

Stellungnahme zur Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen von Musiktherapie/Tanztherapie/künstlerischer Therapie

1. Abrechenbarkeit als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen nach dem SGB V

Zu prüfen ist zunächst eine Übernahmepflicht der Kosten für derartige Behandlungsformen durch die gesetzliche Krankenkasse über die in erster Linie im SGB V geregelten Voraussetzungen.

Für den Bereich der **Musiktherapie** liegen bereits einige einschlägige gerichtliche Entscheidungen vor. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen wird jedoch aus den nachfolgend aufgeführten Gründen wiederholt durch die entscheidenden Spruchkörper abgelehnt.

Der allgemeine Behandlungs- und Versorgungsanspruch unterliegt prinzipiell den sich aus § 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen sind daher nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn eine bestimmte Therapie nach eigener Einschätzung der Versicherten oder der behandelnden Ärzte positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Therapie rechtlich von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein (vgl. SG Aachen, Urteil vom 11. August 2011, Az. S 2 KR 103/11).

Die Musiktherapie ist im Rahmen des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung als neues Heilmittel im Sinne des § 32 SGB V einzustufen.

Gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V dürfen neue Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn der Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V wird allgemein der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl. BSG, Urteil vom 16.09.1997, 1 RK 28/95 = BSGE 81,54 ff.; Urteil vom 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R = BSGE 97, 190 ff.).

Die Musiktherapie ist in der Anlage zu den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich als „nichtverordnungsfähiges Heilmittel“ eingestuft worden (siehe hierzu Anlage „Nichtverordnungsfähige Heilmittel“, a) Ziff. 4).

Zur Verbindlichkeit der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses stellt das Landessozialgericht Bayern folgendes fest (vgl. LSG Bayern, 11.11.2008, L 15 V 3/08):

Die Regelungen der Heilmittel-Richtlinien sind für die Krankenkassen verbindlich. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Heilmittel-Richtlinien sind ebenso wie die übrigen auf der Rechtsgrundlage des § 92 SGB V erlassenen Richtlinien nach der Rechtsprechung der mit dieser Frage befassten Senate des Bundessozialgerichts (BSG) untergesetzliche Rechtsnormen (BSG SozR 3-2500 § 92 Nr.6; BSG SozR 3-2500 § 103 Nr.2; BSG SozR 3-2500 § 92 Nr.7; BSG SozR 4-2500 § 37 Nr.7). Der Gemeinsame Bundesausschuss kann in den Heilmittel-Richtlinien prinzipiell einen normativ verbindlichen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel festlegen. Umstände des Einzelfalles allein können kein Absehen von den generellen Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebots in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses rechtfertigen. Vielmehr ist hierfür eine generelle Fehlerhaftigkeit der Richtlinien, d.h. ein Verstoß einzelner Bestimmungen gegen höherrangiges Recht erforderlich (BSG SozR 4-2500 § 37 Nr.7; BSG SozR 4-2500 § 132a Nr. 3), vgl. zuletzt Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen mit Beschluss vom 05.06.2008, L 16 B 20/08 KR ER. Eine solche generelle Fehlerhaftigkeit ist vorliegend aber gerade nicht ersichtlich. Denn zum Beispiel wird auch im Bereich der beihilfekonformen Versicherung von Beamten des Freistaates Bayern eine Musiktherapie nicht als beihilfefähig angesehen (§ 13 der Bayer. Beihilfeverordnung - BayBhV vom 02.01.2007).

Eine Leistungsübernahme scheidet gesetzlich somit daran, dass es sich bei der Musiktherapie nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen handelt.

Auch für den Bereich der **Kunsttherapie** wird dieser Argumentation gefolgt.

Bislang liegen dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach eigenen Aussagen keine Informationen vor, die nahelegen, dass es sich bei der Kunsttherapie um eine

medizinische Methode handelt, die die für die vertragsärztliche Versorgung gesetzlich vorgegeben Kriterien "diagnostischer oder therapeutischer Nutzen", "medizinische Notwendigkeit" und "Wirtschaftlichkeit" erfüllen würde.

Durch die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V wird über die vertragsärztliche Versorgung hinaus auch allgemein der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist zwar generell anerkannt, dass trotz der Regelung des § 135 Abs. 1 SGB V eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen kann, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 04.04.2006, B 1 KR 12/05 R, sog. "Systemversagen"). Ein solches Systemversagen liegt im Fall der Kunsttherapie jedoch nicht vor. Es wurde bislang noch nicht einmal ein entsprechender Antrag gestellt (vgl. SG Aachen, Urteil vom 11. August 2011 · Az. S 2 KR 103/11).

Eine Kostenübernahme kann ggf. in Einzelfällen nach verfassungsgerichtlicher Rechtsprechung bei Vorliegen einer notstandsähnlichen Krankheitssituation gefordert werden. Dazu hat das Bundesverfassungsgericht jedoch enge Voraussetzungen entwickelt.

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98 = BverfGE 115, 25 ff.) entschieden, dass es mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, generell von der Gewährung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Eine Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige Bundesausschuss diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt hat, verstößt nach dieser Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur dann gegen das Grundgesetz, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- 1.) es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor. Bezüglich dieser Krankheit steht
- 2.) eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode steht
- 3.) eine "auf Indizien gestützte", nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Abschließend wird auf das Urteil des BSG vom 22.3.2005, Az. B 1 A 1/03 R hingewiesen. Dieses enthält Feststellungen bezüglich der besonderen Therapierichtungen, insbesondere der anthroposophischen Medizin, in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hierbei handelt es sich jedoch um ein Urteil, das einen Rechtsstreit im Aufsichtsverhältnis zwischen Krankenkasse und Bundesversicherungsamt zum Gegenstand hatte. Aus diesem Grund wurde somit keine definitive Entscheidung über den Inhalt und den Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung im Zusammenhang mit den besonderen Therapierichtungen getroffen. Insoweit verweist das BSG auf die Möglichkeit und Notwendigkeit der sozialgerichtlichen Klärung im Einzelfall im Leistungsverhältnis, also zwischen Versicherten und Krankenkasse.

Das BSG hatte sich mit der Frage zu befassen, ob die oben bereits beschriebenen Grundsätze der Richtlinienerstellung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auch dann uneingeschränkte Anwendung finden, wenn es um die Leistungspflicht für neue Behandlungsmethoden und Heilmittel im Bereich der „besonderen

Therapierichtungen“ geht. Grundsätzlich geht es hier um die Frage, wie das Verhältnis von § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V zu § 2 Abs. 1 S. 3 zu sehen ist:

Nach § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V sind Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der „besonderen Therapierichtungen“ vom Leistungsrahmen der GKV „nicht ausgeschlossen“.

Eine solche Hervorhebung wäre unnötig, wenn die allgemeinen Grundsätze des Leistungsrechts darauf ohne jegliche Modifizierung anzuwenden wären.

Wenn § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V bestimmt, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ zu entsprechen haben, könnte dies allerdings die Annahme rechtfertigen, sämtliche Leistungen, d.h. auch diejenigen der besonderen Therapierichtungen, dürften nur bei entsprechender wissenschaftlicher Nachprüfbarkeit gewährt werden.

Darüber, wie das Spannungsverhältnis beider Regelungen zueinander aufzulösen ist, gibt das Gesetz indessen nach der Auffassung des BSG keinen endgültigen Aufschluss.

Das BSG ist hier der Meinung, dass die Streitfrage jedenfalls nicht mit einer derart großen Gewissheit bejaht werden könnte, dass ein aufsichtsrechtliches Einschreiten des Bundesversicherungsamtes in der gewählten Form eines absoluten Verbotes der Kostenübernahme gerechtfertigt wäre. Sofern Rechtsfragen zum Anlass einer Beanstandung genommen werden, die bislang weder das Gesetz noch die Rechtsprechung in eindeutiger Weise beantwortet haben, verbietet es der Grundsatz maßvoller Ausübung der Rechtsaufsicht der Aufsichtsbehörde, ihre Rechtsauffassung an die Stelle derjenigen der beaufsichtigten Körperschaft (hier: der Krankenkasse) zu setzen. Bewegt sich das Handeln oder Unterlassen der Krankenkasse dagegen im Bereich des rechtlich noch vertretbaren, sind förmliche Aufsichtsmaßnahmen, die dieses beanstanden, rechtswidrig.

Nach Ansicht des BSG steht dem aufsichtsbehördlichen Einschreiten des Bundesversicherungsamts entgegen, dass weder durch das Gesetz noch durch gesetzesauslegende höchstrichterliche Rechtsprechung hinreichend abgesichert ist, dass die leistungsrechtlichen Grundsätze der bisherigen Rechtsprechung zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmitteln auch auf

entsprechende Leistungen der besonderen Therapierichtungen uneingeschränkt zu übertragen sind oder ob insofern Abweichungen und Modifizierungen erforderlich sind.

Das BSG weist darauf hin, dass sich seiner bisherigen Judikatur nicht ohne weiteres entnehmen lässt, dass jegliche Krankenbehandlung nach den Grundsätzen einer besonderen Therapierichtung als „neu“ anzusehen sei, wann dies zu bejahen sei und ob der Bundesausschuss vor einer Leistungsgewährung in diesem Bereich eine Prüfung zu Qualität und Wirksamkeit nach den herkömmlichen Kriterien angestellt und positive Empfehlungen abgegeben haben müsse. Im Hinblick darauf, dass seit Inkrafttreten des SGB V am 01.01.1989 Empfehlungen des Bundesausschusses zu den Leistungen der besonderen Therapierichtungen nicht ergangen sind, lässt nach Auffassung des BSG den „Gedanken an eine massive Systemstörung insoweit zumindest nicht gänzlich abwegig erscheinen.“

Angesichts der unklaren Rechtslage in diesem Zusammenhang wird den Kassen bei Leistungen aus diesem Bereich damit ein „gewisser Bewertungsspielraum“ eingeräumt.

Wie bereits festgestellt, ergibt sich daraus kein unmittelbarer Anspruch auf Übernahme der Kosten für derartige Behandlungsmethoden. Es ist abzuwarten, wie sich die diesbezügliche Rechtsprechung und die Praxis der gesetzlichen Krankenkassen entwickelt.

2. Abrechenbarkeit als Leistung der Eingliederungshilfe

Im Folgenden soll untersucht werden, ob die Musiktherapie und ihr vergleichbare Therapiearten die Leistungsvoraussetzungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 Abs. 1, 54 Abs. 1 SGB XII erfüllen und ob die Möglichkeit der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger besteht.

Nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sind Leistungen der Eingliederungshilfe neben den Leistungen nach §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX insbesondere die in den Nummern 1-5 aufgezählten Leistungen.

Zu bewerten ist insbesondere, ob es sich bei den fraglichen Therapiearten um Leistungen des § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII handelt.

Dies hat das Sozialgericht Aachen in seinem Urteil vom 28.9.2010, Az. S 20 (19) SO 50/09, zunächst verneint. Hauptsächlich wurde zur Begründung darauf abgestellt, dass in dem zu entscheidenden Fall durch die Musiktherapie die Teilnahme des Klägers am Leben in der Gemeinschaft und im weiteren Sinne der Schulbesuch nur nebenbei gefördert wird. Es bestehe jedoch kein überwiegend direkter Bezug zur schulischen Ausbildung, welcher für die Anwendbarkeit von § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB XII notwendig wäre.

Diese Entscheidung wurde jedoch durch das Landessozialgericht NRW mit Urteil vom 10.10.2012, Az. L 12 SO 605/10, wieder aufgehoben. Das Landessozialgericht NRW stellt in seinen Leitsätzen fest, dass ein behinderter Mensch im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB XII einen Anspruch auf die Übernahme von Kosten für Musiktherapie haben kann, wenn positiv festgestellt werden kann, dass deren Gewährung zu einer Linderung der Behinderungsfolgen beiträgt. Die Leistungspflicht besteht hier nicht vorrangig für den Sozialhilfeträger gemäß § 10 Abs. 4 SGB VIII, da bei dem Kläger eine geistige Behinderung vorliegt. Eine heilpädagogische Maßnahme in Form von Musiktherapie ist nach Ansicht des Gerichts übernahmefähig, wenn die Maßnahme im konkreten Fall erforderlich und geeignet ist, dem behinderten Menschen den Schulbesuch zu ermöglichen bzw. zu erleichtern. Stellt die Musiktherapie einen wesentlichen Beitrag zur Minderung der bestehenden Behinderung dar, so besteht eine Einstandspflicht des Sozialhilfeträgers.

Das Verwaltungsgericht Meiningen hat mit Urteil vom 28.2.2002, Az. 8 K 879 ME, ebenfalls entschieden, dass Musiktherapie eine Maßnahme der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder sei, da sie ihnen ein Erfolgserlebnis vermittelt, die Konzentrationsfähigkeit erhöhen und die Kontaktfreudigkeit verbessern könne. Die Musiktherapie habe im zu entscheidenden Fall bereits Erfolge gezeigt, da sie dem Kläger ver helfe, kommunizieren zu lernen und sich in einer Sprachanbahnung zu schulen.

Es ist somit eine Einzelfallentscheidung, ob Musiktherapie als Leistung in Form von Eingliederungshilfe vom Sozialhilfeträger zu übernehmen ist. Grundsätzlich ist die Kostenübernahme möglich, wenn die Voraussetzungen des § 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB XII im konkreten Fall vorliegen.

3. Abrechenbarkeit als Leistung der Jugendhilfe/Hilfe zur Erziehung

Zu der Frage, ob eine Kostenübernahme durch den Träger der Jugendhilfe/Hilfe zur Erziehung möglich ist, wurden noch keine Urteile veröffentlicht. Die Thematik ist jedoch Gegenstand neuerer Literatur (etwa: Peter Hennen: Musiktherapie als Hilfe zur Erziehung. Therapeutische Leistungen im Auftrag der Jugendhilfe. Dr. Ludwig Reichert Verlag (Wiesbaden) 2010. 111 Seiten. ISBN 978-3-89500-741-5). Es zeichnet sich die Tendenz ab, dass die Übernahme der Kosten von den oben genannten Trägern angestrebt wird. In Einzelfällen sei dies bereits jetzt möglich. Eine einheitliche Handhabung der betroffenen Träger ist jedoch noch nicht ersichtlich. Es ist in diesem Bereich abzuwarten, bis die ersten Gerichte mit dem Thema befasst werden, um verlässliche Aussagen treffen zu können.

Berlin, 12.07.2013

Martina Hölz