

L 1 KR 57/18

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 25 KR 157/15
Datum
18.05.2018
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 57/18
Datum
28.03.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts vom 16. Mai 2018 wird zurückgewiesen. Die außergerichtlichen Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten für in P. hergestellten Zahnersatz.

Mit Heil- und Kostenplan (HKP) vom 21. März 2013 der Zahnärztin L. beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für eine Versorgung des Ober- und Unterkiefers mit Zahnersatz. Geplant waren partielle Prothesen im Unterkiefer auf den Zähnen 45, 46 sowie 36. Im Oberkiefer war eine Kombinationsversorgung aus Teleskopkronen auf den Zähnen 17 und 13 bis 21, implantatgetragenen Teleskopkronen auf den Zähnen 23 und 25 sowie einer Prothese geplant. Angesetzt wurden die abzurechnenden BEMA-Ziffern 96b (Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen), 98g (Verwendung einer Metallbasis mit Halte- und Stützvorrichtungen – nicht bei provisorischen Prothesen) und 98h/2 (Verwendung von gegossenen komplizierten Halte- und Stützvorrichtungen – nicht bei provisorischen Prothesen – bei Verwendung von mindestens zwei Halte- und Stützvorrichtungen). Die Regelversorgung sah eine Teilprothese im Ober- und Unterkiefer mit entsprechendem Festzuschuss vor.

Die Beklagte genehmigte am 10. April 2013 den Plan entsprechend der Regelversorgung als Härtefall in Höhe des doppelten Festzuschusses (1.212,36 EUR) nach Abzug der Verwaltungs-kostenpauschale von 50,- EUR in Höhe von 1.162,36 EUR.

Mit Schreiben vom 17. Juni 2014 beantragte die Klägerin die Kostenerstattung für die Versorgung ihrer großen Zahnlücken unter Vorlage einer Rechnung des in P. praktizierenden Arztes Dr. C. für die zuvor in P. durch ihn vorgenommene zahnmedizinische Behandlung.

Die Beklagte holte beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung N. (MDK) ein zahnärztliches Gutachten zur Begutachtung der hergestellten Zahnersatzversorgung im Ausland (P.) ein. Der Gutachter kam im Gutachten vom 29. Juli 2014 nach Untersuchung der Klägerin zu dem Ergebnis, dass der in P. hergestellte Zahnersatz "in Ordnung sei und dem deutschen Standard entspreche. Alle Lücken seien versorgt worden, obwohl die Versorgung vom Antrag abweiche. Der Festzuschuss 3.1 x 2 könne erstattet werden."

Daraufhin erstattete die Beklagte der Klägerin auf Grundlage ihres Bescheids vom 18. August 2014 1.162,36 EUR. Sie berücksichtigte dabei den Verwaltungskostenabschlag in Höhe von 50,- EUR.

Gegen die Kostenerstattung erhob die Klägerin Widerspruch. Diese enthalte nur den Festzuschuss, nicht aber den notwendigen prothetischen Zahnersatz.

Mit Schreiben vom 25. September 2014 erläuterte die Beklagte der Klägerin, dass mit dem vorgelegten HKP der Frau L. die Festzuschüsse genehmigt worden seien, wobei die Anerkennung als Härtefall in Höhe des doppelten Festzuschusses erfolgt sei. Die Art der tatsächlichen Versorgung ändere nichts an der Höhe des Kassenzuschusses. Mit der Erstattung vom 18. August 2014 sie ihr der höchstmögliche Zuschuss für den Zahnersatz gewährt worden. Eine weitere Erstattung sei leider nicht möglich. Die Klägerin hielt ihren Widerspruch aufrecht, woraufhin die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9. Januar 2015 den Widerspruch der Klägerin zurückwies. Zur Begründung führte sie aus, nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Nr. 2 und 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V - hätten Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung. Diese umfasse auch die zahnärztliche Behandlung und Versorgung mit Zahnersatz. Die Leistungen müssten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürften das Maß des Notwendigen nicht überschreiten ([§ 12 SGB V](#)). Versicherte

hätten Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig sei ([§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Festzuschüsse umfassten 50 % der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhten die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 %. Die Erhöhung entfalle, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lasse und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung sich nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr zahnärztlich habe untersuchen lassen ([§ 55 Abs. 1 Satz 3 und Satz 4 Nummer 2 SGB V](#)). Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhten sich um weitere 10 %, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 2 ohne Unterbrechungen in Anspruch genommen habe ([§ 55 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#)). Versicherte hätten bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Abs. 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählten Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Abs. 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisteten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimme in Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt würden und ordne diesen prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Befunde erfolge auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund werde eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet ([§ 56 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1](#) und 2 SGB V.)

Nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) seien Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich der EG im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Der Anspruch auf Erstattung bestehe in diesen Fällen höchstens in Höhe der Vergütung, die die Kasse bei Erbringung der Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Laut Satzung sei der Erstattungsbetrag um 10 %, mindestens 3 EUR und maximal 50 EUR, für vom Arbeitgeber nicht getragene Verwaltungskosten und fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung zu kürzen. In dem Falle der Klägerin handele es sich um eine Neuversorgung, die entsprechend der dazugehörigen Regelversorgung bezuschusst worden sei. Da die Klägerin Leistungen nach dem SGB II erhalte, sei die Bezuschussung in Höhe des doppelten Festzuschusses erfolgt. Die Erstattung sei entsprechend der Bewilligung vorgenommen worden. Der Verwaltungskostenabschlag wegen im Ausland in Anspruch genommener Leistung betrage 50 EUR und sei bei der Erstattung in Abzug gebracht worden.

Daraufhin erhob die Klägerin Klage. Zur Begründung führte sie aus, dass ihr weitere Zuschusskosten für die prothetische, notwendige Regelversorgung einschließlich der zwei Implantate zuständen, da keine Haltezähne für eine Teilprothese vorhanden gewesen seien. Die großen Zahnschäden und Zahnlücken seien im Wesentlichen durch eine Falschbehandlung und die erste Prothese aus dem Jahr 2001 entstanden. Die geplante Versorgung gemäß dem HKP (herausnehmbare Teilprothese) sei in der Verwirklichung vollkommen unmöglich gewesen, weil bei ihr keine Haltezähne für diese Art der Behandlung vorhanden gewesen seien. Es sei nicht ihre Schuld, dass ihre Zahnärztin nicht die richtige Diagnose gestellt habe. Der HKP entspreche der gesetzlichen Regelversorgung im Rahmen des Härtefalls und werde nur mit einem befundorientierten Zuschuss allein für den jeweiligen Befund im Oberkiefer und Unterkiefer ohne prothetische Zahnersatzteilkosten, ohne Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewährt. Ihre Behandlung müsse als Sonderfall gelten.

Die Beklagte trat dem entgegen. Zur Begründung nahm sie Bezug auf die Ausführungen in ihren Bescheiden. Ergänzend trug sie vor, dass der gewährte Festzuschuss der beantragten Versorgung entspreche. Von dieser sei jedoch im Rahmen der Herstellung des Zahnersatzes in P. erheblich abgewichen worden. Geplant gewesen sei im Unterkiefer eine herausnehmbare Teilprothese und im Oberkiefer eine Kombinationsversorgung aus Teleskopkronen, implantatgetragenen Teleskopkronen und einer Prothese. Im Rahmen der tatsächlichen Versorgung seien im Ober- und Unterkiefer Implantate angefertigt worden, die nunmehr Brücken trügen. Diese Implantate seien jedoch weder geplant noch genehmigt worden. Die Kosten für Implantatversorgungen würden ohnehin in der gesetzlichen Krankenversicherung nur in wenigen Ausnahmefällen übernommen. Die Situation im Ober- und Unterkiefer der Klägerin zählten nicht dazu. Abschließend sei festzuhalten, dass die Klägerin einen HKP einer deutschen Zahnärztin eingereicht habe, der von der Beklagten genehmigt worden sei. Dementsprechend seien die dort genannten Festbeträge abzüglich einer Verwaltungskostenpauschale an die Klägerin überwiesen worden. Die Klägerin habe jedoch den Zahnersatz in P. erarbeiten lassen. Dort sei eine völlig neue Versorgung vorgenommen worden, die von der Beklagten nicht genehmigt gewesen sei und auch nicht hätte genehmigt werden können. Die Festbeträge seien überwiesen worden, weil sich aus dem Gutachten des MDK ergeben habe, dass der Zahnersatz nach zahnärztlichen Regeln dem deutschen Standard entsprechend eingearbeitet worden sei. Da die Versorgung von dem genehmigten HKP abgewichen habe, hätte sie auch dann nicht weiter bezuschusst werden können, wenn die Behandlung in Deutschland durchgeführt worden wäre.

Das Sozialgericht hat die Klage nach entsprechender Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 16. Mai 2018 abgewiesen. Zur Begründung hat es gemäß [§ 136 Abs. 3 SGG](#) vollen Umfangs auf die Begründung des Widerspruchsbescheids der Beklagten vom 9. Januar 2015 Bezug genommen. Ergänzend hat es ausgeführt, dass sich für die Klägerin kein Anspruch auf Erstattung nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ergeben hätte, wonach Versicherte berechtigt seien, Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Denn das für eine inländische Behandlung zwingend zu durchlaufende Genehmigungsverfahren sei auch bei einer Behandlung in einem anderen EG-Mitgliedstaat grundsätzlich einzuhalten. Dies habe das Bundessozialgericht in einem mit dem vorliegenden Fall vergleichbaren Verfahren (dort Erfordernis der vorherigen Genehmigung der zahnprothetischen Versorgung in Tschechien) bereits entschieden (Urteil vom 30.06.2009, Az. [B 1 KR 19/08 R](#), juris). Das Bundessozialgericht habe in derselben Entscheidung auch betont, dass dies nicht gegen Europarecht verstoße. Der Kostenerstattungsanspruch für eine Behandlung im Ausland reiche nur genauso weit wie für eine Behandlung im Inland (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19.7.2013, [L 4 KR 4624/12](#)).

Der Gerichtsbescheid wurde der Klägerin am 18. Mai 2018 zugestellt. Am 18. Juni 2018 hat die Klägerin die vorliegende Berufung erhoben. Zur Begründung wiederholt sie ihre Ausführungen vor dem Sozialgericht und betont noch einmal, dass die von der Zahnärztin in Deutschland geplante Behandlung bei ihrem Zahnstatus mangels Haltezähnen nicht hätte funktionieren können; die Zahnärztin habe sie falsch beraten. Auch die Krankenkasse habe sie falsch beraten. Sie habe nicht gewusst, dass sie den Heil- und Kostenplan des sie in P. behandelnden Zahnarztes hätte zuvor bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung einreichen müssen. Das habe man ihr nicht gesagt. Die Beklagte spiele auf Zeit und habe ihre Übervorteilung von Anfang an geplant. Die Beklagte profitiere jetzt von der Gebissanierung, die sie auf ihre Kosten in P. vorgenommen habe, da ihr Gebiss, wie auch der MDK festgestellt habe, fachgerecht saniert worden sei und dem deutschen Standard entspreche. Sie erwarte eine schriftliche und gerechte Entscheidung und keine weitere Auf-Zeit-Spielerei. Alles was

dazu nötig sei, habe sie dem Gericht vorgelegt und vorgetragen.

Die Klägerin beantragt nach Lage der Akten sinngemäß,

unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts vom 18. Mai 2018 den Bescheid vom 18. August 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Januar 2015 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die weiteren in P. für die durchgeführte zahnmedizinische Behandlung entstandenen Kosten zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung beruft sie sich auf den angefochtenen Gerichtsbescheid. Für die in P. durchgeführte Versorgung mit fünf Implantaten, drei Einzelkronen und einer Brücke sei bei der Beklagten niemals ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden. Der grundsätzlich für eine zahnprothetische Versorgung notwendige vor der Behandlung einzureichende Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sei hier niemals eingereicht, geschweige denn genehmigt worden. Der von der Vorgängerin der heutigen beklagten B. Krankenkasse, der D. gewährte Festzuschuss sei vor diesem Hintergrund rechtswidrig gewährt worden. Tatsächlich hätte mangels vorheriger Einreichung und Genehmigung des fraglichen HKP des in P. praktizierenden Zahnarztes C. niemals ein Festzuschuss an die Klägerin gewährt werden dürfen. Daher komme es auch nicht darauf an, ob der tatsächlich gewährte doppelte Festzuschuss korrekt berechnet worden sei. Das Gericht hat am 31. Januar einen Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage vor der Berichterstatterin anberaumt, zu welchem die Klägerin unentschuldigt fern geblieben ist. Die Beklagte hat im Termin ihr Einverständnis zur Entscheidung des Rechtsstreits im schriftlichen Verfahren zu Protokoll erklärt. Daraufhin hat das Gericht die Klägerin ebenfalls um Zustimmung zur Entscheidung im schriftlichen Verfahren gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG – gebeten. Die Klägerin hat sich auf die entsprechende Nachfrage des Senats mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt und um eine zügige Entscheidung gebeten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte und der Prozessakte verwiesen. Sie haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe:

1. Der Senat konnte mit Zustimmung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) im schriftlichen Verfahren entscheiden.
2. Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten erweisen sich ebenso wie der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts als rechtmäßig. Zu Recht hat die Beklagte die Erstattung der weiteren Kosten für die in P. durchgeführte Zahnersatzversorgung abgelehnt. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt das Gericht in vollem Umfang Bezug auf die Entscheidungsgründe im angefochtenen Gerichtsbescheid vom 16. Mai 2018 ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Nur ergänzend weist der Senat noch darauf hin, dass dem von der Beklagten in der Berufungsinstanz vorgebrachten Argument, die Gewährung des doppelten Festzuschusses sei rechtswidrig gewesen, weil dafür keine Anspruchsgrundlage erkennbar gewesen sei, beizupflichten ist. Die Klägerin hat demnach bereits das erhaltene, was, hätte sie die Verfahrensregeln eingehalten, überhaupt nur als Kostenersatz möglich gewesen wäre. Tatsächlich aber hat die Klägerin den gesetzlich vorgesehenen Genehmigungsvorbehalt für die in P. durchgeführte Zahnbehandlung nicht eingehalten. [§ 87 Abs. 1a Satz 2 bis 7 SGB V](#) lautet wie folgt: "Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab." Dabei ist die Versicherte in Bezug auf den konkreten Behandlungsplan an die Genehmigung der Krankenkasse gebunden. Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 30. Juni 2009 (Az. [B 1 KR 19/08 R](#), Rn. 18) dazu wie folgt ausgeführt:

"Auch Sinn und Zweck der Regelung" (gemeint ist [§ 55 SGB V](#)) "sprechen für ihre Auswirkung auf das Leistungsrecht. Zweck der Aufstellung des HKP und des Genehmigungserfordernisses ist die Einhaltung der Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bei der in der Regel kostenaufwändigen zahnprothetischen Behandlung. Der KK soll - anders als bei der ärztlichen Behandlung im Übrigen - Gelegenheit gegeben werden, die vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz vorab zu überprüfen und gegebenenfalls begutachten zu lassen, um auf diesem Wege die Inanspruchnahme der in aller Regel mit hohen Kosten verbundenen Zahnersatzleistungen - auch im Interesse des Versicherten - steuern zu können (vgl. zur Rechtslage vor dem 1.1.2005: BSG [SozR 4-1500 § 55 Nr 1](#) RdNr 10). Dieser Zweck würde unterlaufen, wenn nicht auch der Leistungsanspruch des Versicherten von der Genehmigung der Behandlung abhängig wäre."

Die Behandlung kann inhaltlich danach nicht geändert werden ohne auf Basis des neuen HKP eine neue Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Auch bezüglich der Person des die Behandlung durchführenden Zahnarztes ist fraglich, ob und unter welchen Bedingungen die Genehmigung des HKP eines anderen als die Behandlung durchführenden Zahnarztes herangezogen werden kann (in Zweifel ziehend aber offen lassend aus BSG im Urteil vom 30. Juni 2009, Az. [B 1 KR 19/08 R](#), Rn. 21, juris). Unstreitig wich die von der Klägerin in P. durchgeführte zahnmedizinische Behandlung von der mit dem HKP vom 21. März 2013 der Zahnärztin L. eingereichten Behandlungsplanung ab. Dies hat der zahnmedizinische Gutachter des MDK in seiner Begutachtung vom 29. Juli 2014 eindeutig formuliert, indem er ausgeführt hat, dass die Versorgung des polnischen Zahnarztes vom Antrag abweiche, wird überdies aber auch von der Klägerin selbst nicht bestritten. Hinzukommt, dass die der Klägerin erteilte Genehmigung des Festzuschusses zur zahnprothetischen Behandlung ihre Wirksamkeit zum Zeitpunkt der tatsächlich erfolgten Behandlung bereits verloren hatte. Denn Voraussetzung für die Wirksamkeit der Genehmigung des Festzuschusses ist gemäß Anl. 3 zum BMV-Z in der damals geltenden Fassung (vgl. unter Nr. 5. S. 3 von "Teilprothesen/Kombinationszahnersatz" der "Vereinbarung nach [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) über die Versorgung mit Zahnersatz", Stand 1.4.2014),

dass der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von sechs Monaten nach der Genehmigung eingegliedert wird. Die Klägerin hatte den Festzuschuss ausweislich des entsprechenden Stempelaufdrucks auf dem HKP vom 21. März 2013 von der damaligen Beklagten am 10. April 2013 genehmigt erhalten. Die streitbefangene Behandlung des in P. praktizierenden Zahnarztes fand jedoch erst Anfang April 2014 und damit ein Jahr später statt.

Nach allem ist ein Anspruch der Klägerin über die ihr bereits in Form des doppelten Festzuschusses zu Unrecht gewährte Kostenerstattung hinaus unter keinem Aspekt erkennbar und auf ihren Vortrag, sie hätte von dem richtigen Verfahrensablauf keine Kenntnis gehabt und das hätte ihr die Beklagte zuvor vermitteln müssen, kann es danach nicht mehr ankommen.

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

4. Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2019-06-07