

## L 4 KR 235/04

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Würzburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 90/99  
Datum  
10.08.2004  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 235/04  
Datum  
25.05.2005  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 10. August 2004 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die restliche Kostenerstattung für Versorgung mit Implantaten in Höhe von 6.198,38 DM (3.674,33 EUR).

Der 1946 geborene Kläger war bei der Beklagten bis 31.12.2004 ohne Wahl der Kostenerstattung freiwillig versichert; seit 01.01.2005 ist er pflichtversichert.

Nachdem er im Mai 1997 einen Zuschuss der Beklagten in Höhe von 50 % zu einem Langzeitprovisorium sowie Brücken/Prothesenversorgung des Oberkiefers erhalten hatte, ließ er am 23.09.1997 durch den Mund-Kiefer-Gesichtschirurg Dr.Dr.N. (Bad N.) eine Gebührenvorausberechnung für eine Implantatversorgung erstellen (voraussichtlicher Gesamtbetrag 19.675,00 DM). Die Behandlung wurde vom 15.12.1997 bis 09.01.1998 durchgeführt. Dr.Dr.N. forderte für diesen Behandlungsabschnitt mit der Rechnung vom 04.05.1998 4.176,39 DM. Der Kläger beantragte am 25.03.1998 bei der Beklagten die Kostenübernahme und legte am 24.07.1998 die Rechnung vor.

Dr.Dr.N. führte vom 29.06.1998 bis 13.08.1998 die Implantatbehandlung fort und forderte mit der Rechnung vom 18.09.1998 hierfür insgesamt 6.154,25 DM.

Mit dem ohne Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Bescheid vom 19.08.1998 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme der Implantatbehandlung ab; die gegebenen massiven anatomischen Strukturanomalien seien kein Ausnahmetatbestand vom Verbot der Kostenbeteiligung für Implantate. Am 22.04.1999 reichte der Kläger bei der Beklagten die Rechnung vom 18.09.1998 ein.

Die C. Krankenversicherung AG erstattete dem Kläger am 26.10.1998 aufgrund eines von ihr eingeholten Privatgutachtens des Zahnarztes Dr.H. vom 18.10.1998 für die Implantatversorgung 4.132,26 DM. In diesem Gutachten hielt der Zahnarzt eine prothetische Versorgung des Klägers für erforderlich, wies im Übrigen auf die unterschiedlichen Leistungen der Privatversicherung und Sozialversicherung hin.

Am 04.03.1998 beantragte der Kläger ein weiteres Mal die Kostenerstattung der Rechnungen von Dr.Dr.N. in Höhe von 4.176,39 DM und 6.154,25 DM abzüglich der Zahlungen der C. Krankenversicherung AG in Höhe von 1.921,99 DM und 2.210,27 DM. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 09.03.1999 auch unter Berücksichtigung des vorgelegten Privatgutachtens eine Kostenübernahme ab; hiergegen legte der Klägerbevollmächtigte Widerspruch ein. Mit Bescheid vom 11.03.1999 lehnte die Beklagte noch einmal die Kostenübernahme der Implantatbehandlung wegen Fehlens einer medizinischen Indikation ab. Auch hiergegen legte der Klägerbevollmächtigte am 19.03.1999 Widerspruch ein. Am 19.01.1999 führte Dr.Dr.N. beim Kläger eine weitere Implantatbehandlung durch; mit der Rechnung vom 24.03.1999 forderte er hierfür 987,98 DM. Der Kläger legte die Rechnung am 09.04.1999 der Beklagten gleichfalls zur Kostenerstattung vor.

Die Beklagte hörte den Kläger am 09.04.1999 ein weiteres Mal an und wies mit dem Widerspruchsbescheid vom 10.06.1999 den Widerspruch zurück. Sie lehnte hierin eine Kostenübernahme der Rechnungen vom 04.05.1998, 18.09.1998 und 24.04.1999 ab. Die vorliegende Indikation (massive anatomische Strukturanomalien bei beidseitiger Freundsituation) sei nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen keine Ausnahmeindikation für die Kostenübernahme.

Der Kläger hat hiergegen am 22.06.1999 beim Sozialgericht Würzburg (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, sein Beschwerdebild solle in die festgelegten Ausnahmeindikationen aufgenommen werden.

Der Zahnarzt und Arzt Dr.K. hat im Auftrag der Beklagten am 12.08.2003 ein Gutachten erstellt. Der Kläger ist zum Untersuchungstermin nicht erschienen. Der Gutachter hat nach Aktenlage festgestellt, es habe keine Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle vorgelegen, die implantologischen Leistungen seien auch nicht im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht worden.

Auf Antrag des Klägers hat das SG ein Sachverständigengutachten des vom Kläger benannten Arztes seines Vertrauens, des Facharztes für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Sportmedizin Dr.Dr.W., eingeholt. Der Sachverständige ist im Gutachten vom 01.07.2004 zu dem Ergebnis gelangt, dass keine Befunde vorliegen, die auch nur im Entferntesten mit den von den Ausnahmeindikationen geforderten Befunden in Einklang zu bringen seien.

Das SG hat mit Urteil vom 10.08.2004 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten bzw. Zahlung eines Festzuschusses, weil die zugrundeliegende zahnärztliche Behandlung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre. Aufgrund der Gutachten von Dr.K. und Dr.Dr.W. lägen Ausnahmeindikationen für die Implantatversorgung nicht vor.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 25.10.2004, mit der er geltend macht, es sei ein neues Gutachten einzuholen.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Würzburg vom 10.08.2004 sowie der Bescheide vom 19.08.1998, 09.03.1999 und 11.03.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.1999 zu verurteilen, die restlichen Kosten der Implantatversorgung in Höhe von 3.674,33 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. Auf den Inhalt dieser 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 angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden; das SG hat zu Recht die Erstattung der restlichen Kosten der Implantatbehandlung abgelehnt.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs.2](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) besteht nicht, da der Kläger nach der Auskunft der Beklagten Kostenerstattung nicht gewählt hat. Nach [§ 13 Abs.2 SGB V](#) in der Fassung vom 23.06.1997, der vom 01.07.1997 bis 31.12.1998 gegolten hat (BGBl I S.1520), konnten Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen, die sie von den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Diese Vorschrift wurde durch Gesetz vom 19.12.1998 ([BGBl I S.3853](#)) mit Wirkung zum 01.01.1999 insofern geändert, als der persönliche Geltungsbereich auf freiwillige Mitglieder und ihre nach [§ 10 SGB V](#) versicherten Familienangehörigen beschränkt wurde. Der Kläger hatte von dieser Möglichkeit nicht Gebrauch gemacht.

Auch der allgemeine Kostenerstattungsanspruch des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) führt nicht zu einer Leistungsverpflichtung der Beklagten. 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 Behandlung. Zu den unaufschiebbaren Leistungen zählen krankensicherungsrechtliche 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 z.B. Systemstörungen oder Versorgungslücken. Es fehlt hier bereits am Merkmal der Unaufschiebbarkeit. Denn zwischen dem Erstellen der Heil- und Kostenpläne und dem Behandlungsbeginn lagen fast drei Monate, so dass der Kläger 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 Gebührenvorausberechnung und den Rechnungen von Dr.Dr.N. ist nicht zu entnehmen und es ist auch aus dem übrigen Akteninhalt nicht ersichtlich, dass erhebliche gesundheitliche Gründe den Kläger 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.

Dem Kläger steht auch kein Anspruch aus [§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V](#) zu, da es auch hier an dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung fehlt. Das BSG hat zu dieser Variante des allgemeinen kostenerstattungsanspruchs in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einem 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](#) m.w.N.). 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 zumutbar, noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenersatzung in der Art des zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden. Zu dem hier vorliegenden Fall eines in mehreren Abschnitten ablaufenden Behandlungsvorgangs hat das BSG entschieden, dass eine Kostenersatzung ausscheidet, wenn die Behandlung ohne Einschaltung der Kasse begonnen wurde und sich die Ablehnung auf den weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr auswirken konnte (Urteil vom 19.06.2001, [SozR 3-2500 § 28 Nr.6](#)). Der Kläger hätte die Entscheidung der Beklagten vor Beginn der Behandlung abwarten müssen. Bereits dieses Versäumnis schließt eine Kostenersatzung nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) aus.

Im Übrigen steht dem Kläger Kostenersatzung auch deswegen nicht zu, weil er während des rechtlich maßgebenden Behandlungszeitraums (BSG [SozR 3-2500 § 28 Nr.6](#)) vom 15.12.1997 bis 19.01.1999 keinen Sachleistungsanspruch nach [§ 28 Abs.2 SGB V](#) hatte. [§ 28 Abs.2 Satz 8 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes vom 01.11.1996 ([BGBl I S.1631](#)), der ab 01.01.1997 galt, schloss im implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion generell von der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen aus. Sie durften danach auch nicht bezuschusst werden. Erst mit Gesetz vom 23.06.1997 ([BGBl I S.1520](#)), das in der Zeit vom 01.07.1997 bis 31.12.1998 gültig war, trat eine Ausnahme vom Verbot der Kostenübernahme für implantologische Leistungen insofern für den Fall ein, dass seltene, vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs.1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorlagen, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbrachte. An der Kostenübernahme bei Vorliegen von Ausnahmeindikationen hat der Gesetzgeber auch in der hier noch zu berücksichtigenden Zeit der Behandlung im Jahr 1999 festgehalten (§ 28 Abs.2 in der Fassung des Gesetzes vom 08.05. 1998, [BGBl I S.907](#)).

Im vorliegenden Fall liegt jedoch eine Ausnahmeindikation für die Kostenübernahme der Implantatversorgung nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung in der Fassung vom 24.07.1998 (Bundesanzeiger Nr.177) nicht vor. Nach Nrn.28, 29 dieser Richtlinien setzt eine Kostenübernahme für implantologische Leistungen zunächst voraus, dass ein besonders schwerer Fall vorliegt, in dem der Anspruch auf implantologische Leistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung besteht. Ferner ist die Kostenübernahme davon abhängig, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist und es muss einer der ausdrücklich genannten besonders schweren Fälle gegeben sein. Diese sind größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, die generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen und nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich.

Die gesamte Beweisaufnahme ergibt zur Überzeugung des Senats, dass die oben genannten Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht gegeben sind. Insbesondere steht fest, dass keiner der vier genannten besonders schweren Fälle auf den Kläger zutrifft. Bereits der vom Kläger zitierte Gutachter Dr.H. hat in seinem Privatgutachten vom 18.10.1998 darauf hingewiesen, dass zwar eine prothetische Versorgung des Klägers notwendig ist, aber bei der Leistung auch die Ansprüche des Patienten und der unterschiedliche Leistungsumfang der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung eine Rolle spielen. Der von der Beklagten gehörte Gutachter Dr.K. hat am 31.07.2003 festgestellt, dass aus der Verwaltungsakte und den Röntgenbildern keine Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle hervorgeht und dass die Leistung auch nicht im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht wurde. Schließlich hat der Arzt des Vertrauens des Klägers, der Sachverständige Dr.Dr.W., im Gutachten vom 01.07.2004 bereits anhand der vorgelegten Akten (ohne dass eine Untersuchung des Klägers noch notwendig gewesen wäre) ausgeführt, dass keine Befunde vorliegen bzw. vorgebracht werden, die auch nur im Entferntesten mit den von den Ausnahmeindikationen geforderten Befunden in Einklang zu bringen sind. Insbesondere im Oberkiefer gibt es andere Möglichkeiten zu einer implantatgestützten Versorgung, z.B. eine teleskopgetragene Brücke oder teleskopgetragene Prothesen. Entgegen der Meinung des vom Kläger hinzugezogenen Zahnarztes Dr.S. (Stellungnahme vom 04.09.2003) hätte eine prothetische Versorgung auch ohne Implantate stattfinden können.

Es besteht im vorliegenden Fall kein Anlass, ein weiteres Sachverständigengutachten einzuholen, da durch die überzeugenden Gutachten von Dr.K. und Dr.Dr.W. der Sachverhalt ausreichend geklärt ist ([§ 106 SGG](#)).

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

FSB

Saved

2005-09-06