
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 München vom 5. April 2002 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine kinesiologische Testung in Höhe von 78,70 DM in Euro.

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

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

Die Beklagte sagte mit Bescheid vom 21.06.1996 die Kostenerstattung für die Eigenbluteinspritzungen zu, lehnte aber eine Kostenerstattung für die kinesiologischen Testungen mangels wissenschaftlicher Anerkennung dieser Behandlung ab. Auf den Widerspruch der Klägerin bat die Beklagte mit Schreiben vom 16.07.1996 die Klägerin um Vorlage ärztlicher Unterlagen über die kinesiologischen Testungen und wies mit dem weiteren Schreiben vom 23.07.1996 die Klägerin auf ihre Mitwirkungspflicht hin. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 06.09.1996 Kostenerstattung mit der Begründung ab, die Klägerin habe eine nichtvertragsärztliche Behandlung in Anspruch genommen. Die von der Beklagten außerdem 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 Effektivität der Methode nicht belegt sei. Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 24.01.1997 den Widerspruch mit der Begründung zurück, eine Kostenerstattung im Rahmen der Erprobungsregelung könne die Klägerin nicht in Anspruch nehmen, da sie an dieser Regelung nicht teilnehme. Auch die übrigen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung seien nicht erfüllt. Die kinesiologische Testung sei keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode. Eine Behandlungsmethode gehe erst dann zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Erprobung abgeschlossen sei und über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden könnten.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 18.02.1997 beim Sozialgericht München (SG) geltend gemacht, die Beklagte habe die Kosten für die kinesiologische Testung in Höhe von 78,70 DM zu erstatten. Die Testung von Zahnmaterialien sei notwendig gewesen, da andere Testergebnisse (Epikutantests) negativ verlaufen seien. Der Antrag der Klägerin 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](#) fortgeführt. Es hat mit Gerichtsbescheid vom 05.04.2002 die Klage mit der Begründung abgewiesen, für die beantragten Diagnostikmethoden bestehe keine Leistungspflicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es hat im Übrigen auf den Widerspruchsbescheid Bezug genommen.

Die Klägerin 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 Unverträglichkeiten durch biogenetische Zusammenhänge im Muskelsystem erkennen und die Effektivität eines Medikaments beurteilen. Es beständen bei zahlreichen wissenschaftlich anerkannten oder nichtanerkannten Testmethoden Unsicherheiten. Die kinesiologischen Testungen für Zahnmaterialien seien notwendig, da andere Testergebnisse negativ verlaufen seien. Der Senat hat Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Die KlÄgerin beantragt sinngemÄÄ, die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts MÄnchen vom 05.04.2002 sowie unter AbÄ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 HÄhe von 78,70 DM in Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÄckzuweisen.

Die KlÄgerin und die Beklagte haben sich mit einer Entscheidung ohne mÄndliche Verhandlung einverstanden erklÄrt.

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

EntscheidungsgrÄnde:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulÄssig ([Ä 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1, 151 Sozialgerichtsgesetz](#) - SGG -). Der Beschwerdegegenstand der vom SG verbundenen Streitsachen Äbersteigt 500,00 Euro. Die Berufung ist innerhalb der Monatsfrist eingegangen ([Ä 151 Abs.1 SGG](#)), da das Fristende auf einen gesetzlichen Feiertag gefallen ist und damit die Frist mit Ablauf des nÄchsten Werktages geendet hat ([Ä 64 Abs.3 SGG](#)). Mit EinverstÄndnis der Beteiligten konnte der Senat ohne mÄndliche Verhandlung durch Urteil entscheiden ([Ä 124 Abs.2 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegrÄndet.

Die KlÄgerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten fÄr die kinesiologische Testung.

GemÄÄ [Ä 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 KlÄgerin nahm als versicherungspflichtiges Mitglied nach Angaben der Beklagten nicht an der Erprobungsregelung des [Ä 64 SGB V](#) teil.

Es liegen auch nicht die Voraussetzungen des [Ä 13 Abs.3 SGB V](#) vor, wonach eine Kostenerstattung davon abhÄngt, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten fÄr die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. In beiden Alternativen sind diese Kosten in der entstandenen HÄhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Unaufschiebbare Leistungen sind NotfÄlle im krankenversicherungsrechtlichen Sinne ([Ä 76 SGB V](#)) sowie SystemstÄrungen oder VersorgungsLÄcken. Anhaltspunkte fÄr diese UmstÄnde bietet der vorliegende Sachverhalt nicht.

Insbesondere liegen SystemstÄrungen oder VersorgungsLÄcken nicht vor, wenn sich aus dem VersicherungsverhÄltnis selbst Leistungsschranken ergeben. Es ist

nicht zu erkennen, dass die kinesiologische Testung Gegenstand der regulären vertragsärztlichen Versorgung ist. Sie ist vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den NUB-Richtlinien nicht als zweckmäßig anerkannt worden (i.d.F. vom 04.12.1990 BArBl.2/1991 S.33). Dies ergibt sich auch daraus, dass der Arzt Dr.J. hierfür eine Leistungsnummer der GOÄ analog angewendet hat und schließlich aus der gutachterlichen Stellungnahme des MDK, die erhebliche Zweifel an der Effektivität dieser Methode geäußert hat. Diese Stellungnahme läßt hier den Schluss zu, dass die kinesiologische Testung unzweckmäßig ist, als solche nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsangebot ([Ä§ 12 SGB V](#)) zu vereinbaren ist und auch nicht den Anforderungen des [Ä§ 2 Abs.1 Satz 4 SGB V](#), nämlich dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, genügt (Bundessozialgericht (BSG) vom 16.09.1997, [BSGE 81, 54](#)). Es spricht auch nichts dafür, dass die kinesiologische Testung sich in der Praxis durchgesetzt hat; anderenfalls wäre sie nicht unter analoger Anwendung der GOÄ abgerechnet worden.

Die Beklagte hat die streitige Leistung außerdem nicht rechtswidrig abgelehnt. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zu der zweiten Alternative der Kostenerstattung des [Ä§ 13 Abs.3 SGB V](#) sind Kosten für 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](#)). [Ä§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V](#) schließt eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus. Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit sie nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, sind nur zu ersetzen, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hatte. Ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen. Dies hat die Klägerin nicht getan, da die streitigen Leistungen bereits vor der Antragstellung durchgeführt worden sind.

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

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

Erstellt am: 14.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024