

L 4 KR 145/02

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 73/01
Datum
21.03.2002
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 145/02
Datum
10.02.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 35/05 B
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 21. März 2002 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für Implantatbehandlung am Oberkiefer und Unterkiefer.

Die 1943 geborene Klägerin ist über ihren bei der Beklagten freiwillig versicherten Ehemann familienversichert; dieser hat Kostenerstattung nicht gewählt.

Die Klägerin, die an einer Kieferatrophie leidet, wurde im Jahr 1992 auf Kosten der Beklagten mit acht Implantaten im Unterkiefer versorgt, im Jahre 1994 erhielt sie fünf Implantate im Oberkiefer und im Jahr 1997 wurde im Oberkiefer ein sechstes Implantat eingesetzt. Das Sozialgericht Nürnberg (SG) hatte mit dem rechtskräftig gewordenen Urteil vom 23.10.1997 die Beklagte verurteilt, die Kosten der Implantatversorgung der Klägerin im Oberkiefer zu übernehmen.

In der Folge kam es nach der ärztlichen Bescheinigung der Zahnärzte Dres.S. vom 17.02.2001 zu einer Instabilität der Prothetik im Unter- und Oberkiefer mit Entzündungen und Blutungen. Im Oberkiefer musste ein Implantat entfernt werden und die Prothetik war aus statischen Gründen gebrochen. Es wurden überflüssig gewordene Zwischenteile der alten Implantate entfernt und eine passende neue Prothetik angefertigt. Im Zuge dieser Behandlung ließ die Klägerin am 07.07.2000 durch Dr.S. eine Gebührenvorausberechnung für den Zahnersatz im Unterkiefer erstellen (Gesamtkosten mit Labor 14.862,00 DM, Vorlage bei der Beklagten am 26.07.2000). Die Behandlung wurde vom 12.07. bis 12.09.2000 durchgeführt.

Die Klägerin beantragte am 31.07.2000 sowie mit dem Schreiben vom 25.08.2000 bei der Beklagten wieder die Kostenübernahme für die Behandlung. Die Rechnung des Zahnarztes Dr.S. in Höhe von 14.801,02 DM wurde nach dem Akteninhalt erst mit der Klage am 07.03.2001 dem SG vorgelegt.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 01.09.2000 die Kostenübernahme für einen implantatgetragenen Zahnersatz im Unterkiefer (Heil- und Kostenplan vom 07.07.2000) mit der Begründung ab, nach dem 2. GKV-NOG dürften Kosten für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht übernommen werden, es sei denn, es lägen seltene, vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgelegte Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Derartige Ausnahmeindikationen seien hier nicht gegeben. Eine Leistungspflicht komme auch nicht in Betracht, wenn die Implantatversorgung mangels vertraglicher Alternative die einzige Versorgungsmöglichkeit darstelle. Dies gelte auch für bereits bezuschusste Implantate einschließlich Suprakonstruktionen, für die bisher Leistungen bewilligt worden sind. Hiergegen legte die Klägerin am 18.09.2000 Widerspruch ein.

Der Zahnarzt Dr.S. erstellte am 21.09.2000 eine Gebührenvorausberechnung/Implantologie für den Oberkiefer (Gesamtkosten einschließlich Labor 15.453,00 DM). Die Behandlung wurde in der Zeit vom 17.10. bis 19.12.2000 durchgeführt.

Die Klägerin beantragte am 09.12.2000 unter Vorlage dieses Heil- und Kostenplanes für den Oberkiefer bei der Beklagten den Zuschuss zu der Behandlung. Mit Bescheid vom 12.12.2000 bewilligte die Beklagte im Rahmen einer Ausnahmeentscheidung (ohne Rechtsanspruch für

die Zukunft) aufgrund des von der Klägerin vorgelegten zahnärztlichen Attestes vom 17.10.1990 (stark atrophierte Oberkiefer) einen Zuschuss in Höhe einer vertragszahnärztlichen Versorgung für eine Oberkiefer-Totalprothese, nämlich eine Beteiligung am zahnärztlichen Honorar in Höhe von 277,38 DM und an den berechnungsfähigen Material- und Laborkosten für eine Totalprothese mit 65 %. Eine Kostenübernahme für die Implantate sowie des implantatgetragenen Zahnersatzes wurde wegen Fehlens entsprechender Ausnahmeindikationen nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen abgelehnt. Mit dem weiteren Bescheid vom 21.12.2000 teilte die Beklagte mit, dass der voraussichtliche Gesamterstattungsbetrag für die Oberkiefer-Totalprothese etwa 75,00 DM betragen werde und sicherte eine Kostenbeteiligung auch für den Unterkiefer in Höhe der Kosten einer Totalprothese zu, falls durch ein zahnärztliches Attest eine Unterkieferatrophie in erheblichem Ausmaße nachgewiesen werde. Mit der Rechnung vom 21.12. 2000 forderte Dr.S. für die zweite Behandlung 12.407,69 DM.

Die Klägerin legte auch gegen den Bescheid vom 12.12.2000 Widerspruch ein. Die Beklagte wies mit dem Widerspruchsbescheid vom 07.02.2001 den Widerspruch zurück. Implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion seien nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Behandlung und dürften von den Krankenkassen nicht bezuschusst werden, es lägen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkassen diese Leistungen als Sachleistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Derartige Ausnahmeindikationen lägen bei der Klägerin nicht vor. Dies gelte auch für den Zuschuss für Zahnersatz (Suprakonstruktion) allein. Auch die Beteiligung der Beklagten im Jahr 1992 an den Kosten für die implantatgetragene Suprakonstruktion im Unterkiefer könne nunmehr eine Kostenübernahme nicht begründen; implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen seien auch zum damaligen Zeitpunkt nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung gewesen und hätten nicht von den Krankenkassen bezuschusst werden dürfen.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 07.03.2001 beim SG, auch im Hinblick auf die frühere Kostenübernahme durch die Beklagte, die Erstattung der Gesamtkosten für die Implantatversorgung im Oberkiefer und Unterkiefer in Höhe von 14.801,02 DM und 12.407,69 DM geltend gemacht. Ihr mit Schriftsatz vom 19.07. 2001 gemachter Vergleichsvorschlag (Kostenbeteiligung der Beklagten in Höhe von 25.000,00 DM) ist von der Beklagten mit Schreiben vom 19.09. 2001 abgelehnt worden.

Mit Schriftsatz vom 27.12.2001 legte die Klägerin zahnärztliche Rechnungen vom 12.11.1997 bis 14.03.2000 vor und forderte zusätzlich von der Beklagten eine Kostenerstattung in Höhe von 2.855,86 DM.

Das SG hat mit Urteil vom 21.03.2002 die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Implantatversorgung einschließlich der Suprakonstruktionen am Ober- und am Unterkiefer. Es habe sich nicht um einen Notfall gehandelt und die Beklagte habe auch ihre Anträge auf Kostenerstattung zu Recht abgelehnt. Die Anträge seien erst nach der jeweiligen Inanspruchnahme der zahnärztlichen Leistungen gestellt worden. Ansprüche ergäben sich auch nicht aus dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes. Unabhängig davon sei auf die Änderung der materiellen Rechtslage seit 01.07.1997 hinzuweisen, wonach eine Implantatversorgung von der Krankenkasse als Sachleistung nur gewährt werde, wenn seltene, vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien festzulegende Ausnahmefälle für besonders schwere Fälle vorliegen. Eine solche Ausnahmeindikation habe bei der Klägerin jedoch nicht bestanden. Auch bezüglich der Suprakonstruktion fehle es an einem in den Richtlinien des Bundesausschusses geregelten Ausnahmefall. Dass im vorliegenden Fall keine Neuversorgung mit Implantaten oder einer Suprakonstruktion erfolgt sei, ändere jedoch nichts am Umfang der Kostenübernahme bzw. Zuschussgewährung im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 24.07. 2002, mit der sie wieder Kostenerstattung für die zahnärztliche Versorgung im Oberkiefer und Unterkiefer in Höhe von insgesamt 27.208,71 DM (13.911,59 EUR) geltend macht. Die Beklagte handle treuwidrig, wenn sie der Klägerin das vom Mitglied (Ehemann) nicht in Anspruch genommene Wahlrecht entgegenhalte. Sie habe es auch unterlassen, die Klägerin über die Änderung der Rechtslage zu informieren. Die Entzündungen im Unterkiefer und die Instabilität der Prothetik sowie der Bruch der Prothetik im Oberkiefer hätten einen umgehenden Eingriff nötig gemacht. Aufgrund der früheren Zahlungen der Beklagten könne die Klägerin Leistungen unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes beanspruchen. Ferner könne sie den Anspruch auf eine eigentumsrechtliche Position, eine Anwartschaft für die Zukunft bezüglich der Erhaltungskosten, auf Sonderopfer und auf den Gesichtspunkt des einheitlichen Behandlungsvorganges stützen.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Nürnberg vom 21.03.2002 sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 01.09.2000 und unter Abänderung des Bescheides vom 12.12.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.02.2001 zu verurteilen, die Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen an Oberkiefer und Unterkiefer in Höhe von insgesamt 13.911,59 EUR abzüglich 300,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG sowie die erledigte Streitakte des SG (S 7 KR 18/95). Auf den Inhalt der Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,00 EUR ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegründet; das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen.

Die Klägerin kann von der Beklagten nicht mit Recht Kostenerstattung für die zahnärztlichen Behandlungen, die die Implantatversorgung mit Suprakonstruktionen in Oberkiefer und Unterkiefer betreffen, auf die Rechnungen von Dr.S. vom 18.09.2000 (14.801,02 DM) und vom 21.12.2000 (12.407,69 DM) verlangen. Hierbei ist es unerheblich, ob die durchgeführten Leistungen die Neuversorgung mit Implantaten und Suprakonstruktionen oder eine Nachbesserung vorhandener Implantate mit Suprakonstruktionen betreffen. Entgegen der Klägerin handelt es sich nicht um einen einheitlichen Behandlungsvorgang, der auf die früheren Behandlungen in den Jahren 1992, 1994 und 1997 zurückgeht, da die jeweiligen Behandlungsvorgänge abgeschlossen wurden. Es geht vielmehr um neue Behandlungen, die nach dem jeweils

geltenden Recht des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zu beurteilen sind.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs.2 SGB V](#) besteht nicht. Zwar können freiwillige Mitglieder gemäß [§ 13 Abs.2 SGB V](#) sowie ihre nach [§ 10 SGB V](#) versicherten Familienangehörigen für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Es ist aber nicht ersichtlich, dass die Klägerin bzw. ihr Ehemann als freiwilliges Mitglied für sie Kostenerstattung gewählt hat. Die Beklagte war in diesem Zusammenhang auch nicht verpflichtet, ihr freiwilliges Mitglied bzw. die Klägerin als Familienversicherte auf die Möglichkeit eines Wahlrechts vor Behandlungsbeginn hinzuweisen. Zum einen ist dieses Wahlrecht in der Satzung der Beklagten geregelt, die der Klägerin zugänglich ist, und zum anderen hat die Klägerin die Beklagte nicht von der anstehenden Behandlung unterrichtet.

Auch der allgemeine Kostenerstattungsanspruch des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) führt nicht zu einer Leistungsverpflichtung. Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Es spricht im vorliegenden Fall nichts für die Unaufschiebbarkeit der streitigen Behandlungen. Zu den unaufschiebbaren Leistungen zählen krankenversicherungsrechtliche Notfälle gemäß [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#), die dann vorliegen, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nichtvertragsarztes angewiesen war sowie andere dringliche Bedarfslagen wie Systemstörungen oder Versorgungslücken. Es fehlt hier bereits am Merkmal der Unaufschiebbarkeit. Denn zwischen dem Erstellen der Heil- und Kostenpläne und dem Behandlungsbeginn lagen mehrere Tage bzw. Wochen, so dass die Klägerin nicht gezwungen war, außervertragliche Leistungen bzw. eine private zahnärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Selbst wenn von der Unaufschiebbarkeit der Behandlungen auszugehen wäre, kann auf die Unfähigkeit der Krankenkasse zur Leistungserbringung ein Erstattungsanspruch nur gestützt werden, wenn es dem Versicherten nicht möglich oder nicht zuzumuten war, sich vor der Leistungsbeschaffung mit der Kasse in Verbindung zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten (Bundessozialgericht (BSG) vom 25.09.2000 [SozR 3-2500 § 13 Nr.22](#)). Der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung von Dr.S. ist nicht zu entnehmen und es ist auch aus dem übrigen Akteninhalt nicht ersichtlich, dass erhebliche gesundheitliche Gründe die Klägerin daran gehindert hatten, die Beklagte vor Behandlungsbeginn über die anstehenden zahnärztlichen Behandlungen zu informieren. Anhaltspunkte für eine Versorgungslücke bzw. Systemstörung ergeben sich aus dem vorliegenden Sachverhalt gleichfalls nicht.

Der Klägerin steht auch kein Anspruch aus [§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V](#) zu, da es bereits an dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung fehlt. Auch hier hat das BSG in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung - abgesehen von Notfällen - nur zu erstatten sind, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hatte (BSG vom 20.05.2003 [SozR 4-2500 § 13 Nr.1](#) mit weiteren Nachweisen). Zur Begründung hat das BSG ausgeführt, dass Gesetzeswortlaut und -zweck die dahingehende Annahme nicht zulassen, dass eine vorherige Entscheidung der Krankenkasse entbehrlich sein müsse, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststeht. Es ist weder unzumutbar, noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art des zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden. Die Klägerin hat es bei beiden Behandlungen versäumt, der Beklagten vor Behandlungsbeginn die Gebührenvorausrechnungen über den Zahnersatz zusammen mit einem Antrag auf Kostenbeteiligung bzw. -zuschuss zu übersenden. Damit hat sie der Beklagten die Möglichkeit genommen, gegebenenfalls nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Klägerin einen Behandlungsweg im System der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuzeigen. Etwas Anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass es sich nach Ansicht der Klägerin lediglich um eine Folgebehandlung einer bereits bewilligten Implantatversorgung mit Suprakonstruktion gehandelt hat. Wie das BSG in ständiger Rechtsprechung entschieden hat, bestimmt sich der Behandlungsanspruch nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Behandlung (BSG vom 25.03.2003 [B 1 KR 17/01 R](#)). Frühere Bewilligungsentscheidungen dürfen grundsätzlich nur auf den sie auslösenden Behandlungsbedarf bezogen werden; mit dessen Beseitigung ist auch die Wirkung der entsprechenden Bewilligungsentscheidung erschöpft. Ein erneuter Behandlungsbedarf löst eine erneute Prüfung der Sach- und Rechtslage aus (BSG vom 03.09.2003 [SozR 4-2500 § 28 Nr.2](#)).

Die von der Klägerin mit der Berufung erhobenen Einwendungen sind im Übrigen gleichfalls unbegründet. Die behauptete Verletzung der Informationspflicht über die Änderung der materiellen Rechtslage bezüglich der Implantatversorgung einschließlich Suprakonstruktion ist nicht geeignet, einen Herstellungsanspruch zu begründen. Denn zum einen ist schon nicht ersichtlich, dass die Klägerin sich vor Behandlungsbeginn an die Beklagte mit der Bitte gewandt hat, sie über vertragliche Behandlungsformen zu informieren. Es hat sich auch ein entsprechender Beratungsbedarf für die Beklagte nicht aufgedrängt, da sie erst jeweils nach Beginn der streitigen Behandlungen von dem Vorhaben der Klägerin Kenntnis erlangt hat. Auch wenn die Krankenkassen in Mitgliederzeitschriften auf gesetzliche Änderungen hinweisen, sind sie grundsätzlich hierzu wegen des Grundsatzes der formellen Publizität von Gesetzen nicht verpflichtet.

Ansprüche auf Kostenerstattung ergeben sich gleichfalls nicht aus dem Gesichtspunkt eigentumsähnlicher Positionen, des Vertrauensschutzes oder der Aufopferung. Maßgebend für Leistungs- bzw. Erstattungsansprüche ist die jeweilige, im Zeitraum der Behandlung geltende Rechtslage. Soweit Übergangsregelungen nicht die Fortgeltung früheren Rechts vorsehen, sind auf einen Behandlungsanspruch die jeweils gültigen Rechtsvorschriften anzuwenden. Nur insoweit entsteht eine Rechtsposition, die zu einer Leistungsverpflichtung der Krankenkasse führen kann, ohne dass die Gesichtspunkte einer eigentumsähnlichen Position bzw. Anwartschaft weiter zu vertiefen sind.

Schließlich besteht keine Leistungsverpflichtung der Beklagten nach den Grundsätzen der Aufopferung. Das würde voraussetzen, dass sich die frühere Leistung als hoheitlicher Eingriff darstellt, weil sie aufgrund einer zwingend vorgeschriebenen Vorgehensweise zu einer Gesundheitsschädigung des Versicherten geführt hat (BSG vom 03.09.2003, a.a.O.). Hiervon kann im Falle der Klägerin nicht die Rede sein.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-05-17