

rechtlichen Gründen⁴⁾ nicht annehmen, daß es dem Verordnungsgeber vollkommen freistehe, die Bezeichnung der Sonderfächer und damit die Berufsbezeichnungen für Fachärzte nach Belieben festzulegen. Hat man dies erkannt, so zeigt sich, daß § 33 Abs 1 Ärzte-Ausbildungsordnung gesetzwidrig ist. Hinter der Berufsbezeichnung „Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin“ steht eben nicht eine umfassende Befugnis zur Intensivmedizin, wie dies die Bezeichnung vermuten läßt. Wesentliche Bereiche der Intensivmedizin gehören in den Aufgabenbereich anderer Fächer.

Die Gesetzwidrigkeit dieser Regelung kann auch nicht damit bestritten werden, daß man meint, es müsse dem Verordnungsgeber gestattet sein, bei der Festlegung von Berufsbezeichnungen zu generalisieren und allgemeine Umschreibungen vorzunehmen. Diesem Argument soll grundsätzlich nicht entgegengetreten werden; freilich sind auch bei einer verallgemeinernden Umschreibung Grenzen zu wahren. Zählt – wie im vor-

⁴⁾ Art 18 Abs 2 B-VG.

⁵⁾ § 38 Z 8 Ärzte-Ausbildungsordnung.

Christian Kopetzki

Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch Famulanten

Zum Inhalt: In seinem Beschluß 1 Ob 532/94 vom 25. 1. 1994 = RdM 1994/25 hat der OGH soweit ersichtlich erstmals zu den Grenzen der Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch in Ausbildung stehende Studenten der Medizin („Famulanten“) Stellung genommen. Aus Anlaß dieser Entscheidung können die hiebei zu beachtenden Grundsätze wie folgt zusammengefaßt werden:

I. Umfang der Tätigkeiten

Nach § 22 Abs 7 iVm Abs 6 ÄrzteG sind die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin¹⁾ zur Ausübung folgender Tätigkeiten berechtigt:

1. Erhebung der Anamnese,
2. einfache physikalische Krankenuntersuchung einschließlich Blutdruckmessung,
3. Blutabnahme aus der Vene,
4. die Vornahme intramuskulärer und subkutaner Injektionen und
5. Hilfeleistung bei anderen ärztlichen Tätigkeiten.

¹⁾ Zum Begriff des Famulanten und zu den unterschiedlichen Formen und rechtlichen Rahmenbedingungen von „Famulaturen“ vgl näher Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten (1990) 60 ff.

liegenden Fall – die Intensivmedizin primär in die Fachgebiete, zu dem das jeweilige Grundleiden zählt und gehören zudem weite Bereiche der Intensivmedizin, wie zB die internistische und die pädiatrische, ausdrücklich und unbeschränkt in die Verantwortung anderer Fächer, dann ist die Berufsbezeichnung „Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin“ nicht bloß verallgemeinernd, sondern grob unrichtig; § 33 Abs 1 Ärzte-Ausbildungsordnung ist daher gesetzwidrig.

Die genannte Bestimmung enthält auch eine unsachliche Differenzierung; dies jedenfalls im Hinblick auf die Bezeichnung der Sonderfächer, zu deren Aufgabenbereich ein bedeutender Teil der Intensivmedizin zählt. So ist es dem Facharzt für Innere Medizin oder dem für Kinder- und Jugendheilkunde verwehrt, ohne spezifische Zusatzausbildung ihrer Berufsbezeichnung den Zusatz „Intensivmedizin“ hinzuzufügen²⁾. Dies, obwohl zum Aufgabengebiet der jeweiligen Fächer ein zentraler Bereich der Intensivmedizin zählt.

Die Berufsbezeichnung „Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ ist daher im Hinblick auf § 18 Abs 3 und 4 ÄrzteG gesetzwidrig und im Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz verfassungswidrig.

Dieser – das in § 2 Abs 4 ÄrzteG verankerte Arztmonopol bei der Ausübung des ärztlichen Berufes durchbrechende – Tätigkeitskatalog ist als abschließend zu verstehen³⁾. Der Famulant darf daher zB intramuskuläre und subcutane Injektionen sowie Blutabnahmen aus der Vene durchführen³⁾, nicht hingegen intravenöse Injektionen und Infusionen. Aus der Formulierung des § 22 Abs 7 Z 5 („Hilfeleistung bei anderen ärztlichen Tätigkeiten“) ergibt sich aber ein weitreichender Aufgabekatalog, der die Heranziehung von Famulanten auch zu anderen, nicht ausdrücklich erwähnten Tätigkeiten erlaubt. In diesem letztgenannten Fall ist die Tätigkeit des Famulanten allerdings auf die „Hilfeleistung“ beschränkt, er darf also nur unterstützend und im unmittelbaren Zusammenwirken mit einem Arzt handeln, der stets anwesend sein und eine ständige unmittelbare Aufsicht ausüben muß⁴⁾. Eine Hilfeleistung iSd § 22 Abs 7 ÄrzteG liegt etwa in der Mitwirkung an operativen Eingriffen⁵⁾ oder bei Maßnahmen zur kardiopulmonalen Wiederbelebung⁶⁾.

³⁾ 137 BlgNR 17. GP 23.

⁴⁾ Die Erlaubnis zur „Blutabnahme aus der Vene“ erfaßt nicht die Schaffung eines zentralvenösen Zuganges (zB Punktion der Vena cava interna bzw Vena jugularis interna).

⁵⁾ Zu diesem Verständnis der „Hilfeleistung“ vgl Kopetzki, Turnusärzte 39.

⁶⁾ OGH 25. 1. 1994, 1 Ob 532/94.

⁷⁾ 137 BlgNR 17. GP 23.

Daß eine Tätigkeit in den Katalog des § 22 Abs 7 ÄrzteG fällt, bedeutet freilich nicht automatisch, daß ihre Vornahme einem Famulanten überlassen werden darf: Zusätzliche Schranken ergeben sich aus der Anleitungs- und Aufsichtspflicht:

II. Anleitung und Aufsicht

Nach § 22 Abs 6 ÄrzteG sind die Medizinstudenten nur zur „unselbständigen“ Ausübung der in § 22 Abs 7 genannten Tätigkeiten „unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte“ berechtigt. Dies bedeutet, daß ihnen die eigenverantwortliche Entscheidungsbefugnis über das Ob und Wie der Tätigkeit entzogen ist. Sie handeln immer „unter Anleitung und Aufsicht“ (§ 22 Abs 6 ÄrzteG) und sind daher an die Anweisungen der ausbildenden Ärzte gebunden. „Unselbständig“ bedeutet hingegen nicht, daß der Famulant die Tätigkeit nicht selbst durchführen darf. Ebenso wie bei den Regelungen des § 22 Abs 3 und 4 handelt es sich hier sehr wohl um eine Delegation ärztlicher Tätigkeit⁷⁾.

Was die gebotene Intensität der Anleitung und Aufsicht betrifft, so ist – ähnlich wie bei Turnusärzten – vom Prinzip einer nach der Qualifikation des Handelnden und der Gefahrenneigung der jeweiligen Tätigkeit abgestuften Anleitung und Aufsicht auszugehen⁸⁾:

Grundsätzlich hat der Arzt unter Anwendung der ihn treffenden Sorgfaltspflichten eigenverantwortlich zu beurteilen, in welchem Umfang Famulanten im Rahmen des § 22 Abs 7 ÄrzteG zu ärztlichen Tätigkeiten – etwa auch zur Mitwirkung an Operationen – herangezogen werden dürfen⁹⁾. Aus den Besonderheiten der Famulatur ergibt sich allerdings, daß der Spielraum für eine „Verdünnung“ der Anleitung und Aufsicht wegen der niedrigeren Qualifikation der Studenten und der vergleichsweise geringen Dauer der Famulatur bzw des Praktikums erheblich eingeschränkt ist: Bedarf es für eine Tätigkeit einer besonderen Ausbildung oder besonderer Fähigkeiten, so trifft den Arzt eine Pflicht zur Vergewisserung, daß diese Ausbildung oder diese Fähigkeiten im konkreten Fall tatsächlich vorliegen¹⁰⁾. Hiebei ist zu beachten, daß bei Studenten kein Wissen und keine praktischen Erfahrungen vorausgesetzt werden dürfen, die nicht in vorangegangenen Prüfungen nachzuweisen waren. Gerade bei der Pflichtfamulatur ist mit besonders unerfahrenen Studenten zu rechnen, liegt doch ihr Sinn gerade darin, den Studenten „so früh wie möglich aus dem Hörsaal ans Krankenbett“ zu bringen und ihm einen ersten Einblick in den praktisch-ärztlichen Alltag zu bieten¹¹⁾. Es müssen daher zunächst auch einfache Verrichtungen ausreichend demonstriert und vor allem durch ständige und unmittelbare begleitende Aufsicht kontrolliert werden. Erst mit steigender Qualifikation des Famulanten ist eine schrittweise Zurücknahme der Aufsichtsintensität vertretbar.

⁷⁾ Vgl 208 BlgNR 17. GP 2.

⁸⁾ Dazu umfassend Kopetzki, Turnusärzte 34 ff.

⁹⁾ OGH 25. 1. 1994, 1 Ob 532/94.

¹⁰⁾ OGH 25. 1. 1994, 1 Ob 532/94.

¹¹⁾ StPrONR 17. GP 8198.

Für den Umfang der an den Famulanten delegierten Tätigkeiten und das Ausmaß der Beaufsichtigung ist neben dessen Qualifikation auch die *Gefährlichkeit* der Tätigkeit maßgeblich: Die Erhebung der Anamnese (§ 22 Abs 7 Z 1 ÄrzteG) oder die Messung des Blutdrucks (Z 2) stellt auch in der Hand eines ungeschickten Studenten kaum eine Gefahrenquelle dar, die nicht zumindest durch nachträgliche Kontrolle erkannt und beseitigt werden könnte. Demgegenüber sind bei Injektionen und Blutabnahmen (Z 3 und 4) strengere Maßstäbe anzulegen, da diese invasiven Eingriffe – je nach dem Gesundheitszustand des Patienten, dem injizierten Medikament etc – auch akute Zwischenfälle oder Schädigungen des Patienten nach sich ziehen können (Arzneimittelzwischenfall; Luftembolie; Nekrosen etc). Auch bei ausreichend geeigneten Studenten, denen solche Tätigkeiten nach entsprechender Einschulung und Vergewisserung überlassen werden, ist eine nachprüfende Kontrolle unverzichtbar. Außerdem muß wegen des eingengten Ausbildungs- und Erfahrungsspektrums des Studenten viel eher damit gerechnet werden, daß er „nicht mehr weiter weiß“, oder aber auch, daß er in Überschätzung seines Könnens Tätigkeiten durchführt, denen er nicht gewachsen ist. Bei besonders gefahrensgefährlichen Tätigkeiten verbietet sich, wie der OGH anlässlich der Assistenz bei Operationen ausdrücklich betont hat, der Einsatz eines Famulanten im allgemeinen überhaupt¹²⁾.

III. Die „Träger“ der Aufsicht

§ 22 Abs 6 ÄrzteG trifft keine ausdrückliche Aussage darüber, welcher Personenkreis unter dem Begriff der „ausbildenden Ärzte“ zu verstehen ist. Die verbreitete Meinung, die Anleitung und Aufsicht obliege den jeweils behandelnden Ärzten, läßt sich aus dem ÄrzteG in dieser Allgemeinheit nicht ableiten. Vielmehr ist davon auszugehen, daß der Begriff des „ausbildenden Arztes“ in § 22 Abs 6 ÄrzteG im Regelfall auf den jeweiligen Träger der Lehrbefugnis bezogen werden muß: Gemeint sind jene Universitätslehrer, die mit dem Lehrauftrag zur Durchführung der Famulatur betraut worden sind oder die die Famulatur im Rahmen ihrer *venia docendi* als Habilitierte durchführen¹³⁾. Dem jeweils zuständigen Lehrbefugten obliegt demnach auch Anleitung und Aufsicht „seiner“ Famulanten, lediglich bei Famulaturen in Lehrpraxen sowie in Krankenanstalten außerhalb von Universitätskliniken bzw außerhalb von Krankenanstalten, in denen Ärzten ein entsprechender Lehrauftrag erteilt wurde, kommen als „ausbildende Ärzte“ iSd § 22 Abs 6 ÄrzteG nur jene Ärzte in Frage, die zugleich für die Turnusarztausbildung zuständig sind. In jedem Fall muß der ausbildende Arzt über das *ius practicum* verfügen¹⁴⁾.

Eine Mitwirkung anderer Ärzte bei der Studentenbetreuung ist grundsätzlich zulässig, wenn diese ebenfalls

¹²⁾ OGH 25. 1. 1994, 1 Ob 532/94 (hier: Weghalten des Nervus radialis bei Operation am Ellbogen).

¹³⁾ Dies kann, muß aber nicht gleichzeitig der für die Turnusarztausbildung zuständige Leiter der Ausbildungsstätte sein. Näher zum Ganzen Kopetzki, Turnusärzte 72 ff.

¹⁴⁾ Näher Kopetzki, Turnusärzte 77 ff.

das *ius practicandi* haben¹⁵⁾. Die bisher übliche, jedoch gesetzlich nicht gedeckte Einbindung nachgeordneter Ärzte – insb von *Turnusärzten ohne ius practicandi* – in die Studentbetreuung¹⁶⁾ wurde nun aber durch die ÄrzteG-Nov 1994 insofern legalisiert, als eine *Vertretung* der ausbildenden Ärzte durch Turnusärzte zulässig ist, wenn der Leiter der Abteilung, in deren Bereich die Ausbildung von Turnusärzten erfolgt¹⁷⁾, schriftlich bestätigt, daß diese Turnusärzte über die hierfür erforderlichen medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen (§ 22 Abs 6 ÄrzteG idF BGBI 1994/100). Dadurch sollte ermöglicht werden, daß Studenten „künftig unter Anleitung und Aufsicht entsprechend fortgeschrittener“ Turnusärzte ihre Tätigkeiten durchführen

¹⁵⁾ Kopetzki, Turnusärzte 94.

¹⁶⁾ Dazu Kopetzki, Turnusärzte 89 ff.

Gerhard Vogel

Medikation mit Außenseitermethoden – eine Kostenfrage?

Zum Inhalt: Ob neue Behandlungsmethoden von den Krankenkassen bezahlt werden, ist nicht nur eine Kostenfrage. Vogel analysiert die jüngste Rechtsprechung dazu und zeigt auf, welche Gesichtspunkte maßgeblich sind, daß eine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht.

I. Einleitung

Im Hinblick auf die ständige Weiterentwicklung im Bereich der medizinischen Wissenschaft und der damit verbundenen Vielzahl an neuen Behandlungsmethoden stellt sich mehr denn je die Frage der Kostenübernahme durch den gesetzlichen Krankenversicherungsträger. Dies insbesondere hinsichtlich jener medizinischen Behandlungsmethoden, welche nach Auffassung der Schulmedizin in einem gewissen Gegensatz zur „traditionellen Medizin“ stehen.

Während der Patient an einer bestmöglichen Behandlung und umfassenden Versorgung interessiert ist, wird dem Sozialversicherungsträger die Verpflichtung zuteil, die ihm gesetzlich übertragenen Agenden wahrzunehmen – dies unter Wahrung ökonomischer Aspekte. Es ergibt sich in logischer Konsequenz ein umfassendes Spannungsfeld zwischen den Interessen des einzelnen an einer umfassenden ärztlichen Versorgung und dem Bestreben der Versichertengemeinschaft an einer möglichst großen Kostenschonung in der Entscheidung des Arztes über den Einsatz der Behandlungsmethoden im zugrunde liegenden Einzelfall¹⁾. In Anbetracht des-

¹⁾ Mazal, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung (1992) 367 ff; vgl auch Schulin, Die Leistungspflicht der gesetzl Krankenversicherung bei Anwendung von Außenseitermethoden, SGB 1984, 45 ff.

können¹⁸⁾. Diese vertretungsweise Wahrnehmung von Ausbildungsfunktionen verlangt allerdings ihrerseits eine entsprechende Anleitung (Vergewisserungspflicht) und Beaufsichtigung der Turnusärzte durch die für deren Ausbildung zuständigen Ärzte, wobei zwischen der rechtlichen Verantwortung des Leiters der Ausbildungsstätte (für die Ausstellung der Bestätigung und damit für die grundsätzliche Qualifikation der zur Studentenbetreuung eingesetzten Ärzte und deren Beaufsichtigung), der Verantwortung des Lehrbefugten (für die Beaufsichtigung der Famulanten) und der Verantwortung des jeweils behandelnden Arztes (für die Heranziehung des Famulanten im Einzelfall) zu unterscheiden sein wird.

¹⁷⁾ Das ist der Leiter der Ausbildungsstätte.

¹⁸⁾ Vgl 1361 Blg NR 18, GP 40.

sen ist es insbesondere auch die Aufgabe des behandelnden Arztes, die ökonomischen Aspekte einer Behandlung im Hinblick auf den Interessenskonflikt zwischen dem Patienten einerseits und der Versichertengemeinschaft andererseits zu berücksichtigen – aber auch ein Appell an die Gerichte, im Rahmen der Rechtsprechung auf die medizinische Praxis einzuwirken.

Laut den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen des Sozialversicherungsrechtes hat die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig zu sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten²⁾. Damit legt der Gesetzgeber Determinanten für die Beurteilung einer Kostentragung durch den Sozialversicherungsträger fest, deren Interpretation in Anbetracht der Verwendung unbestimmter Gesetzesbegriffe unumgänglich erscheint³⁾. Es soll im folgenden ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Judikatur zum Themenkreis „Außenseitermedizin“ dargestellt werden.

II. Kriterien

Unter Bedachtnahme auf die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen ist das Ziel einer Krankenbehandlung darin zu erblicken, daß die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für lebenswichtige persönliche Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert wird. Es kommt dabei nicht darauf an, ob der Patient endgültig und vollständig geheilt werden kann und welches Ergebnis die vorgenommene Behandlung schließlich hat-

²⁾ Vgl § 133 ASVG, § 62 B-KUVG, § 83 BSVG, § 90 SSVG.

³⁾ Mazal, Krankheitsbegriff 330 ff.

te⁴⁾; die Judikatur hat bereits Ende der 60er Jahre im Hinblick auf die aufgrund einer Verdachtsdiagnose erfolgte Behandlung einer Temporallappenepilepsie klargestellt, daß die Erreichung des gewünschten Behandlungserfolges nicht das wesentliche Kriterium einer Krankenbehandlung bildet, sondern jeweils zu prüfen wäre, ob die betreffende Krankheit nach dem derzeitigen Stand der Medizin einer Krankenbehandlung zugänglich ist bzw eine solche nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft erfolgversprechend erscheint⁵⁾.

Eine Kostenübernahme durch den gesetzlichen Krankenversicherungsträger kann sich demnach nur dann ergeben, wenn die Krankenbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgversprechend war, zumal sie nur dann als medizinisch notwendig eingestuft werden kann. Dadurch wird zum einen der Patient vor einer Inanspruchnahme als Versuchsobjekt geschützt – zum anderen wird das Kostenrisiko der Sozialversicherung hinsichtlich jener Behandlungsmethoden minimiert, welche nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft als nicht erfolgversprechend qualifiziert werden. Dies kommt etwa schon in einer Entscheidung des Schiedsgerichtes Wien aus dem Jahre 1953 deutlich zum Ausdruck, wenn festgehalten wird, daß es jedenfalls nicht die Aufgabe der Krankenkasse sein kann, Kosten für medizinische Experimente zu tragen⁶⁾. Bei Bestehen mehrerer Diagnose- bzw Therapiemöglichkeiten kam das OLG Wien bereits im Jahre 1984 zum Ergebnis, daß in solchen Fällen – in betreffender causa stellte sich die Frage einer Kostenübernahme für homöopathische Heilmittel – zu eruiieren wäre, worin der Grund zum Übergang auf homöopathische Mittel gelegen ist und in welchem Ausmaß bei deren Anwendung der therapeutische Erfolg größer gewesen wäre als bei Verwendung herkömmlicher Behandlungsmethoden; darüber hinaus wäre auch das Verhältnis der Kosten zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden wesentlich. Kann mit homöopathischen Mitteln ein besserer Behandlungserfolg erzielt werden, so seien die Kosten für diese Heilmittel vom Krankenversicherungsträger zu übernehmen⁷⁾.

Daraus läßt sich ableiten, daß zumindest dann, wenn die herkömmliche Behandlungsmethode erfolgreich und ohne Nebenwirkungen angewendet werden konnte, kein Anlaß zur Übernahme der Kosten homöopathischer Mittel besteht. In einem solchen Fall ist es auch nicht wesentlich, wie hoch die Kosten der homöopathischen Präparate im Vergleich zu jenen der Schulmedizin sind und ob beim Patienten die bisher nicht verabreichten Mittel allergische Reaktionen hervorgerufen hätten⁸⁾. Ander-

⁴⁾ Vgl Tomandl, SV-System, 7. ErgLfg, 201; Schrammel, Veränderungen des Krankenbehandlungsanspruches durch Vertragspartnerrecht, ZAS 1986, 149.

⁵⁾ OLG Wien 27. 9. 1967, 15 R 122/67 SSV 7/94; OLG Wien 12. 5. 1970, 15 R 100/70 SV-Slg 19.840.

⁶⁾ Vgl Schiedsgericht Wien 27. 10. 1953 Soz V A, 35.

⁷⁾ OLG Wien 25. 6. 1984, 35 R 80/84 SSV 24/65; lediglich auf den Stand der medizinischen Wissenschaften bezogen: Schiedsgericht NÖ 23. 1. 1986, 13 C 98/85 ZAS 1987 Judikaturbeilage 8.

⁸⁾ Vgl OLG Wien 17. 7. 1986, 35 R 151/86 SSV 26/69.

erseits können homöopathische Präparate auf Kosten der Sozialversicherungsträger dann verschrieben werden, wenn die schulmedizinische Behandlung zu unerwünschten Nebenwirkungen führt und durch homöopathische Präparate der gleiche Behandlungserfolg ohne solche Nebenwirkungen erzielt werden kann⁹⁾. In seiner Entscheidung vom 6. 6. 1989 kam der OGH zur Auffassung, daß auch ein Mittel, welches nicht am oder im menschlichen Körper angewendet wird – jedoch die Beseitigung oder Linderung einer bestehenden Krankheit bewirkt oder der Sicherung des Heilerfolges dient – ein sonstiges Heilmittel im Sinne des § 64 Abs 1 Z 2 B-KUVG sein kann; die Kosten des Präparates seien daher vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen¹⁰⁾. Im Hinblick auf den dieser Entscheidung zugrundeliegenden Sachverhalt stellt sich allerdings die Frage der Qualifikation als Krankheitszustand sowie in weiterer Folge jene seiner Behandlungszugänglichkeit¹¹⁾.

Des öfteren bringt der OGH in Erinnerung, daß im Interesse einer sparsamen Verwendung der Mittel bei der Beurteilung der Möglichkeit einer Kostenübernahme auch das Kriterium der Wirtschaftlichkeit beachtet werden müsse. Unwirtschaftliche und damit überflüssige Leistungen sollen zur Vermeidung unnötiger Kosten nicht dem Sozialversicherungsträger zur Last gelegt werden. In Anbetracht dessen stelle sich die Frage nach einer Honorierung von Außenseitermethoden immer erst dann, wenn entweder eine zumutbare erfolgversprechende Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst nicht zur Verfügung steht oder eine solche aber erfolglos blieb¹²⁾. Die Kosten für eine Heilbehandlung, deren Wirksamkeit nicht erwiesen ist und die nur indirekt zum gewünschten Ergebnis geführt hat, hat der Sozialversicherungsträger jedenfalls nicht zu ersetzen¹³⁾.

Bei Vorliegen mehrerer Therapiemethoden wurde in der Folge zumindest insoweit Klarheit geschaffen, als nach erfolgloser Durchführung einer zumutbaren schulmedizinischen Methode die Durchführung einer anerkannten und erfolgversprechenden kostenaufwendigeren Behandlungsmethode zu honorieren ist¹⁴⁾. Eine

⁹⁾ Vgl LG Graz 11. 8. 1988, 32 Cgs 1188/87 SV-Slg 34.661; im Rahmen dieser Entscheidung wurde allerdings die Feststellung getroffen, daß eine Herzmuskelerkrankung bzw eine Herzmuskelerkrankung der Behandlung durch homöopathische Präparate nicht zugänglich ist und kein solches Präparat bekannt ist, daß eine Herzmuskelerkrankung beeinflussen könnte, weshalb das Klagebegehren zur Abweisung gelangen mußte.

¹⁰⁾ OGH 6. 6. 1989, 10 Ob S 62/89 SSV-NF 3/68 (Acarosus).

¹¹⁾ Qualifiziert man die beim Kläger vorliegende Allergie als potentiellen Krankheitszustand, so wäre ein solcher einer positiven Beeinflussung durch die verfahrensgegenständlichen Mittel wohl nicht zugänglich gewesen, weshalb der OGH in logischer Konsequenz das Vorliegen einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn hätte verneinen müssen; vgl in diesem Zusammenhang vor allem Mazal, ZAS 1990, 175 ff.

¹²⁾ OGH 19. 12. 1989, 10 Ob S 211/89; so auch Schulin in Tomandl, Sachleistungserbringung durch Dritte in der Sozialversicherung (1987) 39 f.

¹³⁾ LG Innsbruck 6. 7. 1989, 46 Cgs 18/88 ARD 42.036/12/91.

¹⁴⁾ Für die Qualifikation als erfolglos wurde ein Zeitraum von einhalb Jahren für ausreichend gehalten; vgl KG Wels 5. 11. 1992, 26 Cgs 24/92 SV-Slg 37.315.