

L 4 KR 11/99

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 10 KR 49/98
Datum
07.12.1998
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 11/99
Datum
08.02.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 7. Dezember 1998 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine Versorgung mit Implantaten.

Der am ...1944 geborene Kläger ist als Bezieher einer Erwerbsunfähigkeitsrente der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Mitglied der Krankenversicherung der Rentner. Er leidet seit über 30 Jahren an einer Anorexia nervosa mit Inappetenz.

Er beantragte mit Schreiben vom 14.10.1996 bei der Beklagten die Gewährung eines Zuschusses für Unterkieferimplantate unter Beifügung eines Attestes der Internistin Dr.O ... vom 31.10.1996, die die Zahnimplantate aufgrund der Anorexia nervosa für eine optimale Versorgung der Zähne für erforderlich hielt.

Der von dem Facharzt für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr.T ... angefertigte Kostenvorschlag setzte für die Implantation der Zähne 43, 41, 32, 34 und für Labor- und Materialkosten 4.753,46 DM, sowie für Nebenkosten 150,00 DM und für die Kosten der Nachkontrolle 500,00 DM an. Der Kostenvorschlag trägt den Eingangstempel 21.07.1997. Ein weiterer vom Zahnarzt Dr.Sch ... erstellter Kostenvorschlag vom 29.10.1996 setzte für die chirurgische Behandlung und die Versorgung mit einer Brücke sowie Teleskopkrone insgesamt 9.431,00 DM an.

Am 23. und 24.10.1996 wurden im Unterkiefer durch Dr.T ... insgesamt drei Implantate gesetzt. Im März 1997 wurde der Unterkieferzahnersatz eingegliedert. Der Kläger legte ferner der Beklagten Apothekenquittungen vom 24.10.1996 aufgrund eine Privatrezeptes vor, die die zahnärztliche Behandlung betrafen.

Die Beklagte beteiligte sich mit der Gebührenabrechnung vom 19.11.1996 hinsichtlich der privatärztlich durchgeführten Behandlung durch Dr.Sch ... an dem zahnärztlichen Honorar mit einem Betrag in Höhe von 930,07 DM, bezuschusste die nach dem Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag berechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen mit 60 % und die Metallkosten in Höhe der Kosten für eine NEM-Legierung je Abrechnungseinheit mit 12,00 DM. Die Auszahlung von 2.471,24 DM erfolgte am 14.05.1997 an den Kläger.

Dr.T ... erstellte am 10.02.1997 eine Rechnung über die gesamte Behandlung (u.a. Versorgung mit Implantaten) in der Zeit vom 10.10.1996 bis 08.02.1997 in Höhe von 5.257,69 DM. Mit der Rechnung vom 20.02.1997 forderte er für die Behandlung vom 10.02. bis 18.02.1997 145,02 DM und mit der Rechnung vom 25.04.1997 für die Nachbehandlung vom 27.02.1997 bis 11.04.1997 332,18 DM. Dr.Sch ... verlangte außerdem mit der Rechnung vom 25.04.1997 für die vom 14.01. bis 17.03.1997 erbrachten Leistungen wie konservierend-chirurgische Behandlung, Parodontalbehandlung, Zahnersatzbehandlung, gnathologische- bzw. implantologische Behandlung insgesamt 13.448,49 DM.

Das von der Beklagten eingeholte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Bayern (-MDK- Zahnarzt Dr.St ...) kam aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 24.06.1997 zu dem Ergebnis, dass die prothetische Sanierung im Unterkiefer abgeschlossen und die Implantate fest und klinisch unauffällig seien. Im Rahmen der Verträge wäre eine Versorgung mit einer teleskopierenden Prothese auf Teleskopkronen 44, 45 ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich gewesen. Die gewählte Form der Versorgung sei unwirtschaftlich, die Implantate seien nicht zwingend notwendig gewesen. Der Kläger habe sich von seinen Ärzten die Versorgung mit Implantaten

suggerieren lassen, obwohl er nach seinen Angaben nicht über die finanziellen Mittel für diese Versorgung verfüge. Eine ausreichende Ernährung sei auch ohne ein optimiert beißendes Gebiss möglich.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 15.07.1997 den Antrag auf Kostenbeteiligung an der Versorgung mit Implantaten ab. Sie führte zur Begründung aus, sofern Versicherte einen aufwändigeren Zahnersatz als notwendig wählten, hätten sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Zum aufwändigeren Zahnersatz gehöre auch die Versorgung mit Implantaten; sie sei nicht Bestandteil des Zahnarztvertrages. Im Wege der Kulanz, jedoch ohne jeglichen Rechtsanspruch, beteilige sie sich letztmalig an den Kosten für die Suprakonstruktion.

Der Widerspruch des Klägers wurde mit Widerspruchsbescheid vom 12.02.1998 mit der weiteren Begründung zurückgewiesen, das Gutachten des MDK habe eine teleskopierende Prothese auf Teleskopkronen als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich möglich bezeichnet; Implantate seien nicht zwingend notwendig gewesen.

Der Kläger hat mit der Klage vom 18.03.1998 beim Sozialgericht Augsburg (SG) geltend gemacht, die bisherige Versorgung mit einer Prothese habe eine normale Nahrungsaufnahme nicht zugelassen; daher seien die Implantate notwendig gewesen. Das SG hat einen Befundbericht der Internistin Dr.O ... eingeholt und mit Urteil vom 07.12.1998 die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, Implantate seien grundsätzlich keine zulässige Behandlungsform. Die Anorexia nervosa sei durch die Implantate auch nicht beseitigt worden. Eine Kostenerstattung komme nicht in Betracht.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 12.02.1999, mit der er geltend macht, es hätte ein psychiatrisches Sachverständigen Gutachten eingeholt werden müssen. Die Internistin Dr.O ... habe eine optimale Versorgung der Zähne befürwortet. Durch die Versorgung mit Implantaten sei ein lebensbedrohlicher Zustand beseitigt worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 07.12.1998 und den Bescheid der Beklagten vom 15.07.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.02.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 60 v. Hundert der von Dr.T ... für die Implantatversorgung in Rechnung gestellten Kosten, sowie insgesamt 60 v.H. der von Dr.Sch ... berechneten Kosten für die implantologische Behandlung einschließlich Suprakonstruktion zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser 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 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegründet.

Streitig sind die Rechnungen des Dr.T ... vom 10.02., 20.02. und 25.04.1997 sowie die Rechnung des Dr.Sch ... vom 25.04.1997, soweit sie implantologische Leistungen betreffen. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Kostenerstattung insoweit nicht zu.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung, der sich nach Lage des Falles allein nach [§ 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) richtet, setzt voraus, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Ferner wird vorausgesetzt, dass die Leistung notwendig war.

Die streitige Behandlung durch Dr.T ... und Dr.Sch ... war keine unaufschiebbare Leistung im Sinne dieser Vorschrift. Hierzu gehören krankensicherungsrechtliche Notfälle, Versorgungslücken und Systemstörungen (Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr.8 m.w.N. auf die höchstrichterliche Rechtsprechung). Der vorliegende Fall bietet jedoch von der Art der Erkrankung - der Kläger leidet bereits seit über 30 Jahren an der Anorexia nervosa -, noch vom zeitlichen Ablauf der Behandlung einen Anhalt für die Dringlichkeit der Leistungen. Es ist nicht ersichtlich, dass er gezwungen war, außerhalb des Systems der vertragszahnärztlichen Versorgung eine privatärztliche Behandlung - die Rechnungen wurden aufgrund der GOZ erstellt - durchführen zu lassen.

Die Beklagte hat mit den angefochtenen Bescheiden die weitere Kostenerstattung für die streitigen Leistungen der privatärztlichen Behandlung auch zu Recht abgelehnt.

Der Kostenerstattung steht zum einen die privatärztliche Behandlung entgegen wie sie in den entsprechenden Heil- und Kostenplänen bzw. Kostenvoranschlägen und Rechnungen der beiden Ärzte zum Ausdruck kommt. Der Kläger hat mit den beiden Ärzten private Behandlungsverträge geschlossen und der Beklagten zumindest hinsichtlich des Kostenvoranschlages von Dr.T ... die Möglichkeit genommen, entsprechend den vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Vorschriften die vorgesehenen Leistungen unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Notwendigkeit und anderer rechtlich zulässiger Versorgungsformen zu prüfen. Eine außervertragliche Behandlung, auch wenn sie mit einem zugelassenen Arzt bzw. Zahnarzt vereinbart worden ist, verpflichtet eine Krankenkasse in der Regel nicht zur Kostenerstattung.

Einer Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs.3 2.Alternative SGB V](#) steht zum anderen entgegen, dass die Ablehnung der Krankenkasse nicht ursächlich für die Selbstbeschaffung der Leistung gewesen ist. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sind die

Kosten für eine selbst beschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. In diesem Fall fehlt der Kausalzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. Damit schließt [§ 13 Abs.3 SGB V](#) eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus. Das BSG hat zur Begründung ausgeführt, die Kosten für nicht zugelassene Leistungserbringer seien nur zu erstatten, wenn deren Inanspruchnahme durch das Unvermögen oder die Ablehnung der Krankenkasse wesentlich mitverursacht wird (BSG vom 10.02.1993 SozR 3-2200 § 182 RVO Nr.15; BSG vom 16.12.1993 SozR 3-2500 [§ 12 SGB V](#) Nr.4; BSG vom 24.09.1996 [BSGE 79, 125](#); BSG vom 15.04.1997 [SozSich 1998, 38](#)).

Der Kläger hat die Behandlung durch Dr.T ... bereits Mitte Oktober 1996 beginnen lassen und auch die Entscheidung über die Kostenbeteiligung der Beklagten an diesen Leistungen der Implantatversorgung nicht abgewartet. Er hat die Rechnungen des Arztes erst mehrere Monate nach Beendigung der Behandlung der Beklagten vorgelegt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Datum auf dem Antragsschreiben vom 14.10.1996; denn dieses Schreiben hat der Kläger zusammen mit dem Attest von Dr.O ... vom 31.10.1996, also nach Einsetzen der Implantate bei der Beklagten eingereicht. Das Schreiben der Beklagten vom 19.11.1996 betrifft die Leistungen des Zahnarztes Dr.Sch ... Die Beklagte hat hierin über die zahnärztliche Behandlung (Honorar) die berechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen sowie die Bezuschussung der Metallkosten entschieden. Das Schreiben enthält jedoch keine Entscheidung über die implantologischen Leistungen, wie sie in der Rechnung des Zahnarztes vom 25.04.1997 zum Ausdruck kommen. Während der Zahnarzt in dem privatärztlichen Heil- und Kostenplan vom 29.10.1996 bezüglich der Implantologie lediglich einen Betrag von 323,84 DM angegeben hat, verlangt er in der Rechnung vom 25.04.1997 für die gnathologische bzw. implantologische Behandlung den Teilbetrag von 1.411,74 DM. Damit hat die Beklagte über die tatsächlich erbrachten implantologischen Leistungen im Schreiben vom 19.11.1996 noch nicht entschieden.

Abgesehen davon bestand nach den jeweils gültigen Fassungen des [§ 28 Abs.2 SGB V](#) (zahnärztliche Behandlung) und des [§ 30 SGB V](#) (Zahnersatz) auch nach materiellem Krankenversicherungsrecht kein Anspruch auf Kostenerstattung. Die Versorgung mit Implantaten war nach den gesetzlichen Bestimmungen der [§§ 28 Abs.2](#) und [30 SGB V](#) in der Fassung vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)), die vom 01.01.1993 bis 31.10.1996 gegolten haben, nicht generell ausgeschlossen. Das BSG hat hierzu mit Urteil vom 03.12.1997 (USK 97149) für Recht erkannt, dass die Versorgung mit implantatgestützten Kronen zwar keine vertragszahnärztliche Leistung darstellt, aber eine Kostenerstattung in Betracht kam, wenn diese Art der prothetischen Versorgung medizinisch notwendig war, d.h. wenn es keine anderen medizinische gleichwertigen Maßnahmen gab. Derartige Gründe sind hier nicht ersichtlich, da das Gutachten des MDK durch den Zahnarzt Dr.St ... festgestellt hat, dass auch unter Berücksichtigung der Anorexia nervosa sowie der Verdauungsprobleme eine andere, kostengünstigere Versorgung mit einer teleskopierenden Prothese auf Teleskopkronen 44 und 45 ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich möglich gewesen wäre. Die Versorgung mit Implantaten ist nicht zwingend notwendig gewesen. Auch wenn der Kläger die Richtigkeit dieser ärztlichen Feststellung bestreitet, besteht kein Anlass, hierüber ein ärztliches Sachverständigengutachten einzuholen, da die Kostenerstattung der Behandlung durch Dr.T ... bereits wegen des og. fehlenden Kausalzusammenhangs abzulehnen ist. Dem Attest der Internistin Dr.O ..., die eine optimale Versorgung sachgerecht hält, kommt keine maßgebende Bedeutung zu. Denn nicht eine optimale Behandlungsform, sondern eine am Maßstab des Wirtschaftlichkeitsgebotes orientierte Behandlung ([§ 12 Abs.1 SGB V](#)) ist der entscheidende rechtliche Maßstab. Der Kläger hat also nur Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und notwendige ärztliche/zahnärztliche Versorgung.

Soweit die Behandlung des Dr.T ... in der Zeit vom November bis einschließlich Dezember 1996 gedauert hat, ist sie nach [§ 28 Abs.2 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes vom 28.10.1996 ([BGBl I 1559](#)), die zum 01.11.1996 in Kraft getreten ist, zu beurteilen. Aber auch danach ergibt sich gegenüber dem vorausgegangenen Recht keine abweichende Beurteilung.

Hinsichtlich der Behandlung durch Dr.T ... gilt, dass der Versicherte gemäß [§ 30 Abs.4 SGB V](#) in der Fassung vom 21.12. 1992 bei der Wahl eines aufwändigeren Zahnersatzes als notwendig, die Mehrkosten selbst zu tragen hat. Eine Kostenerstattung für die streitige Behandlung durch Dr.Sch ... kommt nicht in Frage, da diese Behandlung nach dem 31.12.1996 begonnen hat.

Für diese Behandlung ist das ab 01.01.1997 geltende Recht anzuwenden. [§ 28 Abs.2](#), [30 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes vom 01.11.1996 ([BGBl I 1631](#)), die mit Wirkung vom 01.01.1997 in Kraft getreten sind, regeln, dass implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktion, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden ([§ 28 Abs.2 Satz 4 SGB V](#)). [§ 30 Abs.4 Satz 1 SGB V](#) bestimmt, dass Versicherte, die aufwändigeren Zahnersatz als notwendig wählen, die Mehrkosten selbst zu tragen haben.

[§ 28 Abs.2 SGB V](#) in der Fassung vom 23.06.1997 ([BGBl I 1520](#)) der mit Wirkung zum 01.07.1997 in Kraft getreten ist, lässt zwar Ausnahmen vom Ausschluss der implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktionen zu. Sie beschränken sich auf seltene, vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs.1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmetikationen für besonders schwere Fälle, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Diese Bestimmung ist hier nicht anzuwenden, da die Behandlung vor dem 01.07.1997 abgeschlossen war, wie den vorgelegten Rechnungen und dem Gutachten des MDK zu entnehmen ist.

Der Kläger hat eine Kostenerstattung der privatärztlich verordneten Medikamente für die zahnärztlichen Behandlungen nicht geltend gemacht, so dass hierüber nicht zu entscheiden ist.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27