

L 4 KR 119/96

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 3 Kr 410/94
Datum
11.09.1996
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 119/96
Datum
12.03.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Leitsätze

Die durch Konduktorinnen angewandte Petö-Methode ist keine ärztliche Behandlung. Sie entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Eine Kostenerstattung im In- und Ausland scheidet aus.

- i. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 11. September 1996 aufgehoben und die Klage abgewiesen.
- ii. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- iii. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für die Behandlung der Klägerin nach der Petö-Methode in Budapest und in Starnberg/Obb ...

Die am 10.10.1990 geborene und bei der Beklagten über die Mutter familienversicherte Klägerin leidet u.a. an einer spastischen Triparese links. Sie wurde vom 09.11. bis 04.12.1992 im Petö-Institut in Budapest behandelt und ließ am 24.03.1993 einen Antrag auf Kostenerstattung für diese Behandlung (2.500,00 DM) sowie auf Kostenübernahme für eine weitere, fest gebuchte Behandlung im Mai und Juni 1993 in Budapest stellen. Die Beklagte verneinte mit Schreiben vom 02.04.1993 einen Leistungsanspruch, sagte aber die Prüfung einer Kostenbeteiligung zu. Nach Einholung einer Stellungnahme der Neurologin Dr.M (Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität) sowie des Neurologen Dr.E (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK)) lehnte sie mit Bescheid vom 23.06.1993 eine Kostenübernahme mit der Begründung ab, die im Petö-Andras Institut in Budapest durchgeführte Therapie sei nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf den Widerspruch der Klägerin vom 20.02.1994, mit dem sie auf die Heilungsfortschritte und geringeren Kosten der streitigen Behandlung hinwies, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 12.04.1994 eine Beteiligung an den entstehenden bzw. entstandenen Behandlungskosten nach der Petö-Methode ein weiteres Mal ab. Auch hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein unter Bezugnahme auf ein Schreiben von Prof.Dr.W der Vorsitzenden des Vereins für konduktive Förderung e.V., die auf einen klinischen Modellversuch im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung unter ihrer Leitung Bezug nahm.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 17.08.1994 den Widerspruch mit der Begründung zurück, es handele sich bei der Petö-Therapie nicht um eine medizinische Methode; sie entspreche nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Es stünden auch in Deutschland heilpädagogische Behandlungsmöglichkeiten wie Krankengymnastik und Ergotherapie zur Verfügung.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 19.09.1994 beim Sozialgericht München (SG) geltend gemacht, sie habe bisher an vier Behandlungen nach der Petö-Methode teilgenommen. Es gebe keine dem Petö-Institut in Budapest vergleichbaren Einrichtungen in Deutschland. Die hierzulande angewendeten Methoden seien nicht so erfolgreich wie die Petö-Therapie. Andere Krankenkassen würden die Kosten übernehmen. Bei der Behandlung im August 1994 in Starnberg hätte für Problemfälle eine Ärztin konsultiert werden können. Das SG hat Befundberichte des Kinderarztes Dr.S und der Neurologin Dr.M beigezogen und ein Sachverständigengutachten von Prof.Dr.von (Oberarzt am Kinderzentrum vom 09.10.1995) eingeholt. Der Sachverständige kommt zu dem Ergebnis, in Deutschland sei die Behandlung der Erkrankung der Klägerin durch Krankengymnastik, Manualtherapie, Ergotherapie, Montessori-Heilpädagogik und Psychotherapie sichergestellt. Die Klägerin hat mit Schreiben vom 09.04. und 05.09. 1996 die Klage wegen vier weiterer Aufenthalte im Sommercamp in Starnberg und im Petö-Institut in Budapest erweitert und insgesamt eine Kostenerstattung von 22.763,67 DM geltend gemacht.

Das SG hat mit Urteil vom 11.09.1996 die Beklagte verurteilt, die Kosten der Behandlung mit der Petö-Methode in Budapest und im Sommercamp Starnberg zu erstatten. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Erstattungspflicht beruhe auf einem Systemversagen der

gesetzlichen Krankenversicherung, da für die Klägerin eine zweckmäßige Versorgung im Inland nicht sichergestellt sei. Der Gesundheitszustand der Klägerin habe sich nach den Feststellungen von Dr.M durch die Therapie in Budapest verbessert. Entsprechendes gelte auch für die Teilnahme am Sommercamp in Starnberg in den Jahren 1994 und 1995. Die Beklagte sei auch für die akzessorischen Nebenkosten leistungspflichtig.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 22.10. 1996, mit der sie u.a. geltend macht, es gebe für die Klägerin entsprechende Behandlungsmöglichkeiten auch in Deutschland. Die vom Petö-Institut in Budapest und bei der Behandlung in Starnberg eingesetzten Konduktorinnen würden selbständig und eigenverantwortlich arbeiten und stünden nicht unter ärztlicher Verantwortung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 11.09.1996 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11.09.1996 zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) ist zulässig; der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 1.000,00 Deutsche Mark ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung ist begründet.

Das angefochtene Urteil ist aufzuheben und die Klage abzuweisen; denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung der Behandlungen nach der Petö-Methode am Petö-Institut in Budapest und im Sommercamp/Starnberg.

Ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) ist unbegründet. Nach dieser gesetzlichen Bestimmung sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, falls die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Ferner setzt der Anspruch voraus, daß die Leistung medizinisch notwendig war.

Zu den unaufschiebbaren Leistungen im Sinne des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) gehören Notfälle nach [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#), die voraussetzen, daß die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar war und der Versicherte daher auf Hilfe eines Nicht-Vertragsarztes angewiesen war. Ferner zählen dazu andere dringliche Bedarfslagen (Kasseler Kommentar - Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr. 8, m.w.N.). Entgegen der Ansicht des SG haben ein Notfall, dringliche Bedarfslagen oder Systemstörungen nicht vorgelegen. Denn, wie dem Sachverständigengutachten und der Stellungnahme von Dr.E zu entnehmen ist, bestehen im Inland im ausreichenden Umfang Behandlungsmöglichkeiten durch zugelassene Leistungserbringer. Gegen einen Notfall, d.h. dringende Behandlungsbedürftigkeit, spricht insbesondere auch die mehrwöchige Vorausanmeldung und Vorausbezahlung der Therapie. Im übrigen widerlegt die Klägerin ihre Behauptung, eine zweckentsprechende Therapie sei nur im Ausland möglich, durch die Teilnahme an der Behandlung im Sommercamp/Starnberg, die durch Konduktorinnen des Petö-Instituts in Budapest durchgeführt wurde.

Die Beklagte hat die beantragten Leistungen auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Bezüglich des ersten Aufenthalts im Petö-Institut in Budapest im November/Dezember 1992 gilt, daß die Klägerin es unterlassen hat, eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gilt, daß Kosten für eine selbst beschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten sind, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten (BSG vom 10.02.1993 = [SozR 3-2200 § 182 Nr.15](#); BSG vom 16.12.1993 - SozR 3-2500 [§ 12 SGB V](#) Nr.4; BSG vom 15.04.1997, [1 BK 31/96](#), - [SozR 3-2500 § 13 Nr.15](#)). Zur Begründung weist das BSG darauf hin, daß den Krankenkassen zur Vermeidung von Mißbräuchen vorab die Prüfung ermöglicht werden muß, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden kann und, falls dies nicht möglich ist, ob sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, insbesondere den Anforderungen der Geeignetheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ([§ 12 SGB V](#)) genügt. Damit ist ein Versicherter vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Systems grundsätzlich gehalten, sich an seine Krankenkasse zu wenden und die Gewährung zu beantragen. Er darf der Entscheidung der Kasse nicht dadurch vorgreifen, daß er die erstrebte Behandlung durchführen läßt und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagert. Dies gilt selbst dann, wenn er mit einer Ablehnung der beantragten Behandlungsform rechnen muß, da hier die Krankenkasse den Versicherten auf Behandlungsalternativen hinweisen kann. Im vorliegenden Fall der Auslandsbehandlung spricht auch [§ 275 Abs.2 Nr.3 SGB V](#) dafür, daß ein Versicherter die Krankenkasse vor Inanspruchnahme einer Leistung im Ausland anspricht. Denn nach dieser Bestimmung haben die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst bei Kostenübernahme der Behandlung im Ausland prüfen zu lassen, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist ([§ 18 SGB V](#)). Es handelt sich hierbei um eine ärztliche Prüfung, die - worauf der Begriff "Kostenübernahme" hinweist - in der Regel vor der Leistungserbringung durchgeführt werden sollte. Darauf kommt es hier nicht an (vgl. BSG vom 15.04.1997 - SozR 3-2500, § 18 Nr.2, S.6, wo anscheinend eine nachträgliche Leistungsgewährung für zulässig erachtet worden ist). Die Klägerin hat somit durch ihren Kostenerstattungsantrag bezüglich der Therapie im November/Dezember 1992 eine Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen verhindert. Schon aus diesem Grunde besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung für die genannte Behandlung nicht.

Die Beklagte hat im übrigen bei Anwendung des [§ 18 SGB V](#) eine Kostenerstattung zu Recht abgelehnt. Denn die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind nicht erfüllt. Nach [§ 18 Abs.1 SGB V](#) 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 im Ausland möglich ist. [§ 18 Abs.1 SGB V](#) ist als Ausnahmeregelung von dem Grundsatz des [§ 16 Abs.1 Nr.1 SGB V](#), daß Leistungen bei Auslandsaufenthalt nicht gewährt werden, eng auszulegen. Nach dem Wortlaut des [§ 18 Abs.1 SGB V](#) kommt es auf einen Vergleich der Behandlungsmöglichkeiten (nicht Behandlungsmethoden) im Inland mit der streitigen Behandlung an. Hierbei ist auf die besonderen Verhältnisse des Versicherten abzustellen. Ob eine Auslandsbehandlung in Betracht kommt, richtet sich nach dessen spezifischem Krankheitsbild (BSG vom 23.11.1995, SozR 3-2500, [§ 18 SGB V](#) Nr.1).

Die Klägerin hat im Inland Anspruch auf Sachleistungen gemäß den in [§§ 11, 27 SGB V](#) genannten Leistungen, insbesondere auf Behandlung einer Krankheit durch zugelassene Ärzte und Krankenhäuser ([§§ 72, 73, 107 SGB V](#)). Ferner besteht auch ein Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen durch zugelassene Leistungserbringer ([§§ 32, 40, 111, 124 SGB V](#)). Leistungsmaßstab ist u.a. das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 SGB V](#)), das auch die Aufgabe hat, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung zu gewährleisten. Durch dieses Leistungsangebot wird insbesondere eine ärztliche Versorgung der verschiedenen Fachgebiete sichergestellt. Durch die Beschränkung auf zugelassene Leistungserbringer ist aber das Recht der freien Arztwahl eingeschränkt ([§ 76 SGB V](#)).

Diese Modifikationen folgen aus dem Sachleistungsprinzip, dem Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 2 Abs.1, 2 SGB V](#)). Danach stellen die Krankenkassen den Versicherten die im 3.Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) in Natur zur Verfügung, soweit die Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit das SGB V nichts Abweichendes vorsieht. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des 4.Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern. Der Sachleistungsanspruch bezweckt nicht nur den Versicherten ein umfassendes und flächendeckendes Leistungsangebot der verschiedenen Fachrichtungen bereitzustellen, sondern den Versicherten auch zu ermöglichen, die Krankenbehandlung grundsätzlich ohne Einsatz von Eigenmitteln durchzuführen. In diesem Sinne hat der durch das Wirtschaftlichkeitsgebot und den Arztvorbehalt ([§§ 12, 15 SGB V](#)) geprägte Sachleistungsanspruch auch den Zweck, den Versicherten eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Leistung zur Verfügung zu stellen ([§ 2 Abs.1 SGB V](#)). Eine Bereitstellung der verschiedenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch zugelassene Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie Heilmittelerbringer wäre aber nicht möglich, wenn diese Leistungserbringer von dem Versicherten nicht in Anspruch genommen würden. Außerdem würde eine Erweiterung der Kostenerstattung über die gesetzlich zugelassenen Grenzen hinaus den Krankenkassen die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Überwachung der Budgetierung verwehren ([§§ 106, 84, 85 SGB V](#), § 17 Abs.1 a KHG).

Es ist nicht erwiesen, daß der Klägerin in Anbetracht ihrer Erkrankung eine ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung durch inländische zugelassene Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen nicht zuteil wird. Auch entbehrt die Behauptung der Klägerseite, daß die in der Bundesrepublik Deutschland zur Verbesserung bzw. Linderung der cerebralen Bewegungsstörungen bei Kindern eingesetzten krankengymnastischen Übungen auf neurophysiologischer Grundlage und die angewandten Ergotherapiemaßnahmen der konduktiven Förderungsmethode nach Petö unterlegen seien, jeglicher Grundlage. Vielmehr werden nach dem Sachverständigen der Klägerin in Deutschland als Behandlungsmöglichkeiten Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage nach Vojta oder Bobath, Ergotherapie und Psychotherapie zur Verfügung gestellt. Auch Dr.E hat ausgeführt, daß sich das Behandlungsziel mit der üblichen Methode einer Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage und Ergotherapie gleichfalls hätte erreichen lassen.

Dementsprechend läßt sich - anders als das SG angenommen hat - eine Systemstörung im inländischen Leistungsangebot nicht feststellen. Es genügt zur Begründung der Leistungspflicht nach [§ 18 SGB V](#) nicht, daß im Ausland eine andere Behandlungsmethode angeboten wird. Die Bestimmung setzt vielmehr voraus, daß eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende ärztliche Behandlung, für die eine Krankenkasse im Inland leistungspflichtig wäre, nur im Ausland möglich ist. Gegen die vom SG angenommene Systemstörung spricht, daß die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung von vornherein nur ein selektives Leistungsangebot enthalten. Die Krankenkassen stellen, wie sich aus [§§ 11, 15, 27 SGB V](#) ergibt, Krankenbehandlung nur durch bestimmte Leistungsarten und bestimmte Leistungserbringer zur Verfügung. Die gesetzliche Krankenversicherung enthält somit keinen lückenlosen Schutz gegen die Versicherungsfälle Krankheit, Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit. Neben diesen genannten Modifikationen sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch das o.g. Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 SGB V](#)) und die Wissenschaftlichkeitsklausel des [§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) geprägt. Die Wissenschaftlichkeitsklausel des [§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) beschränkt die Leistungspflicht der Krankenkassen auf die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Leistungen. Zwar ist damit die gesetzliche Krankenversicherung nicht auf die Leistungen der Schulmedizin festgelegt, aber alle Leistungen, auch die der besonderen Therapierichtungen und die echten Außenseitermethoden, müssen einer wissenschaftlichen Überprüfung standhalten. Der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse schließt darüber hinaus aus, daß Leistungen, die sich im Stadium der Erprobung befinden, bereits zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Die Vorschrift bezweckt im Zusammenhang mit dem Arztvorbehalt ([§ 15 SGB V](#)) außerdem, Ärzten, die also eine wissenschaftliche Ausbildung erfolgreich durchlaufen haben, das Recht einzuräumen, die Diagnose zu stellen und über Art und Umfang der Therapie zu entscheiden. Diese durch die allgemeinen Prinzipien des Krankenversicherungsrechts wie Wissenschaftlichkeitsklausel, Arztvorbehalt und Wirtschaftlichkeitsgebot, geprägten Leistungsvoraussetzungen gelten auch im Rahmen des [§ 18 SGB V](#), zumal Abs.1 dieser Bestimmung den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als Leistungsmaxime hervorhebt. Mit dem Begriff Behandlung meint [§ 18 Abs.1 SGB V](#) eine ärztliche Behandlung, d.h. medizinische Vorsorgeleistung ([§ 23 SGB V](#)) bzw. Krankenbehandlung ([§ 27 Abs.1 SGB V](#)).

Diese Leistungskriterien sind durch die der Klägerin zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten, aber nicht durch die streitige Behandlung nach Petö erfüllt, wie sie im Ausland (Budapest) erbracht worden ist.

Es ist zunächst nicht erwiesen, daß die durchgeführten Therapien ärztliche Leistungen im Sinne des [§ 15 SGB V](#) gewesen sind. Krankenbehandlung muß grundsätzlich durch einen approbierten Arzt erbracht werden. Mit diesem in [§ 15 Abs.1 SGB V](#) geregelten Arztvorbehalt sind andere Heilberufe von der selbständigen Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Der Arztvorbehalt wird mit dem Bestreben des Gesetzgebers begründet, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Grundlage der medizinischen Versorgung zu machen sowie eine ausreichende Ausbildung, Kontrolle und Überwachung der Heilpersonen zu gewährleisten (BSG vom 01.03.1979, USK 7930; BVerfG vom 10.05.1988, SozR 2200, § 122 RVO Nr.10). Mit dem Arztvorbehalt nach dem im Zeitpunkt der angefochtenen Bescheide geltenden Recht ist zwar eine Delegation der Behandlung in gewissem Umfang auf Hilfspersonen bzw. die Hinzuziehung nicht- ärztlicher Personen zulässig. Diese Ausnahmen vom Gebot der persönlichen Leistungserbringung dürfen aber

nur im engen Rahmen erfolgen, d.h., die Behandlung muß weiterhin vom Arzt geleitet und ihm insgesamt zugeordnet werden können (BSG vom 01.03.1979, a.a.O.; BSG vom 25.07.1979, SozR 2200, § 182 RVO Nr.48). Hierfür genügt die von der Klägerin behauptete ärztliche Leitung im Petö-Institut nicht. Dieser Umstand bedeutet zugleich, daß auch die Kosten der im Inland erbrachten Schulung im Sommercamp/Starnberg nicht auf der Grundlage der [§§ 13 Abs.3, 27 Abs.1 SGB V](#) erstattet werden können. Die Konduktorinnen sind weder approbierte Ärzte, noch sind sie Hilfspersonen, die von Ärzten zur Behandlung zugezogen werden. Bereits aus den von der Klägerin zur Verfügung gestellten Unterlagen ergibt sich, daß die Therapie nicht von Ärzten erbracht wird. Der Schrift "Vom Rollstuhl auf die eigenen Füße: - das ungarische Konzept der Entwicklungsförderung nach Andras Petö für bewegungsbehinderte Kinder" ist zu entnehmen, daß in der konduktiven Frühförderung der Konduktor "die ganzheitliche Betreuung eines Kindes (übernimmt), d.h., er vereint die Aufgaben des Physiotherapeuten, Logopäden, Motorpäden, Sonderpädagogen, Erziehers, Pflegers und Lehrers eigenverantwortlich in einer Person". Ferner enthält die Schrift unter der Überschrift Grundprinzipien folgenden Hinweis: "Der Konduktor entscheidet kontinuierlich über Ziele, Teilziele, Inhalte und Methoden in Zusammenarbeit mit Arzt und Eltern". Da die selbständige Erbringung medizinischer Leistungen durch Personen ohne Approbation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zulässig ist, besteht schon aus diesem Grund keine Leistungsverpflichtung der Beklagten.

Die Petö-Methode hat auch keine ärztliche Behandlung zum Gegenstand, sondern sie ist eine erzieherische Leistung. Somit wäre eine Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung nicht mit dem Begriff Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 SGB V](#) zu vereinbaren. Mangels ärztlicher Behandlung sind auch die Voraussetzungen der medizinischen Vorsorgeleistung ([§ 23 Abs.1 SGB V](#)) und der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ([§ 40 SGB V](#)) nicht erfüllt. Zur ärztlichen Behandlung gehören nur solche Maßnahmen, die auf die Leistungsziele des [§ 27 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) gerichtet sind. Andere Maßnahmen, die gleichfalls der Heilung dienen, fallen nicht unter den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies belegt auch [§ 43 a SGB V](#), wonach nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, wozu auch psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen gehören, nur insoweit in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, als sie erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Daraus ergibt sich im Umkehrschluß, daß die nichtärztliche sozialpädiatrische Therapie nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zählt. Auch hier läßt die o.g. Schrift erkennen, daß die Petö-Methode keine Behandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Denn nach den dort gemachten Angaben soll nicht eine Krankheit behandelt, sondern eine Lernstörung mit besonderen Maßnahmen überwunden werden. Nicht den Fehler korrigieren, ist die Devise, sondern das Fehlende erlernen. In diesem Zusammenhang hat Dr.E (MdK) in dem von der Beklagten eingeholten Gutachten ausgeführt, daß die Petö-Erziehung ein pädagogisches System, aber keine medizinische Therapie ist. Ziel der konduktiven Erziehung ist die Persönlichkeitsentfaltung. Ferner verweist Dr.E auf andere Veröffentlichungen, die die konduktive Pädagogik als ein ganzheitliches, komplexes pädagogisches System bezeichnen, durch das Menschen mit einer Schädigung des Zentralnervensystems lernen, ihre Dysfunktionen zu überwinden und zu mindern. Cerebrale Bewegungsstörungen werden nicht als Krankheiten betrachtet, sondern als Lernstörungen.

Schließlich ist auch nicht belegt, daß die Petö-Methode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige Prof.Dr.von ausgeführt, daß eine wissenschaftliche Validierung der Petö-Methode noch aussteht. Zwar wurde bei einigen Kindern ein Motivationsschub erreicht. Ob und wie lange diese so erreichte "Fähigkeit" anhält und nach der Pubertät bzw. im Erwachsenenalter noch zu finden sein wird - denn dies ist in der Regel bei den entsprechenden gewonnenen Fähigkeiten nach den Krankengymnastiken auf neurophysiologischer Grundlage gegeben - bleibt durch prospektive Studien zu untersuchen. Daraus ist zu entnehmen, daß, wenn der Petö-Methode der Stellenwert einer Außenseitermethode zuerkannt wird, der von der Rechtsprechung des BSG verlangte Qualitäts- und Wirksamkeitsnachweis des [§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) nicht gegeben ist (BSG vom 05.07.1995 - [1 RK 6/95](#)). Danach muß sich die Wirksamkeit der Behandlungsmethode aufgrund wissenschaftlich geführter Statistiken in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen nachweisen lassen und es dürfen gegen die Qualität der Methode - auch unter Berücksichtigung eventueller Nebenwirkungen - keine durchgreifenden Bedenken bestehen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen läßt auch der Forschungsbericht über die konduktive Förderung für cerebralgeschädigte Kinder des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, vorgelegt von Weber und Rochel, bei der ohnehin nur geringen Anzahl von 12 Projektkindern, in dieser Hinsicht keine Stellungnahme zu.

Die Beklagte ist an die Kostenübernahme bzw. Bezuschussung durch andere Krankenversicherungsträger nicht gebunden, denn der Gleichheitssatz ([Art.3 GG](#)) gilt im Unrecht nicht (Jarass /Pieroth, GG, Art.3, Rz 26 m.w.N.). Daran ändert auch die von den Ersatzkassen bereitgestellte Therapie nach der Petö-Methode im Kinderzentrum nichts (Ersk 1997, 419). Denn hierbei handelt es sich offensichtlich um eine Erprobungsregelung ([§§ 63 ff SGB V](#)), die der Weiterentwicklung der Frühförderung dienen soll.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-03-15