S 18 KR 57/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 57/97
Datum	05.04.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 123/02
Datum	24.04.2003

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 5. April 2002 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung fÃ¼r eine kinesiologische Testung in HÃ¶he von 78,70 DM in Euro.

Die am 1955 geborene und bei der Beklagten bis 31.12.1999 pflichtversicherte KlÃ¤gerin lebt als arbeitslose Diplomingenieurin von Arbeitslosenhilfe bzw. Sozialhilfe.

Sie beantragte am 14.06.1996 Kostenerstattung fÃ¼r Eigenbluteinspritzungen und kinesiologische Testungen (Gesamtkosten 173,10 DM), die der Arzt Dr.J. in der Zeit vom 08.05. bis 30.05.1996 durchgefÃ¼hrt hatte. Die kinesiologischen Testungen wurden analog Nr.380 GOÃ□ abgerechnet.

Die Beklagte sagte mit Bescheid vom 21.06.1996 die Kostenerstattung fÃ¼r die Eigenbluteinspritzungen zu, lehnte aber eine Kostenerstattung fÃ¼r die kinesiologischen Testungen mangels wissenschaftlicher Anerkennung dieser Behandlung ab. Auf den Widerspruch der KlÃ¤gerin bat die Beklagte mit Schreiben vom 16.07.1996 die KlÃ¤gerin um Vorlage Ã¤rztlicher Unterlagen Ã¼ber die kinesiologischen Testungen und wies mit dem weiteren Schreiben vom 23.07.1996 die KlÃ¤gerin auf ihre Mitwirkungspflicht hin. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 06.09.1996 Kostenerstattung mit der BegrÃ¼ndung ab, die KlÃ¤gerin habe eine nichtvertragsÃ¤rztliche Behandlung in Anspruch genommen. Die von der Beklagten auÃerdem eingeholte gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Bayern (MDK, Dr.B.) kam zu der Schlussfolgerung, dass die Ergebnisse der kinesiologischen Testungen beliebig interpretierbar seien und die EffektivitÃ¤t der Methode nicht belegt sei. Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 24.01.1997 den Widerspruch mit der BegrÃ¼ndung zurÃ¼ck, eine Kostenerstattung im Rahmen der Erprobungsregelung kÃ¶nne die KlÃ¤gerin nicht in Anspruch nehmen, da sie an dieser Regelung nicht teilnehme. Auch die Ã¼brigen Voraussetzungen fÃ¼r eine Kostenerstattung seien nicht erfÃ¼llt. Die kinesiologische Testung sei keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode. Eine Behandlungsmethode gehÃ¶re erst dann zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Erprobung abgeschlossen sei und Ã¼ber QualitÃ¤t und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlÃ¤ssige, wissenschaftlich nachprÃ¼fbare Aussagen gemacht werden kÃ¶nnten.

Die KlÃ¤gerin hat mit der Klage vom 18.02.1997 beim Sozialgericht MÃ¼nchen (SG) geltend gemacht, die Beklagte habe die Kosten fÃ¼r die kinesiologische Testung in HÃ¶he von 78,70 DM zu erstatten. Die Testung von Zahnmaterialien sei notwendig gewesen, da andere Testergebnisse (Epikutantests) negativ verlaufen seien. Der Antrag der KlÃ¤gerin auf Prozesskostenhilfe und das Ablehnungsgesuch waren ohne Erfolg.

Das SG hat die vorliegende Streitsache mit anderen Streitsachen verbunden und das Verfahren unter dem Az.: S 18 KR 42/97 fortgefÃ¼hrt. Es hat mit Gerichtsbescheid vom 05.04.2002 die Klage mit der BegrÃ¼ndung abgewiesen, fÃ¼r die beantragten Diagnostikmethoden bestehe keine Leistungspflicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es hat im Ãbrigen auf den Widerspruchsbescheid Bezug genommen.

Die KlÃ¤gerin hat hiergegen am 30.05.2002 Berufung eingelegt und zugleich wieder Prozesskostenhilfe beantragt. Sie hat geltend gemacht, die kinesiologische Testung sei von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Sie lasse UnvertrÃ¤glichkeiten durch biogenetische ZusammenhÃ¤nge im Muskelsystem erkennen und die EffektivitÃ¤t eines Medikaments beurteilen. Es bestÃ¼nden bei zahlreichen wissenschaftlich anerkannten oder nichtanerkannten Testmethoden Unsicherheiten. Die kinesiologischen Testungen fÃ¼r Zahnmaterialien seien notwendig, da andere Testergebnisse negativ verlaufen seien. Der Senat hat Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Die KlÃ¤gerin beantragt sinngemÃ¤Ã, die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 05.04.2002 sowie unter AbÃ¤nderung des Bescheides der Beklagten vom 21.06.1996 und Aufhebung des Bescheides vom 06.09.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.01.1997 zu verurteilen, die Kosten der kinesiologischen Testungen in HÃ¶he von 78,70 DM in Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die KlÃ¤gerin und die Beklagte haben sich mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Beigezogen wurden die Akten der Beklagten und des SG, auf deren Inhalt im Ãbrigen Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig (Â§Â§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1, 151 Sozialgerichtsgesetz â SGG -). Der Beschwerdegegenstand der vom SG verbundenen Streitsachen Ã¼bersteigt 500,00 Euro. Die Berufung ist innerhalb der Monatsfrist eingegangen (Â§ 151 Abs.1 SGG), da das Fristende auf einen gesetzlichen Feiertag gefallen ist und damit die Frist mit Ablauf des nÃ¤chsten Werktages geendet hat (Â§ 64 Abs.3 SGG). Mit EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten konnte der Senat ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Urteil entscheiden (Â§ 124 Abs.2 SGG).

Die Berufung ist unbegrÃ¼ndet.

Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten fÃ¼r die kinesiologische Testung.

GemÃ¤Ã Â§ 13 Abs.1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch vorsieht. Dies ist hier nicht der Fall. Die KlÃ¤gerin nahm als versicherungspflichtiges Mitglied nach Angaben der Beklagten nicht an der Erprobungsregelung des Â§ 64 SGB V teil.

Es liegen auch nicht die Voraussetzungen des Â§ 13 Abs.3 SGB V vor, wonach eine Kostenerstattung davon abhÃ¤ngt, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. In beiden Alternativen sind diese Kosten in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Unaufschiebbare Leistungen sind NotfÃ¤lle im krankenversicherungsrechtlichen Sinne (Â§ 76 SGB V) sowie SystemstÃ¶rungen oder VersorgungslÃ¼cken. Anhaltspunkte fÃ¼r diese UmstÃ¤nde bietet der vorliegende Sachverhalt nicht.

Insbesondere liegen SystemstÃ¶rungen oder VersorgungslÃ¼cken nicht vor, wenn sich aus dem VersicherungsverhÃ¤ltnis selbst Leistungsschranken ergeben. Es ist

nicht zu erkennen, dass die kinesiologische Testung Gegenstand der regulÃ¤ren vertragsÃ¤rztlichen Versorgung ist. Sie ist vom Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen in den NUB-Richtlinien nicht als zweckmÃ¤Ãig anerkannt worden (i.d.F. vom 04.12.1990 BArBl.2/1991 S.33). Dies ergibt sich auch daraus, dass der Arzt Dr.J. hierfÃ¼r eine Leistungsnummer der GOÃ analog angewendet hat und schlieÃlich aus der gutachterlichen Stellungnahme des MDK, die erhebliche Zweifel an der EffektivitÃ¤t dieser Methode geÃ¤uÃert hat. Diese Stellungnahme lÃ¤sst hier den Schluss zu, dass die kinesiologische Testung unzweckmÃ¤Ãig ist, als solche nicht mit dem Wirtschaftlichkeitangebot (Â§ 12 SGB V) zu vereinbaren ist und auch nicht den Anforderungen des Â§ 2 Abs.1 Satz 4 SGB V, nÃ¤mlich dem allgemein anderkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, genÃ¼gt (Bundesssozialgericht (BSG) vom 16.09.1997, BSGE 81, 54). Es spricht auch nichts dafÃ¼r, dass die kinesiologische Testung sich in der Praxis durchgesetzt hat; anderenfalls wÃ¤re sie nicht unter analoger Anwendung der GOÃ abgerechnet worden.

Die Beklagte hat die streitige Leistung auÃerdem nicht rechtswidrig abgelehnt. Nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG zu der zweiten Alternative der Kostenerstattung des Â§ 13 Abs.3 SGB V sind Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten (BSG vom 24.09.1996, BSGE 79, 125). Â§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V schlieÃt eine Kostenerstattung fÃ¼r die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus. Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Leistung, soweit sie nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, sind nur zu ersetzen, wenn die Krankenkasse die LeistungsgewÃ¤hrung vorher abgelehnt hatte. Ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung auÃerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen. Dies hat die KlÃ¤gerin nicht getan, da die streitigen Leistungen bereits vor der Antragstellung durchgefÃ¼hrt worden sind.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Abs.2 Nr.1, 2 SGG).

Erstellt am: 14.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024