holte eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 15.5.2017 (Fachärztin für Herzchirurgie Dr. M.) ein. Nach dem Gutachten bewirken die erfolgten konservativen Behandlungen des Klägers kein Aufhalten der Verschlimmerung der klinischen Symptomatik. Chirurgische Optionen stünden nicht zur Verfügung; bei weiterer Verschlechterung stünde nur die Option einer Herz-Lungen-Transplantation zur Wahl. Die von Dr. Dori entwickelte, derzeit einzigartige Methode erscheine zur Verbesserung der Beschwerdesymptomatik nach den publizierten Studienergebnissen „geeignet“. Das Verfahren werde nicht in anderen Kliniken angeboten. Aufgrund der inzwischen erreichten Schwere der Erkrankung sowie wegen der Ausschöpfung sämtlicher alternativer Behandlungsmöglichkeiten sei der Therapieansatz beim Kläger daher „indiziert“.

Mit Schreiben vom 1.6.2017 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit Schreiben vom 1.6.2017 ab. Zur Begründung erklärte sie, es handle sich um eine Leistung, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden könne.

Mit Schreiben vom 2.6.2017 bat die Beklagte den MDK um eine erneute Begutachtung, ob es in Deutschland eine vergleichbare zugelassene oder neue Methode gäbe. Außerdem zog die Beklagte eine Stellungnahme von Dr. C., Universitätsklinikum Erlangen, vom 9.6.2017 bei. Danach führen die Casts zu extremer Atemnot mit Erstickenanfällen. Nur im CHOP könne eine Behandlung erfolgversprechend durchgeführt werden. Alternative Therapien seien in Deutschland umfassend ausgeschöpft worden. Allerdings seien die Kosten „maximal überhöht“, da es sich nur um einen kurzen Krankenhausaufenthalt handle. Die Behandlung sei mit einer Herzkatheterbehandlung mit Cojl-Verschluss vergleichbar, der in Deutschland nicht mehr als 25.000,00 € koste. Bei den hohen Kosten sei es sinnvoller, Dr. Dori nach Deutschland einzuladen und die Intervention hier durchführen zu lassen. Dies sei die einzige kostengünstige Alternative. Nach dem Gutachten des MDK vom 28.6.2017 (Dr. M.) kann die Erkrankung des Klägers in akuten Fällen tödlich verlaufen, wenn der Patient nicht in der Lage ist, die Casts abzu husten. Alle konservativen Be-

handlungsmöglichkeiten – die Gabe von Steroiden, Heparin, Dornase alfa, tPA und Bronchialdilatoren sowie nicht-chirurgische Katheter-Interventionen – seien beim Kläger erfolglos angewandt worden. Gleichwohl sei es zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes gekommen. Wenn die konservativen Therapien nicht erfolgreich seien, sei hierzulande die Herz-Lungentransplantation die letztendliche Therapieoption. Nach eingehender Recherche gäbe es keine alternativen Behandlungsmethoden und auch keine sich entwickelnden Therapiekonzepte. Das CHOP sei weltweit das einzige Zentrum, in dem diese Art der Behandlung durchgeführt werde. Nach der Studie sei bei allen 18 Patienten über den Beobachtungszeitraum eine Verbesserung der Symptomatik erzielt worden, bei einigen (zumindest vorübergehend) ein Ausbleiben der Bildung neuer Casts. Es heißt weiter abschließend: „Unter den geschilderten Umständen erscheint die in Philadelphia angebotene Methode die einzige Alternative zur sonst absehbar erforderlichen Transplantation“.

Mit Schreiben vom 6.7.2017 – das am gleichen Tag bei der Beklagten einging – erklärten die Eltern, man habe ihnen seitens der Beklagten in einem Telefonat versichert, das Schreiben vom 1.6.2017 sei eine Ablehnung, die aus formellen Gründen erfolgt wäre. Die Beklagte hätte erklärt, sie sei in der gebotenen Frist nicht in der Lage gewesen, inhaltlich eine Entscheidung herbeiführen zu können. Damit sei das Schreiben vom 1.6.2017 so etwas wie eine Zwischenablehnung. Man habe sie telefonisch darauf hingewiesen, dass die Kasse sich weiter mit dem Fall befasse und eine endgültige Entscheidung für die kommende Woche in Aussicht gestellt. Sofern es zu einer endgültigen Ablehnung komme, beantragten sie vorsorglich Akteneinsicht in das Gutachten des MDK, um ihren Widerspruch begründen zu können.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme von Dr. K., Universitätsklinikums Münster, vom 6.7.2017 ein. Danach wurden nach den Unterlagen offensichtlich alle konventionellen Behandlungsmethoden ausgereizt. Darüber hinaus seien sogar interventionelle Maßnahmen ergriffen worden. Daraus werde deutlich, wie groß der Leidensdruck des Patienten und der Handlungsdruck der Ärzte sei. Eine Herz-Lungentransplantation sei im konkreten Fall mit erheblichem Risiko behaftet, so dass mit einer hohen Rate von Akutkomplikationen, aber auch einer eingeschränkten Langzeitprognose auszugehen sei. Die streitige Behandlung werde nur im CHOP durchgeführt. Auch wenn über die Langzeitfolgen der Therapie bisher keine Aussagen getroffen werden könnten, halte er – Dr. K. – auch nach interner Diskussion in der interdisziplinären Konferenz mit dem Kinderkardiologen und dem Kinderherzchirurgen eine Behandlung im CHOP im Falle des Klägers „zum aktuellen Zeitpunkt für alternativlos“.

Die Beklagte fasste das Schreiben der Eltern des Klägers vom 6.7.2017 als Widerspruch auf und teilte den Eltern des Klägers am 17.7.2017 mit, sie habe den Widerspruch erhalten. Gerne werde sie den Widerspruch aus medizinischer Sicht erneut überprüfen lassen. Sobald die beratenden Ärzte den Fall begutachtet hätten, würde die Beklagte sich mit den Eltern in Verbindung setzen.

Die Beklagte holte ein Schreiben von Dr. H., Medizinische Hochschule BBP. (MHH), vom 18.7.2017 ein. Danach hat sich die Symptomatik trotz der Behandlung nicht verbessert. Es handele sich um eine seltene, lebensbedrohliche Komplikation meist nach Herzoperation. Dr. Dori habe eine neue Therapiemethode entwickelt, die weltweit einzigartig sei. Die Methode könne nicht an der MHH durchgeführt werden. Auf die Frage, ob die strittige Behandlung notwendig sei, erklärte Dr. H., da es sich um eine quälende, lebensbedrohliche Erkrankung handele, halte er den geplanten Behandlungsversuch „für gerechtfertigt“.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.8.2017 zurück. Der Widerspruch sei unzulässig, weil er nach Ablauf der Monatsfrist erhoben worden sei. Er sei auch unbegründet, weil nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien. Als Alternative käme insbesondere eine Herz- und Lungentransplantation in Frage. Dies habe der MDK mitgeteilt. Dieses Ergebnis werde in einer ergänzenden Stellungnahme des MDK bestätigt. Leistungsvoraussetzung für Kassenbehandlungen sei außerdem gem. § 18 SGB V, dass die Methode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Dies setze ein Werturteil weiterer Fachkreise voraus. Bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bedürfe es zudem einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 135 SGB V). Bei Auslandsleistungen müsse die Behandlung dem Wissenschaftlichkeitsgebot entsprechen (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Hierfür bedürfe es einer ausreichenden Anzahl von Behandlungsfällen, was hier nicht gegeben sei. Außerdem sei die Behandlung nicht wirtschaftlich und zu sehr an die Person des Dr. Dori im CHOP gebunden, um sie unabhängig wissenschaftlich überprüfen zu können. Außerdem komme eine Ausnahme auch im Lichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) nicht in Betracht. Zwar liege eine lebensbedrohliche oder vergleichbare Erkrankung vor. Aber es gäbe alternativ die Möglichkeit einer Herz-Lungentransplantation. Zudem fehlten für die Behandlung im CHOP Langzeitstudien. Auch seien die Kosten, die das CHOP verlange, unklar und intransparent. Für einen neuntägigen Krankenhausaufenthalt verlange die Klinik 400.000,00 US-\$, bei Vorauszahlung verringere sich der Betrag auf 200.000,00 US-\$. Es sei unklar, wofür die Kosten verlangt würden und wie es zu der Kostenverringerung bei Vorauszahlung komme. Bei einer vergleichbaren Behandlung fielen in Deutschland nicht mehr als 25.000,00 € an.

Am 30.8.2017 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Bremen erhoben und einen Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes gestellt.

Im Eilverfahren hat er erklärt, die massiven Hustenanfälle seien mit einem Gefühl des Erstickens verbunden. Er habe im letzten Schuljahr ca. 70 % des Unterrichts verpasst, weil er im häuslichen Bereich verbleibe, da dort Hilfsmittel vorhanden seien, die Notfallsituationen kompensieren könnten. Es bestünde latente Erstickungsgefahr. Selbst der MDK habe auf die Alternativlosigkeit der Behandlung im CHOP hingewiesen. Gegen den Bescheid vom 1.6.2017 sei mündlich Widerspruch erhoben worden. Sein Vater habe mehrfach mit der Antragsgegnerin telefoniert und erklärt, dass er mit der Entscheidung nicht einverstanden sei. Soweit die Beklagte auf eine Herz-Lungen-Transplantation verweise, sei darauf hinzuweisen, dass überhaupt nicht klar sei, wann eine solche erfolgen könne. Zudem sei eine solche Transplantation ohnehin mit erheblichen Risiken verbunden. Überdies sei nicht einmal sicher, dass durch eine Lungentransplantation die Casts ausbleiben würden. Denn diese würden nicht in der Lunge gebildet, sondern flössen in die Lunge hinein und verklumpten sich dort. Die Eilbedürftigkeit ergebe sich aus der Intensität der Casts und dem Risiko des Erstickens. Auf Anfrage des Gerichts hat der Antragsteller außerdem erklärt, eine kurzfristige Aufnahme am CHOP sei möglich, ein konkreter Termin aber noch nicht vereinbart worden. Er hat ein weiteres Schreiben von Prof. A., PD Dr. W., Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, vom 7.9.2017 eingereicht, wonach eine Verzögerung möglicherweise bei der Behandlung der zu jeder Zeit potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung weitreichende negative Folgen haben könne.

Die Beklagte hat im Eilverfahren erklärt, es läge weder ein Anordnungsgrund, noch ein Anordnungsanspruch vor. Zur Begründung hat sie den Inhalt des Widerspruchsbescheides wiederholt. Es läge auch keine besondere Eilbedürftigkeit vor, weil der Antragsteller seit Jahren mit der Erkrankung lebe. Es bestünde keine akute Lebensgefahr. Gegen die Eilbedürftigkeit spreche auch, dass die Eltern des Antragstellers erst am 6.7.2017 Widerspruch erhoben hätten.

Die Kammer hat die Beklagte mit Beschluss vom 14.9.2017 vorläufig verpflichtet, die Kosten der Behandlung im CHOP zu übernehmen. Sie hat zur Begründung ausgeführt, der Eilantrag sei zulässig und begründet. Es liegt ein streitiges Rechtsverhältnis vor. Zwar hätte der Kläger – bzw. dessen Eltern – keinen fristgerechten schriftlichen Widerspruch gegen den Bescheid vom 1.6.2017 erhoben, weil der Widerspruch erst am 6.7.2017 (einem Donnerstag) bei der Krankenkasse eingegangen sei. Ein streitiges Rechtsverhältnis liegt jedoch deshalb vor, weil ein solches auch durch einen Überprüfungsantrag gem. § 44 SGB X gegeben sein könne und die Beklagte den verspäteten Widerspruch als Überprü-

fungsantrag hätte auffassen müssen. Außerdem liege ein Anordnungsanspruch vor. Anspruchsgrundlage für die Behandlung sei § 18 Abs. 1 S. 1 SGB V (in der seit 2004 geltenden Fassung). Danach kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich ist. In diesen Fällen könne die Krankenkasse nach Abs. 2 auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen. Diese Voraussetzungen seien nach dem Stand des Eilverfahrens ohne Zweifel gegeben. Auch der MDK habe mehrfach bestätigt, dass die Behandlung nur im CHOP durchgeführt werden kann. Die alternative Behandlung, auf die die Antragsgegnerin abstelle, sei keine gleichwertige Alternative. Dabei könne außer Betracht bleiben, ob durch eine Herz-Lungentransplantation tatsächlich eine Besserung eintreten würde oder nicht. Denn jedenfalls sei unklar, ob der Kläger Transplantate erhalten kann – und wann dies der Fall wäre. Unabhängig davon sei außerdem eine Herz-Lungentransplantation ein so gravierender Eingriff, dass vorab in jedem Falle jegliche alternative Behandlung ausgeschöpft werden müsste. An der Wissenschaftlichkeit der Methode habe die Kammer aufgrund der diversen vorliegenden medizinischen Unterlagen, die übereinstimmend die Methode befürworteten, keinen Zweifel. Es sei auch ein Anordnungsgrund gegeben. Der Antragsteller leide an einer mit Luftnot verbundenen Erkrankung, die nach ärztlicher Auffassung zu jeder Zeit potenziell lebensbedrohlich sein könne.

Gegen diesen Beschluss erhob die Beklagte Beschwerde zum Landessozialgericht. Sie trug zur Begründung der Beschwerde vor, zu der Behandlung in den USA lägen noch keine Studien vor. Es seien auch noch nicht viele Behandlungen durchgeführt worden. Es sei intransparent, wie hoch die Kosten seien und ob Folgebehandlungen notwendig seien. Auch müsse eine Methode unabhängig von der Person des Behandlers sein. Das sei hier nicht gegeben, weil die Methode nur in einem Krankenhaus durchgeführt werde. Im Übrigen stünde den Krankenkassen bei den Behandlungen gem. § 18 SGB V ein Ermessen zu. Dieses habe sie rechtsfehlerfrei in dem Sinne ausgeübt, dass eine Behandlung in den USA nicht übernommen werde. Außerdem gäbe es eine alternative Behandlung, nämlich eine Herz-Lungen-Transplantation. Diese sei auch gleichwertig. Im Übrigen sei die Durchführung der Behandlung nicht eilig. Der Kläger lebe seit Jahren mit der Erkrankung.

Der Kläger trug im Beschwerdeverfahren vor, er – oder seine Eltern – könnten die Kosten der Behandlung nicht übernehmen. Die Klinik in den USA habe außerdem erklärt, nur dann die Kosten zu übernehmen, wenn eine Zusage einer Krankenkasse vorliege.

Mit Beschluss vom 4.10.2017 hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) die Beschwerde zurückgewiesen (L 16 KR 444/17 B ER). Es hat zur Begründung ausgeführt, es könne dahinstehen, ob die Widerspruchsfrist eingehalten sei. Denn es sei (zunächst) keine abschließende Entscheidung ergangen. Der Kläger habe glaubhaft vorgebracht, dass ihm telefonisch versichert worden sei, die Ablehnung erfolge nur aus formalen Gründen; eine endgültige Entscheidung folge noch. Der Vortrag der Eltern sei schlüssig; es falle auf, dass die Ablehnung am 1.6.2017 kurz vor Eintritt der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a SGB V erfolgt sei. Schlicht nicht mit einer endgültigen Ablehnung vereinbar sei auch, dass die Kasse trotz erfolgter Ablehnung weitere Ermittlungen durchgeführt habe. Nach den Umständen des Einzelfalls erscheine es treuwidrig, wenn die Beklagte den Kläger an einer formal verfristeten Widerspruchseinlegung festhalte. Der Kläger habe auch einen Anspruch auf vorläufige Kostenübernahme gem. § 18 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 1a SGB V glaubhaft gemacht (einschließlich der Kosten für eine Begleitperson). Zwar sei das Krankenhaus in Philadelphia nicht zugelassen im Sinne von § 108 SGB V. Der Anspruch ergebe sich aber aus § 18 Abs. 1 SGB V. Das der Krankenkasse danach eingeräumte Ermessen sei auf Null reduziert. Zwar sei die Behandlung in Philadelphia nicht nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin anzuerkennen, weil insbesondere Langzeitstudien fehlten. Der Kläger könne sich jedoch auf einen sogenannten Seltenheits- oder Ausnahmefall gem. § 2 Abs. 1a SGB V berufen, der auch im Rahmen des § 18 SGB V zu berücksichtigen sei. Zudem spiele Art. 2 Abs. 1 GG und das Sozialstaatsprinzip hinein; das BVerfG habe mehrfach entschieden, dass bei tödlichen oder vergleichbar schweren Erkrankungen, für die eine allgemein anerkannte Leistung nicht zur Verfügung stehe, auch eine von den Regelungen des SGB V abweichende Leistung beansprucht werden könne, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe (BVerfG, B. v. 26.2.2013, 1 BvR 2045/12). In solchen Fällen seien die Krankenkassen zu einer grundrechtsorientierten Auslegung verpflichtet. Ein solcher Fall liege hier vor. Die Erkrankung sei akut lebensbedrohlich. Die in Philadelphia praktizierte Behandlung gebe nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder spürbar positive Einwirkung. Denn die Studienergebnisse seien überwiegend positiv. Positiv seien auch die vorliegenden Einschätzungen der Ärzte in Deutschland, die den Kläger behandelt oder begutachtet hätten (Dr. K., Prof. Dr. A., Prof. Dr. C., Prof. H.). Für den Kläger stehe zudem eine gleichwertige Behandlung weder in Deutschland, noch in Europa zur Verfügung. Eine Herz-Lungentransplantation sei nicht gleichwertig; insofern stimmten alle eingeholten ärztlichen Beurteilungen schon wegen der mit einer Herz-Lungentransplantation verbundenen Risiken überein. Ohnehin müssten hierfür zunächst zwei passende Organe gefunden werden; der Kläger werde derzeit nicht auf entsprechenden Wartelisten geführt. Für eine Herz-Transplantation erfülle er die Erfordernisse nicht,

weil seine Herzleistung noch als zu günstig zu beurteilen sei. Eine Transplantation komme daher auf absehbare Zeit nicht in Betracht. Ohnehin sei zweifelhaft, ob eine Transplantation die Bronchitis Plastica heilen werde. Denn die Casts würden wohl im Lymphsystem und nicht in der Lunge gebildet.

Nach dem Beschluss des LSG führte der Kläger im Dezember 2017 die Behandlung im CHOP durch. Die Beklagte übernahm – vorläufig – die Kosten.

Zur Begründung seiner am 30.8.2017 erhobenen Klage hat der Kläger sich auf die Ausführungen der Kammer und des LSG bezogen. Er hat erklärt, sein Gesundheitszustand habe sich nach der Behandlung erheblich verbessert. Seit dem Eingriff hätten sich keine Casts mehr gebildet. Er nehme jetzt regelmäßig am Schulunterricht teil. Er hat ein Attest des Kinderarztes T. vom 27.2.2018 überreicht, das ihm einen „guten Gesundheitszustand“ attestiert. Die Lunge sei seitengleich belüftet. Auch die Sauerstoffsättigung des Blutes habe sich maßgeblich verbessert (SOP2 89 %, HF 90/min). Die zuvor mehrmals täglich notwendigen Inhalationstherapien seien nicht mehr notwendig (64). Die Bronchitis fibroplastica könne jederzeit tödlich enden, weil die Betroffenen an den Casts ersticken könnten. Der Kläger hat ein Schreiben von Prof. A./Dr. W., Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, vom 18.4.2018 überreicht. Danach sind im CHOP durch Dr. Dori mittlerweile 55 Patienten erfolgreich behandelt worden. Mit der Durchführung der Methode in anderen Zentren sei im Laufe der nächsten Jahre zu rechnen. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung und der technisch anspruchsvollen Methode sowie der umfangreichen Diagnostik sei damit zu rechnen, dass die Behandlung auf wenige Zentren beschränkt bleibe. Das UK SH sei interessiert; PD Dr. W. habe die Behandlung des Klägers vor Ort verfolgen können. Der Kläger hat außerdem eine Stellungnahme von Prof. A., UK SH, vom 24.4.2018 überreicht. Im November 2017 habe ein Gehstest stattgefunden. Dabei habe der Kläger nach einer maximal möglichen Laufstrecke von 680 m nur noch eine Sauerstoffsättigung von 50% gezeigt und Atemnot gehabt. Ende 2017 habe sich außerdem eine gesteigerte Casts-Frequenz gezeigt. Bei progredienten Belastungseinschränkungen und ungünstigem Krankheitsverlauf hätte innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums ein ungünstiger Krankheitsverlauf befürchtet werden müssen. Auch bei einer Lungentransplantation bestehe innerhalb von 5 Jahren nur eine Überlebenschance von 50%. Eine Transplantation könne daher nur letzte Möglichkeit für die Behandlung der Bronchitis fibroplastica sein. Die Castbildung sei nach der Behandlung im CHOP komplett zurückgegangen; die Belastbarkeit im Alltag habe sich verbessert, so dass ein regelhafter Schulbesuch möglich sei. Die Inhalationstherapien hätten beendet werden können.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 01. Juni 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. August 2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Kosten der Behandlung des Klägers im CHOP in Philadelphia einschließlich der Kosten der Begleitperson endgültig zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat im Klageverfahren erklärt, nach ihrer Auffassung sei die Klage unzulässig, weil der Bescheid vom 1.6.2017 nicht rechtzeitig angefochten worden sei. Sie hat (erstmalig mit Schriftsatz vom 8.1.2018) erklärt, es werde bestritten, dass dem Kläger gegenüber erklärt worden sei, es folge noch eine endgültige Entscheidung. Zwar hätten Telefonate stattgefunden, aber es werde bestritten, dass erklärt worden sei, es handle sich lediglich um eine vorläufige Ablehnung und es erfolge noch eine endgültige Bescheidung. Dass der Bescheid innerhalb der Fünfwochenfrist (des § 13 SGB V) ergangen sei, entspreche lediglich den gesetzlichen Vorgaben. Auch sei es nicht widersprüchlich, dass trotz zunächst erfolgter Bescheidung weitere medizinische Ermittlungen durchgeführt worden seien. Es sei damit gerechnet worden, dass Widerspruch eingelegt werde. Daher sei man über den verspäteten Widerspruch überrascht gewesen. Die Klage sei auch unbegründet. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die streitige Behandlung. Das CHOP sei kein zugelassenes Krankenhaus und die Behandlung keine zugelassene Behandlung. Die Behandlung sei auch keine nach dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ im Sinne von § 18 SGB V. Es fehlten jegliche Studien. Auch sei eine ausreichende Zahl erfolgreicher Behandlungsfälle nicht nachgewiesen. Die Kosten des CHOP seien intransparent. Auch sei die Behandlung an die Person des Behandlers gebunden. Alternativ hätte eine Herz-Lungentransplantation durchgeführt werden können. Die Entscheidung des LSG sei unzutreffend. Entgegen dem LSG hätte schon keine grundrechtsorientierte Auslegung der gesetzlichen Vorschriften erfolgen dürfen. Die Behandlungsmethode sei nicht Teil der Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil die Behandler ihre Leistungen nicht innerhalb des Systems der GKV kontrollieren lassen würden. Außerdem hätte kein akut lebensbedrohlicher Zustand vorgelegen und schon von daher sei die Rechtsprechung des BVerfG nicht anwendbar. Das Sozialgericht müsse prüfen, ob eine Herz-Lungen-Transplantation tatsächlich zur Verfügung gestanden hätte.

## ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Klage ist als Verpflichtungsklage zulässig, weil die streitige Norm, aus der der Anspruch hergeleitet wird, § 18 Abs. 1 SGB V, der Beklagten grundsätzlich Ermessen einräumt und weil in solchen Fällen die Verpflichtungsklage gem. § 54 Abs. 1 S. 1 3. Alt. SGG die statthafte Klageart ist.

Der Zulässigkeit der Klage steht nicht entgegen, dass gegen den Bescheid vom 1.6.2017 erst am 6.7.2017 Widerspruch erhoben worden ist. Denn der Bescheid stellte keine endgültige Entscheidung dar. Hiervon geht die Kammer in Abweichung von der im Beschluss im Eilverfahren vertretenen Auffassung aus. Da die Eltern des Klägers in – von der Beklagten im Grundsatz eingeräumten - Telefonaten die Auskunft erhalten haben, dass eine endgültige Entscheidung noch ausstehe, ist es treuwidrig, dass die Beklagte sich nunmehr auf den auf eine endgültige Entscheidung hinweisenden Wortlaut des Bescheides beruft. Die Kammer geht aus mehreren unabhängig voneinander bestehenden Gründen davon aus, dass die (eingeräumten) Telefonate den von den Eltern des Klägers behaupteten Inhalt hatten. Erstens hat die Beklagte trotz des Vorliegens eines (nach dem Wortlaut zumindest vorläufigen und zum damaligen Zeitpunkt nicht angefochtenen) Bescheides weitere medizinische Ermittlungen veranlasst. Allein dies ist ungewöhnlich und dem Vorsitzenden der Kammer in langjähriger Erfahrung noch nicht untergekommen. Hinzu kommt aber noch der Umfang der Ermittlungen: So hat die Beklagte nicht nur mit Schreiben vom 2.6.2017 den MDK um eine erneute Begutachtung gebeten, sondern auch noch eine Stellungnahme von Dr. C., Universitätsklinikum Erlangen, vom 9.6.2017 beigezogen. Die Beziehung eines außerhalb des MDK stehenden Mediziners wiederum ist für sich genommen bereits ungewöhnlich. Unwahrscheinlich erscheint es, dass dies zu einem Zeitpunkt geschehen sein soll, zu dem gegen einen angeblich endgültigen Bescheid kein Rechtsmittel erhoben worden ist. Zweitens scheint es bei der medizinischen Sachlage – und in Anbetracht der offenkundig beim Kläger bestehenden Notsituation – nicht nachvollziehbar, warum die Eltern des Klägers, wenn die Telefonate nicht den behaupteten Inhalt gehabt hätten, nicht förmlich Widerspruch gegen die Ablehnung erhoben hätten. Drittens kommt noch hinzu, dass der Vortrag der Eltern des Klägers durch den zeitlichen Ablauf des Verwaltungsverfahrens gespiegelt wird. Hierzu hat das LSG für die Kammer überzeugend dargelegt, dass bei Antragseingang am 28.4.2017 der Bescheid vom 1.6.2017 unmittelbar vor Ablauf der Fünfwochenfrist des § 13 Abs. 3a SGB V ergangen ist, deren Verstreichen zu einer Genehmigungsfiktion gem. § 13 Abs. 3a SGB V hätte führen können. Viertens ist

auch nur so erklärlich, warum die Eltern des Klägers das Schreiben vom 6.7.2017 so formuliert haben, wie es formuliert wurde. Denn die verwendeten Begriffe („Ablehnung aus formellen Gründen... nicht in der Lage, inhaltlich eine Entscheidung herbeizuführen... Zwischenablehnung“) können die Eltern des Klägers nur aus Gesprächen mit einer Krankenkasse gewonnen haben, die befürchten musste, dass bei Verstreichen der Frist die Genehmigungsfiktion des § 13 SGB V eintreten würde. Der Kammer ist auch aus anderen Verfahren bekannt, dass seit Inkrafttreten der die Genehmigungsfiktion einführenden Gesetzesänderung verschiedene Krankenkassen bemüht sind, vor Eintritt der Fiktion Ablehnungsentscheidungen gewissermaßen „zur Sicherheit“ auszusprechen und diese dann im Zweifel nachträglich zu legitimieren oder zu revidieren. Es ist vor diesem Hintergrund plausibel, dass die Beklagte in Anbetracht des hier streitigen Betrages sich hier ebenso verhalten hat. Fünftens ist festzustellen, dass die Beklagte der im Schreiben vom 6.7.2017 enthaltenen Darstellung des Inhalts der Telefonate erst mit Schriftsatz vom 8.1.2018 widersprochen hat, also zu einem Zeitpunkt, als die Bedeutung des Inhalts der Telefonate aufgrund des Beschlusses des LSG bereits klar auf der Hand lag. Es hätte – sofern der Inhalt nicht mit Schriftsatz vom 6.7.2017 zutreffend wiedergegeben worden wäre – nahe gelegen, einer sachlich unrichtigen Darstellung auch dann zu widersprechen, wenn es darauf nicht ankommen würde. Dass die Beklagte dies nicht getan hat und der Darstellung der Eltern des Klägers erst so spät widersprochen haben, spricht daher gegen die Darstellung der Beklagten. Hierzu passt – sechstens – auch das Verhalten der Beklagten nach Eingang des Schreibens vom 6.7.2017. Nach Eingang des Schreibens hat die Beklagte nämlich nicht – was bei ihrer Darstellung folgerichtig gewesen wäre – den Widerspruch ohne nähere Sachprüfung als unzulässig zurückgewiesen, sondern vielmehr (am 6.7.2017) weitere Sachaufklärung in die Wege geleitet (Anfrage an Dr. H.) und den Eltern des Klägers mitgeteilt, dass der Sachverhalt „aus medizinischer Sicht erneut“ überprüft werde (Schreiben der Beklagten vom 17.7.2017).

Die Klage ist auch begründet. Der Kläger hat Anspruch darauf, dass die Beklagte die Kosten für die Behandlung des damals 17-jährigen Klägers im Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), USA, endgültig trägt (299,199,61 €).

Anspruchsgrundlage für eine Auslandsbehandlungen, die nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sind § 18 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 i.V.m. § 2 Abs. 1, Abs. 1a SGB V.

§ 18 Abs. 1 S. 1 SGB V bestimmt, dass dann, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemein-

schaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich ist, die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen kann. Nach § 18 Abs. 2 kann die Krankenkasse in den Fällen des Abs. 1 auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.

Nach § 2 Abs. 1 S. 1 bis 3 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im Dritten Kapitel (des SGB V) genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Nach Abs. 1a können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt nach Abs. 1a S. 2 für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen.

Diese Voraussetzungen sind gegeben.

Die Behandlung der beim Kläger vorliegenden Bronchitis fibroplastica war im Sinne von § 18 SGB V nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich. Das haben alle mit der Behandlung des Klägers befassten Ärzte – und auch die von der Beklagten eingeholten Gutachten und Stellungnahmen - übereinstimmend bestätigt. So haben PD Dr. F. und Prof. A., UK SH, im Schreiben vom 12.4.2017 hervorgehoben, dass es sich bei der im CHOP in Philadelphia durchgeführten Methode um eine Therapie handle, die an keinem anderen Ort weltweit praktiziert werde. Auch das Gutachten des MDK vom 15.5.2017 (Fachärztin für Herzchirurgie Dr. M.) betont die Einzigartigkeit der Methode. Ebenso kann nach der von der Beklagten beigezogenen Stellungnahme des Dr. C. vom 9.6.2017 nur im CHOP die Behandlung erfolversprechend durchgeführt werden. Dr. M. (MDK) hat in ihrer zweiten Stellungnahme vom 28.6.2017 betont, dass alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten – die Gabe von Steroiden, Heparin, Dornase alfa, tPA und Bronchialdilatoren

sowie nicht-chirurgische Katheter-Interventionen – beim Kläger erfolglos angewandt worden sind und dass das CHOP weltweit das einzige Zentrum sei, in dem diese Art der Behandlung durchgeführt werde. Auch die von der Beklagten eingeholte Stellungnahme des Dr. K., Universitätsklinikum Münster, vom 6.7.2017, hat diesen Inhalt; danach waren alle konventionellen Behandlungsmethoden ausgereizt, sogar interventionelle Maßnahmen ergriffen worden. Die streitige Behandlung werde nur im CHOP durchgeführt. Auch nach der interdisziplinärer Konferenz mit dem Kinderkardiologen und dem Kinderherzchirurgen sei die Behandlung im CHOP im Falle des Klägers zum aktuellen Zeitpunkt alternativlos. Auch Dr. H., MHH, hat mit Schreiben vom 18.7.2017 erklärt, die Methode sei weltweit einzigartig.

Beim Kläger waren im Übrigen auch alle konventionellen Behandlungsansätze durchgeführt und übereinstimmend für erfolglos befunden worden, wie alle behandelnden und begutachtenden Ärzte übereinstimmend bekundet haben, insbesondere auch sämtliche von der Beklagten hinzugezogenen Ärzte (z.B. – und besonders deutlich - Dr. K., St. vom 6.7.2017).

Dass insofern eine Herz-Lungentransplantation keine nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse in Betracht kommende Alternative darstellt, ergibt sich bereits daraus, dass eine solche Behandlung nicht nur mit den von den begutachtenden Ärzten hervorgehobenen gravierenden Risiken behaftet ist, sondern auch mit lebenslangen Folgewirkungen einhergeht. Insofern ist auch darauf hinzuweisen, dass innerhalb von fünf Jahren nach einer Lungentransplantation etwa die Hälfte der Patienten versterben (Stellungnahme PD Dr. F., PD Dr. W., vom 24.4.2018). Die Kammer geht lebensnah davon aus, dass die Überlebensquote bei einer kombinierten Herz- und Lungentransplantation kaum höher, sondern wahrscheinlich (deutlich) niedriger ist. Ohnehin hat das LSG bereits zutreffend darauf verwiesen, dass der Kläger nicht auf einer Transplantationsliste stand und dass seine Herzleistung die Aufnahme auf einer entsprechenden Liste ausschloss, von der Frage ganz abgesehen, ob zwei passende Organe hätten gefunden und erfolgreich implantiert werden können. Überdies ist darauf hinzuweisen, dass eine Herz-Lungentransplantation das Neuentstehen von Casts dann nicht ausschließt, wenn diese – wie die Methode von Dr. Dori nahe legt – nicht in der Lunge, sondern in den Lymphbahnen entstehen und von dort aus in die Lunge transportiert werden. Aus diesen Gründen muss die Kammer – entgegen der Auffassung der Beklagten – auch nicht prüfen, ob eine Herz-Lungentransplantation im konkreten Fall überhaupt zur Verfügung gestanden hätte.

Die Bronchitis fibroplastica des Klägers war auch eine lebensbedrohliche, regelmäßig tödliche Erkrankung oder damit zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung im Sin-

ne von § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V. Insofern ist zunächst auf die Studie von Schumacher et al. (vgl. Stellungnahme von PD Dr. F., PD Dr. W., vom 24.4.2018) von 2014 zu verweisen, wonach fünf Jahre nach Erstdiagnose der Bronchitis fibroplastica ca. 50% der Patienten verstorben waren oder eine Herztransplantation benötigten. PD Dr. F. und Prof. A. haben in ihrem Schreiben vom 12.4.2017 die lebensbedrohlichen Erstickungsanfälle durch die Casts hervorgehoben und erklärt, es komme fast täglich zu solchen Episoden. Auch Dr. C. hat in seiner Stellungnahme die extreme Atemnot mit Erstickungsanfällen betont.

Durch die Behandlung im CHOP bestand auch eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im Sinne von § 2 Abs. 1a SGB V. Auch dies bestätigen alle im Verfahren eingeholten Gutachten und Stellungnahmen übereinstimmend, namentlich die Stellungnahmen von PD Dr. F. und Prof. A., UK SH, vom 12.4.2017 („verspricht ... Heilung“), von Fachärztin für Herzchirurgie Dr. M. vom 15.5.2017 („geeignet...indiziert“), Dr. C. („nur in Philadelphia erfolgversprechend durchzuführen“), Dr. K. („alternativlos“). Dass sich diese Aussicht auf Besserung bzw. Heilung auch im konkreten Fall bestätigt hat, bestätigt die Richtigkeit dieser Wertung.

Bei dieser Sachlage lagen somit die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung durch die Beklagte vor. Damit war das der Krankenkasse in § 18 Abs. 1 SGB V eingeräumte Ermessen eröffnet. Unter Berücksichtigung der grundrechtlichen Belange, die für den Kläger auf dem Spiel standen, vor allem im Hinblick auf das auch von der Beklagten als Körperschaft des öffentlichen Rechts zu berücksichtigende Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 1 GG, Art. Abs. 2 GG, Art. 20 Abs. 1 GG, vgl. BVerfG, Beschl. v. 6.12.2005, 1 BvR 347/98) war das Ermessen der Beklagten auf Null reduziert; die Beklagte durfte ihr Ermessen nur in der Weise ausüben, dass sie ihm die Leistung zur Verfügung stellte. Wegen der Einzelheiten kann auf den Eilbeschluss des Landessozialgerichts verwiesen werden.

Die sonstigen Einwände der Beklagten greifen nicht durch.

Soweit die Beklagte darauf hinweist, dass das CHOP kein nach deutschem Krankenversicherungsrecht zugelassenes Krankenhaus sei, so trifft dies zwar zu, liegt aber in der Natur der Sache bei jedem der in § 18 SGB V geregelten Fälle.

Soweit die Beklagte erklärt, die Behandlung sei (noch) nicht zugelassen, und entspreche nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne von § 18 SGB V, so ist auf § 2 Abs. 1a SGB V zu verweisen; danach können – bzw. müssen –

wie ausgeführt, auch solche Behandlungen übernommen werden, die von Abs. 1 nicht umfasst sind.

Soweit die Beklagte darauf abstellt, es fehlten jegliche Studien, bzw., es sei keine ausreichende Anzahl von Behandlungsfällen nachgewiesen, so liegt auch dies in der Natur des Anspruchs gem. § 2 Abs. 1a SGB V; hierauf kommt es nach jedem Gesetz nicht an, sondern darauf, ob eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung besteht.

Zutreffend ist zwar, dass die vom CHOP geltend gemachten Kosten – insbesondere die Regelung zur Kostenreduktion bei Vorauszahlung - intransparent erscheinen. Jedoch hat die Beklagte selbst (in der mündlichen Verhandlung) eingeräumt, dass eine kombinierte Herz-Lungentransplantation nebst lebenslänglicher Nachsorge nicht kostengünstiger sei als die hier durchgeführte Behandlung. Ohnehin enthält das Krankenversicherungsrecht keine kostenmäßige Beschränkung des Behandlungsanspruchs, so dass das Argument der Beklagten ohnehin nicht durchschlüge.

Unzutreffend ist die Überlegung der Beklagten, dass die Kostenübernahme ausgeschlossen sei, weil die Behandlung im CHOP an die Person des Behandlers gebunden sei. Die Behandlung ist bisher nur von Dr. Dori durchgeführt worden, der sie eingeführt hat. Allerdings ist die Behandlung nicht dauerhaft an eine einzelne Person gebunden, wie insbesondere die Stellungnahme von Prof. A./Dr. W. vom 14.3.2018 zeigt, wonach mit der Einführung der Behandlungsmethode in anderen Zentren im Laufe der nächsten Jahre zu rechnen sei.

Auch kommt es nicht darauf an, ob die Behandler einer von § 2 Abs. 1a SGB V umfassten Methode ihre Leistungen innerhalb des Systems der (deutschen) Gesetzlichen Krankenversicherung kontrollieren lassen würden. Dies liegt bereits in der Natur der Sache und ergibt sich aus dem Kontext der Norm; die genannte Vorschrift stellt nicht hierauf, sondern auf die Erfolgsaussichten der Methode ab („...abweichend von Absatz 1...“).

Die Notwendigkeit einer Begleitperson im Sinne von § 18 Abs. 2 SGB V – und die auch insoweit geltende Ermessensreduzierung auf Null - ergibt sich aus dem Attest von Dr. AWW. vom 2.10.2017.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

## RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe der Niedersächsischen Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr in der Justiz vom 21.10.2011 (Nds. GVBl. S. 367) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

**schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land A-Stadt vom 18.12.2006 (Brem. GBl. S. 548) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

Dr. Schnitzler  
Direktor des Sozialgerichts