



Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Beschluss

L 16 KR 221/26 B ER

S 64 KR 100/26 ER Sozialgericht Bremen

In dem Beschwerdeverfahren

A.

– Antragstellerin und Beschwerdegegnerin –

gegen

B.

– Antragsgegnerin und Beschwerdeführerin –

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen am 9. Juni 2026 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht C., die Richterin am Landessozialgericht D. und den Richter am Landessozialgericht E. beschlossen:

Auf die Beschwerde der Antragsgegnerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Bremen vom 20. April 2026 aufgehoben, soweit das SG die Antragsgegnerin verpflichtet hat, die ab dem 12. März 2026 entstehenden Kosten für telemedizinische konsiliarische Beurteilungen des Falles der Antragstellerin durch brasilianische Ärzte vorläufig zu übernehmen.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird insgesamt abgelehnt.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe

I.

Die Antragstellerin begehrt die Erstattung von Kosten für Behandlungen in Brasilien, einschließlich Telemedizin und Reisekosten, ab dem 1. November 2023 sowie die Übernahme sämtlicher bisher angefallenen und künftig noch entstehender Behandlungskosten im Zusammenhang mit einer Lepra-Erkrankung (Morbus Hansen) im Wege der einstweiligen Anordnung.

Nach Angaben der am F. 1981 geborenen Antragstellerin wurde im November 2023 in Brasilien die Diagnose einer Lepra-Erkrankung gestellt und eine medikamentöse Therapie eingeleitet. Nach ihrer Rückkehr nach Deutschland im Februar 2024 stellte sich die Antragstellerin im Bernhard-Nocht-Institut vor, um die Behandlung fortzusetzen. Das Institut habe nach ihren Angaben jedoch die in Brasilien gestellte Diagnose nicht anerkannt und die Fortführung der Therapie verweigert.

Einen Antrag auf Kostenübernahme für eine medizinische Versorgung im Ausland lehnte die Antragsgegnerin mit Bescheid vom 3. Juli 2025 ab. Sie wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. August 2025 zurück. Mit Brasilien bestünden keine Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts auf dem Gebiet der Sozialversicherung. Der Anspruch auf Krankenbehandlung ruhe, solange sich Versicherte in Brasilien aufhielten. Eine Kostenübernahme der gewünschten Leistungen käme nur ausnahmsweise nach § 18 Abs 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Betracht. Dessen Voraussetzungen lägen hier jedoch nicht vor, da eine fach- und sachgerechte Behandlung der Erkrankung deutschlandweit in den tropenmedizinischen Instituten möglich und gewährleistet sei. Mithin sei es nicht möglich, die Kostenübernahme für die medizinische Versorgung (Telemedizin, Psychotherapie und Reisekosten) im Ausland zu bestätigen.

Dagegen erhob die Antragstellerin Klage vor dem Sozialgericht (SG) Bremen.

Die Antragstellerin stellte am 25. September 2025 einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vor dem SG Bremen, den das SG mit Beschluss vom 19. Januar 2026 ablehnte (Az S 65 KR 182/25 ER). Das SG führte aus, dass die Voraussetzungen des § 86b Abs 2 S 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht vorlägen. Das Begehren der Antragstellerin, welche die vorläufige Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Kostenübernahme der aus ihrer Sicht notwendigen Lepra-Behandlung in Brasilien umfasse, sei auf den Erlass einer Regelungsanordnung gerichtet. Es sei eine Folgenabwägung erforderlich, weil nicht

abschließend geklärt werden könne, ob der Antragstellerin der geltend gemachte Anspruch auf Behandlung der von ihr behaupteten Lepraerkrankung in Brasilien zustehe. Es bestünden nach den Ausführungen in den Berichten des Dr. G. vom 12. Dezember 2025 bereits Zweifel, ob die Antragstellerin tatsächlich an Lepra erkrankt sei. Zwar existierten Befunde, welche die Erkrankung bestätigten. Bei anderen Untersuchungen, etwa im Institut für Tropenmedizin in H., habe die Diagnose jedoch nicht bestätigt werden können. Insofern werde im Hauptsacheverfahren zunächst zu klären sein, ob die von der Antragstellerin behauptete Erkrankung überhaupt bestehe. Anschließend werde aufzuklären sein, ob die Erkrankung, so sie denn tatsächlich bestehe, wirklich nur in Brasilien adäquat behandelt werden könne. Nur in diesen Fällen wäre überhaupt ein Anspruch gegenüber der Antragsgegnerin denkbar, der wohl auf § 2 Abs 1a SGB V oder auf § 18 SGB V gestützt werden müsste. Allerdings bestünden auch hieran Zweifel, die im Hauptsacheverfahren zunächst ausgeräumt werden müssten, weil unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden medizinischen Unterlagen, insbesondere auch hier der Befundberichte des Dr. G., nach summarischer Prüfung von einer adäquaten Behandlungsmöglichkeit in Deutschland auszugehen sei. Dieser führe aus, dass in Deutschland grundsätzlich eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung von Lepra inklusive der daraus folgenden Reaktionen zur Verfügung stehe, etwa am Institut für Tropenmedizin in H., aber auch bei der Uniklinik in I.. Zwar möge das Vertrauensverhältnis zwischen dem Institut in H. und der Antragstellerin aktuell gestört sein. Dennoch bestünden vor diesem Hintergrund Zweifel, ob tatsächlich die Notwendigkeit einer Behandlung in Brasilien gegeben sei. Auf Grundlage der vorliegenden medizinischen Unterlagen sei zudem das Bestehen eines Anordnungsgrundes nicht glaubhaft gemacht worden. Eine akute lebensbedrohliche Situation sei bei der Antragstellerin nach summarischer Prüfung aktuell nicht gegeben. Auch werde nach summarischer Prüfung aktuell in J. auf Grundlage der Diagnose Lepra hinreichend behandelt. Es sei ihr nach der Überzeugung des Gerichts insoweit zuzumuten, den Ausgang des Hauptsacheverfahrens abzuwarten.

Am 12. März 2026 hat die Antragstellerin den hier streitigen Antrag vor dem SG Bremen gestellt. Die Antragsgegnerin sei gemäß den einschlägigen Vorschriften des SGB V verpflichtet, die Kosten für eine notwendige Behandlung der Lepra (Morbus Hansen) im Ausland zu übernehmen. Diese Verpflichtung werde durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ausdrücklich gestützt (Urteil vom 7. Mai 2013 - B 1 KR26/12 R; Urteil vom 6. März 2012 - B 1 KR 17/11 R). Diese Urteile entsprächen exakt der Situation ihrer Erkrankung, da in Deutschland keine spezialisierten Zentren für Lepra existierten. Sie sei gezwungen, die Therapie in Brasilien fortzuführen. Auch die Krankenkasse habe keine Hilfe anbieten können und mitgeteilt, dass es ihre eigene Verantwortung sei, eine spezialisierte Behandlung zu suchen. Die Behandlung der Lepra (Morbus Hansen) sei medizinisch komplex und müsse

möglichst frühzeitig eingeleitet werden, um schwere körperliche Deformierungen und dauerhafte Nervenschäden zu verhindern. Eine verzögerte Behandlung könne zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie zu schwerwiegenden sozialen Folgen für die betroffene Person führen. Die tropenmedizinischen Institute in Deutschland seien derzeit nicht ausreichend auf die Diagnose und Behandlung der Lepra sowie ihrer Komplikationen vorbereitet. Die Krankheit gelte in Deutschland als weitgehend ausgerottet, weshalb keine spezialisierten Zentren für Diagnose und Behandlung existierten. Insbesondere habe weder durch das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, das als nationale Referenzeinrichtung für Tropenmedizin gelte, noch durch andere medizinische Einrichtungen eine adäquate Behandlung gewährleistet werden können. Die Antragstellerin hat zahlreiche medizinische Unterlagen vorgelegt.

Das SG hat mit Beschluss vom 20. April 2026 die Antragsgegnerin verpflichtet, die ab dem 12. März 2026 entstehenden Kosten für telemedizinische konsiliarische Beurteilungen des Falles der Antragstellerin durch brasilianische Ärzte zu übernehmen. Die Leistungsgewährung erfolge vorläufig und stehe unter dem Vorbehalt der Rückforderung. Die Verpflichtung gelte bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung über die telemedizinische konsiliarische Beurteilung des Falles in der Hauptsache. Es hat im Übrigen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt.

Das SG hat zunächst auf die Gründe des Beschlusses vom 19. Januar 2026 Bezug genommen. Es hat ergänzend ausgeführt, seit dem Erlass des Beschlusses habe sich jedoch ein anderer Sachverhalt ergeben. Zwar habe die Antragstellerin mit der neuen Antragsschrift vom 12. März 2026 zunächst keine neuen Tatsachen vorgetragen, sondern nur ihre Rechtsauffassung dargestellt. Die dem Schriftsatz beigefügten Bescheinigungen datierten durchweg vor dem Datum des Beschlusses. Jedoch habe die Antragstellerin mit dem Schreiben vom 7. April 2026 auch ein Schreiben des Hämatologen Dr. G. vom 7. April 2026 vorgelegt. Aus diesem ergebe sich, dass eine grundsätzliche Klärung der Frage, ob tatsächlich eine Leprareaktion vorliege, bisher nicht erfolgt sei. Dr. G. habe darauf hingewiesen, dass die medikamentöse Therapie zweifelsfrei (und wie bis jetzt auch laufend) vor Ort durchgeführt werden könne. Für die Therapiesteuerung sei Kooperation mit dem die Patientin mit behandelnden Arzt in Brasilien sehr wichtig und medizinisch notwendig. Die dort getroffenen Empfehlungen bildeten gegenwärtig die Grundlage für die Therapieentscheidungen hier vor Ort. Die Kooperation laufe gegenwärtig über telemedizinische konsiliarische Beurteilung (ein in Brasilien übliches Vorgehen zur Behandlung von Patienten mit Lepra Reaktionen). Die Kosten pro Konsultation lägen nach seiner Information bei etwa 60 Euro alle 2 Wochen.

Hieraus ergebe sich – nach vorläufiger Prüfung durch die Kammer – eine neue Sachlage. Zwar sei noch immer unklar, woran die Antragstellerin leide. Jedoch ergebe nunmehr eine im

Rahmen der im Eilverfahren vorzunehmenden Güterabwägung, dass die Antragsgegnerin zu verpflichten sei, vorläufig die Kosten der telemedizinischen konsiliarischen Beurteilung des Falles der Antragstellerin durch brasilianische Ärzte zu übernehmen. Denn die hierfür entstehenden Kosten seien vergleichsweise gering, während andererseits die Vorteile nach für die Kammer schlüssiger und nachvollziehbarer ärztlicher Beurteilung durch Dr G. überwögen; zudem handele es sich bei einer telemedizinischen Beurteilung eines Falles nicht um eine Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der EG und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im Sinne des § 18 SGB V, da die Antragstellerin auch bei einer telemedizinischen konsiliarischen Behandlung weiterhin in der EG verbleibe, so dass hierfür der besonders strenge Maßstab dieser Norm keine Anwendung fände.

Soweit die Antragsgegnerin erklärt habe, aufgrund einer nicht ärztlich bestätigten „Verdachtsdiagnose“ könne „keine Kostenübernahmezusage erfolgen“, erschließe sich für die Kammer der Sinn des Argumentes nicht. Zum einen sei Dr G. Arzt. Zum anderen habe er keine Verdachtsdiagnose geäußert, sondern vielmehr erklärt, als behandelnder Arzt gehe er davon aus, dass die Antragstellerin „in Abwägung Risiko/Nutzen gegenwärtig und bis auf weiteres eine Behandlungsindikation ihrer vermutlich vorliegenden Leprareaktion habe.“ Unklare Kosten machten eine Kostenübernahmeverpflichtung nicht unmöglich. Gleiches gelte für einen unklaren Leistungszeitraum. Es sei im Bereich des Krankenversicherungsrechts vielmehr normal und üblich, dass die Kosten und die Dauer einer Behandlung zu Beginn unklar seien.

Soweit die Antragstellerin weiterhin die Kosten einer Lepra-Behandlung in Brasilien - einschließlich Reisekosten begehre – sei der Antrag nicht begründet. Wegen der Einzelheiten könne auf die Entscheidung der 65. Kammer verwiesen werden.

Gegen den am 21. April 2026 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 19. Mai 2026 Beschwerde zum Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen erhoben und vorgetragen: Die Voraussetzungen für die begehrte Kostenübernahme lägen nicht vor. Es werde beantragt, dass die Kosten für monatliche telemedizinische Fachkonsultationen (Neurologie, Dermatologie, Endokrinologie, Gynäkologie, Hepatologie, Psychologie) in Brasilien von der Antragsgegnerin getragen würden. Mit Brasilien bestünden keine Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts auf dem Gebiet der Sozialversicherung. Der Anspruch auf Krankenbehandlung ruhe entsprechend der gesetzlichen Voraussetzungen. Eine Kostenübernahme der gewünschten Leistungen käme nur ausnahmsweise nach § 18 Abs 1 Satz 1 SGB V in Betracht. Dessen Voraussetzungen lägen hier jedoch nicht vor, da eine fach- und sachgerechte Behandlung der Erkrankung deutschlandweit in den tropenmedizinischen Instituten möglich und gewährleistet sei. Im Übrigen gehe Dr G. in seinem Befundbericht vom

7. April 2026 von einer " ... vermutlich vorliegenden Leprareaktion ..." aus. Aus Sicht der Antragsgegnerin könne aufgrund einer nicht ärztlich bestätigten Verdachtsdiagnose keine Kostenübernahmezusage erfolgen. Auch die Aussagen zur Höhe der vermeintlich anfallenden Kosten ("Die Kosten liegen ... bei etwa 60 Euro alle 2 Wochen.") seien zu unkonkret. Darüber hinaus sei die Dauer der Behandlung nicht geklärt.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Bremen vom 20. April 2026 aufzuheben und den Antrag vollinhaltlich zurückzuweisen.

Die Antragstellerin beantragt sinngemäß

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hat vorgetragen, dass die Ausführungen der Antragsgegnerin die tatsächlichen medizinischen und versorgungsrechtlichen Gegebenheiten ihres Krankheitsbildes nicht ausreichend berücksichtigen würden. Aufgrund der geringen Fallzahlen und des Fehlens spezialisierter Versorgungsstrukturen sei es ihr trotz intensiver Bemühungen nicht möglich, eine fachgerechte Behandlung zu erhalten. Die Antragsgegnerin habe sie ausschließlich auf das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNI) in H. verwiesen, ohne weitere Alternativen aufzuzeigen oder eine strukturierte Versorgung zu vermitteln. Aufgrund eines Mangels an Lepraspezialisten, habe weder eine gesicherte Diagnose gestellt werden noch eine spezialisierte Behandlung eingeleitet werden können. Die tropen- bzw infektionsmedizinische Versorgung der Einrichtung werde nach ihrer organisatorischen Struktur nicht als kontinuierlich vorgehaltene Spezialsprechstunde für Lepra betrieben. Eine durchgängige, auf Lepra und Leprareaktionen spezialisierte Versorgungsstruktur im Sinne einer dauerhaften Schwerpunktambulanz bestehe dort nicht. Die von der Antragsgegnerin behauptete ausreichende Versorgungsmöglichkeit in Deutschland entspreche daher nicht der tatsächlichen Versorgungssituation im konkreten Einzelfall. Soweit die Antragsgegnerin pauschal behauptete, eine fachgerechte Behandlung ihres Krankheitsbildes sei „deutschlandweit in tropenmedizinischen Instituten möglich und gewährleistet“, werde diese Einschätzung durch die tatsächliche Versorgungsrealität nicht bestätigt. Ihre Betreuung sei nicht durch ausgewiesene Lepraspezialisten erfolgt. In Ermangelung nationaler Fachkenntnis seien die beantragten telemedizinischen Konsultationen medizinisch notwendig und sachgerecht. Sie ermöglichten eine kontinuierliche fachärztliche Betreuung durch erfahrene Lepra-Spezialisten und vermieden zugleich zusätzliche Kosten, die durch wiederholte Vorstellungen in tropenmedizinischen Einrichtungen ohne gesicherte Weiterbehandlung entstehen würden. Maßgeblich sei nicht das

bloße Vorhandensein einzelner Fachabteilungen, sondern die tatsächliche Verfügbarkeit einer kontinuierlichen, spezialisierten und interdisziplinären Behandlung. Eine solche Versorgung stehe ihr in Deutschland nicht zur Verfügung.

Die beantragten telemedizinischen Fachkonsultationen erfolgen seit Februar 2024 durch Ärzte in Brasilien, die über ausgewiesene Erfahrung in der Diagnose und Behandlung von Lepra und Leprareaktionen verfügten und ihren Krankheitsverlauf kontinuierlich begleiteten. Aufgrund einer derzeit aktiven Phase schwerer Leprareaktionen fanden die dermatologischen Konsultationen derzeit wöchentlich, außerhalb akuter Schübe, in der Regel zweiwöchentlich statt. Ergänzend bestehe ein wöchentlicher psychologischer Behandlungsbedarf.

Allein die fehlende Möglichkeit, die Behandlungsdauer exakt vorherzusagen, könne kein Grund sein, die Kostenübernahme abzulehnen. Die Kosten der beantragten telemedizinischen Konsultationen lägen durchschnittlich bei etwa 400 BRL (ca. 60-65 EUR) pro Termin. Sie bewegten sich damit im Bereich bzw. unterhalb der in Deutschland nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten (GOP) vorgesehenen Vergütung vergleichbarer fachärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen. Auch im Vergleich zu üblichen Selbstzahlerleistungen in Deutschland lägen sie unterhalb des durchschnittlichen Kostenniveaus. Die beantragten Leistungen stellten daher auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine angemessene und verhältnismäßige Versorgungsalternative dar. Darüber hinaus führten sie zu einer Vermeidung zusätzlicher Kosten, die durch wiederholte Vorstellungen in verschiedenen Einrichtungen, stationäre Krankenhausaufenthalte, akute medizinische Interventionen sowie durch eine mögliche Verschlechterung entstehen könnten. Die Voraussetzungen für eine Ausnahmeentscheidung nach § 18 SGB V lägen vor. Aufgrund der fehlenden durchgängigen, spezialisierten und multidisziplinären Versorgungsstruktur für Lepra und Leprareaktionen in Deutschland sei eine gleichwertige, kontinuierliche und fachärztlich koordinierte Behandlung im Inland nicht gewährleistet. Die beantragten telemedizinischen Fachkonsultationen stellten daher keine zusätzliche oder alternative, sondern eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Sicherstellung der bestehenden Versorgungslücke dar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen. Diese hat vorgelegen und ist Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden.

II.

Die gemäß §§ 172 f SGG form- und fristgerecht erhobene Beschwerde der Antragsgegnerin ist zulässig. Sie ist auch begründet. Der Senat vermochte sich der Entscheidung des SG, die ab

dem 12. März 2026 entstehenden Kosten für telemedizinische konsiliarische Beurteilungen des Falles der Antragstellerin durch brasilianische Ärzte vorläufig zu übernehmen, nicht anzuschließen.

Das SG hat unter Bezugnahme auf den Beschluss vom 19. Januar 2026 bereits einen Anspruch auf Kostenübernahme für Behandlungen in Brasilien einschließlich Fahrkosten abgelehnt. Die Antragstellerin hat dagegen keine Beschwerde eingelegt, so dass Streitgegenstand des anhängigen Beschwerdeverfahrens nur die vorläufige Übernahme der Kosten für telemedizinische konsiliarische Beurteilungen durch brasilianische Ärzte ist.

Die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung liegen aber auch insoweit nicht vor.

Nach § 86b Abs 2 Satz 2 SGG kann das Gericht auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig ist. Das ist immer dann der Fall, wenn ohne den vorläufigen Rechtsschutz schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache im Fall des Obsiegens nicht mehr in der Lage wäre (vgl. *Bundesverfassungsgericht <BVerfG>, Beschluss vom 19. Oktober 1977, 2 BvR 42/76, BVerfGE 46, 166, 179, 184*). Steht dem Antragsteller ein von ihm geltend gemachter Anspruch voraussichtlich zu und ist ihm nicht zuzumuten, den Ausgang des Hauptsacheverfahrens abzuwarten, ist der Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes begründet. Eine aus Gründen der Gewährung effektiven Rechtsschutzes gebotene Vorwegnahme der Hauptsache im einstweiligen Verfahren ist jedoch nur dann zulässig, wenn dem Antragsteller ohne den Erlass der einstweiligen Anordnung unzumutbare Nachteile drohen und für die Hauptsache hohe Erfolgsaussichten prognostiziert werden können (*Keller, Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl, 2023, § 86 b Rn 29 mwN*). Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund bilden ein bewegliches System, so dass selbst bei einer offensichtlich begründeten Klage ein Anordnungsgrund gegeben sein muss, da § 86b SGG nicht dazu dient, Ansprüche „auf der Überholspur“ durchzusetzen (*st Rechtsprechung des erkennenden Senats, vgl. Beschluss vom 12. Februar 2021 - L 16 KR 24/21 B ER; Beschluss vom 12. Januar 2026 - L 16 KR 474/25 B ER; Keller, aaO, 86b Rn 2*). Eilverfahren sind nicht der schnelleren Rechtsschutzgewährung zulasten anderer Hauptsacheverfahren zu dienen bestimmt (*st Rechtsprechung des erkennenden Senats, ua Beschluss vom 24. Februar 2021 - L 16 KR 43/21 B ER; Beschluss vom 28. April 2026 – L 16 KR 161/26 B ER*). Sowohl der Anordnungsanspruch als auch der Anordnungsgrund sind gemäß § 920 Abs 2 Zivilprozessordnung (ZPO) iVm § 86b Abs 2 Satz 4 SGG glaubhaft zu machen.

Die Antragstellerin hat weder einen Anordnungsanspruch noch einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht.

Ein Anordnungsanspruch ist nicht gegeben. Nach § 27 Abs 1 Satz 1 haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst nach § 27 Abs 1 Satz 2 ua ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Krankenhausbehandlung. Nach § 12 Abs 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Diese Ansprüche bestehen gemäß § 30 Abs 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland (*Padé, Schlegel/Voelzke, juris-PK-SGB V, 5. Aufl 2025, Stand: 1. April 2025, § 18 Rn 1*). Die Behandlungen gemäß § 27 SGB V sind durch die in § 76 Abs 1 Satz 1 SGB V zugelassenen Ärzte oder gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im Inland zu erbringen. Telemedizinische Verfahren sind im Sechsten Abschnitt des SGB V geregelt. So verpflichtet § 370a SGB V zB die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein zentrales Portal zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen an Versicherte wie Videosprechstunden, telemedizinische Konsilien, telemedizinisches Monitoring (§ 370a Abs 1 Satz 3 SGB V) zu betreiben. Telemedizin wird dabei als wichtiges Instrument zur Sicherstellung der Versorgung – zB in strukturschwachen Gebieten – angesehen (*vgl zB BT-Drucks 20/15069 S 5*). Durch Mittel des Strukturfonds sollen zB auch telemedizinische Versorgungsformen gefördert werden (§ 105 Abs 1a Satz 4 Nr 8 SGB V). Diese Vorschriften sind ausdrücklich auf die vertragsärztliche Versorgung ausgerichtet und damit primär inländisch. Daraus ergibt sich, dass auch telemedizinische Konsultationen grundsätzlich nur innerhalb des bestehenden Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Inland möglich sind. Nach diesen Maßstäben kommt auch die Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen im Ausland nur unter den einschränkenden Voraussetzungen des § 18 SGB V in Betracht.

Nach dieser Vorschrift kann die Krankenkasse die Kosten für eine erforderliche Behandlung außerhalb des Geltungsbereiches des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nur erbringen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur außerhalb dieses Raumes möglich ist.

Diese Voraussetzungen sind hier jedoch nicht glaubhaft gemacht.

Voraussetzung ist zunächst das Vorliegen einer Krankheit iS des § 27 SGB V (*Padé, aaO, Rn 20*). Die Antragsgegnerin hat zutreffend darauf hingewiesen, dass hier eine nicht bestätigte Verdachtsdiagnose vorliegt. Ausweislich der vorliegenden medizinischen Unterlagen ist bereits die Diagnose, wegen der die Antragstellerin die Behandlung im Ausland begehrt, nicht

hinreichend glaubhaft gemacht. Nach dem Bericht des Klinikums K. vom 18. Juni 2025 über eine Hautbiopsie gelang ein Erregernachweis nicht. Eine lepromatöse Reaktion könne an diesem Material nicht verifiziert, aber auch nicht ausgeschlossen werden. Die Oberfeldärztin Dr. L., Bundeswehrkrankenhaus H., hatte bereits unter dem 22. August 2023 ausgeführt, dass das Ergebnis der Hautprobe ein Ekzem gezeigt habe und keine Lepra, somit sei die Diagnose *ausgeschlossen*. Im Bericht des Universitätskrankenhauses M. vom 12. Oktober 2023 heißt es unter Beurteilung: „Die gesamte Lepra- sowie Tropenmedizinische Diagnostik zeigt sich unauffällig. Partner hat ebenfalls eine negative Serologie auf Lepra. In Zusammenschau der Anamnese und Befunden sehen wir keinen Hinweis für eine tropendermatologische Erkrankung insbesondere kein Anhalt für Lepra. Bei Ekzem empfehlen wir eine regelmäßige Hautpflege zB mit Optiderm Creme oder Urea 10% sowie ggf, Lokalsteroid einzuleiten.“. Nach dem Bericht von Dr. L. vom 19. Juni 2024 konnten weder in der tropendermatologischen Sprechstunde am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin noch in der Klinik für Neurologie und HNO am Bundeswehrkrankenhaus H. auf Basis der durchgeführten Untersuchungen eine Erkrankung nachgewiesen werden. In dem Bericht vom 3. Juli 2024 heißt es explizit: „Wir haben Verständnis für das persönliche Empfinden und externe Meinungen daher wurde der Fall von Frau N. mit dem Direktor der Klinik für Dermatologie am Bundeswehrkrankenhaus O. Dr. P., Tropendermatologe sowie mit dem Team der Dermatologie besprochen. Hier ist in Zusammenschau der Anamnese und Befunde (molekulare Diagnostik, Histopathologie, Serologie, dermatologische-, und neurologische Untersuchung) kein Anhalt für eine lepromatöse Lepra oder Leprareaktion festzustellen.“

Auch das Universitätsklinikum I. hat eine Lepraerkrankung nicht selbst festgestellt, sondern geht in seinem Bericht vom 8. Juli 2024 von „extern diagnostizierter“ Lepra bzw von einem *Verdacht* auf Lepra“ aus. So heißt es ausdrücklich: „Bei V.a. Lepra-Reaktion Typ 2 leiteten wir eine Therapie mit Prednisolon ein, welche im weiteren Verlauf schrittweise reduziert wurde. Die Reduktion sollte wie unten angegeben fortgeführt werden.“

Auch in dem aktuellen Bericht von Dr. G. vom 7. April 2026, auf den sich das SG maßgeblich stützt, heißt es dazu nur „Die grundsätzliche Klärung, ob bei der Patientin eine Lepra-Infektion vorgelegen hat oder nicht, ist wünschenswert, aber nach meinem Kenntnisstand nicht mehr eruierbar. Ich als behandelnder Arzt gehe davon aus, dass die Patientin in Abwägung Risiko/Nutzen gegenwärtig und bis auf weiteres eine Behandlungsindikation ihrer vermutlich vorliegenden Leprareaktion hat.“. Nach dem von der Antragstellerin aktuell vorgelegten Bericht der Q.-Klinik J. vom 21. April 2026 ergaben sich nach kernspintomographischem Befund keine Hinweise auf weitere Lepraknoten oder Granulom-Bildungen. Es fand sich eine solitäre Knochenzyste im Bereich des Ulnakopfes rechts. Aus radiologischer als auch handchirurgischer Sicht könnte es sich hier um eine solitäre Knochenzyste handeln, ob hier eine Lepra-Absiedelung vorliegt, könne derzeit nicht sicher beurteilt werden. Hier wurde der

Antragstellerin empfohlen, sich in einem interdisziplinären universitären Zentrum oder erneut im Tropeninstitut H. vorzustellen.

Es ist auch nicht ersichtlich, dass die *Behandlung* nur außerhalb des EWR oder der EG möglich ist, wie es § 18 Abs 1 Satz 1 SGB V verlangt. Es handelt sich dabei um eine eng auszulegende Ausnahmegvorschrift, die eine echte Versorgungslücke im Inland voraussetzt. Eine Auslandsbehandlung kann nicht allein mit den Patientenwünschen begründet werden, erforderlich ist ein qualitatives oder quantitatives Versorgungsdefizit. Die Spitzenangebote im Ausland bilden nicht den Maßstab der GKV-Leistungspflicht. Die gesetzliche Krankenversicherung ist nur zu solchen Leistungen verpflichtet, die zweckmäßig und ausreichend sind. Eine optimale Versorgung ist nicht Gegenstand des Leistungsanspruchs. Es kommt auch nicht auf die speziellen Kenntnisse eines einzelnen Arztes oder eine spezielle Ausstattung einer spezifischen Praxis an (*Padé, aaO, Rn 31 mwN*).

Nach dieser Maßgabe besteht kein Anspruch auf die begehrte Leistung in Brasilien, da eine *Behandlung* von Tropenerkrankungen in deutschen tropenmedizinischen Instituten möglich ist - worauf die Antragsgegnerin zutreffend hinweist. Dabei ist das BNITM Nationales Referenzzentrum für tropische Infektionserreger. Auch nach dem Attest von Dr G. vom 7. April 2026 kann die medikamentöse Therapie *zweifelsfrei* vor Ort durchgeführt werden. Dies gilt zweifellos auch für die von der Antragstellerin angeführten neurologischen Leistungen wie Nervenultraschall oder Nervenfunktionsuntersuchungen sowie die Behandlung von gastrointestinalen Funktionsstörungen (vgl Bericht des Gastroenterologischen Zentrums J. vom 17. April 2026). Die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung im Ausland ist durch keinerlei medizinische Unterlagen belegt. Die Antragstellerin hat die Ungeeignetheit der vorhandenen Einrichtungen auch lediglich behauptet. Zudem ist auch überhaupt nicht dargelegt, was überhaupt der Inhalt der telemedizinischen Konsultationen in Brasilien ist und weshalb diese für die in Deutschland durchführbare Behandlung zwingend notwendig sind. Dass in Deutschland keine kontinuierlich vorgehaltenen Spezialsprechstunden für Lepra betrieben werden und eine durchgängige, multidisziplinäre auf Lepra und Leprareaktionen spezialisierte Versorgungsstruktur im Sinne einer dauerhaften Schwerpunktambulanz nicht besteht - wie die Antragstellerin mehrfach bemängelt, führt nicht dazu, dass eine Behandlung im Inland nicht möglich ist. Die von der Antragstellerin begehrte Spitzenversorgung ist nicht von der Leistungspflicht der GKV umfasst.

Auch Anhaltspunkte dafür, dass eine lebensbedrohliche oder tödlich verlaufende Erkrankung iS des § 2 Abs 1a SGB V vorliegt, die im Rahmen des § 18 SGB V zu berücksichtigen wäre (vgl/ *Padé, aaO, Rn 29*), sind nicht ersichtlich. Eine Erkrankung ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG lebensbedrohlich, wenn sie in überschaubarer Zeit das Leben beenden kann, und dies eine notstandsähnliche Situation herbeiführt, in der Versicherte nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen müssen. Es genügt hierfür nicht, dass die

Erkrankung unbehandelt zum Tode führt. Dies trifft auf nahezu jede schwere Erkrankung ohne therapeutische Einwirkung zu. Die Erkrankung muss trotz des Behandlungsangebots mit vom Leistungskatalog der GKV regulär umfassten Mitteln lebensbedrohlich sein (*st Rechtsprechung, BSG, Urteil vom 24. Januar 2023 – B 1 KR 7/22 R Rn 20 mwN*). Der Anspruch ist durch eine von einer nahen Lebensgefahr geprägten notstandsähnlichen Lage begründet (*BSG, aaO, Rn 41; BSG, Urteil vom 16. August 2021 – B 1 KR 29/20 R Rn 14 mwN*). Die notstandsähnliche Situation muss sich nach den konkreten Umständen des einzelnen Falles ergeben. Ein nur allgemeines mit einer Erkrankung verbundenes Risiko eines lebensgefährlichen Verlaufs genügt hierfür nicht (*BSG, Urteil vom 29. Juni 2023 – B 1 KR 35/21 R mwN*). Für eine solche notstandsähnliche Situation liegen keine Anhaltspunkte vor.

Darüber hinaus hat die Antragstellerin auch keinen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht. Danach liegt Unzumutbarkeit beispielsweise bei einer konkreten Gefährdung der Existenz oder wenn gar die Vernichtung der Lebensgrundlage droht, vor. Unzumutbarkeit hat der Senat auch (nur) in Fällen angenommen, in denen Versicherte nach den medizinischen Unterlagen lebensbedrohlich erkrankt waren, einer Kranken(haus)behandlung zur Abwendung einer akuten Lebensgefährdung unmittelbar bedurften und die Kosten dafür nach ihren nachgewiesenen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht vorschießen konnten (*st Rechtsprechung des erkennenden Senates, vgl Beschlüsse vom 4. Oktober 2017 - L 16 KR 251/17 B; 26. Juni 2017 - L 16 KR 91/17 B ER; 1; Beschluss vom 12. Januar 2026 – L 16 KR 474/25 B ER; Beschluss vom 28. April 2026 – L 16 KR 161/26 B ER*). Dafür liegen hier keine Anhaltspunkte vor, zumal auch nach dem Attest von Dr. G. vom 7. April 2026 eine medikamentöse Therapie zweifelsfrei vor Ort durchgeführt werden kann.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG in entsprechender Anwendung.

Dieser Beschluss ist nicht mit der Beschwerde anfechtbar (§ 177 SGG).

C.

D.

E.