

L 4 KR 196/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 301/00
Datum
12.09.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 196/01
Datum
13.12.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 9/03 B
Datum
12.03.2003
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 12. September 2001 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin die Kosten einer 1997 durchgeführten Implantatversorgung zu bezahlen.

Die am 1917 geborene Klägerin ist bei der Beklagten versichert. Während eines Aufenthaltes in Spanien erkrankte sie nach Auskunft ihrer Tochter, der Bevollmächtigten, an der Speiseröhre und der Mundschleimhaut. Infolge ihrer Probleme beim Beißen und Kauen suchte sie am 29.04.1997 den Zahnarzt und Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr.Dr.H. , ihr weiterer Prozessbevollmächtigter, auf und ließ sich wegen einer Implantatbehandlung beraten. Diese wurde nach Auskunft der Tochter am 27.08.1997 durchgeführt. Die darüber ausgestellte Rechnung vom 22.12.1998 nennt als Datum der Einfügung der Implantate den 04.12.1997. Beendet war die Behandlung, zu der Diagnose:"Schwere Ernährungsstörungen, Malabsorption, chron. Gastritits u. Obstipation d. Proth.insuffiz.b.schwerem ADMAD; therapieresist. Beschwerden: hochgrad. Alveol. k.artrophie Schlotterkamm OK/UK Elektrolytstörung; Wiederherst.d.starr abgest.Aufb.behelf ULK" am 20.04.1998. Die Rechnung enthält die abschließende Bemerkung:"

"Es handelt sich um die Behandlung einer Krankheit i.S.d. Reichsversicherungsordnung, zu deren Kostenübernahme die Krankenkasse gesetzlich verpflichtet ist. Nehmen Sie diesbezüglich mit ihrer Krankenkasse Rücksprache zwecks Kostenerstattung. Sollten Sie Schwierigkeiten diesbezüglich bekommen oder die Krankenkasse eine Kostenübernahme, auch Teilübernahme ablehnt, wenden Sie sich bitte umgehend an den Rechnungssteller."

Diese Rechnung legte die Klägerin bei der Beklagten im Januar 1999 vor und beantragte die dort ausgewiesenen 7.468,34 DM zu erstatten, was die Beklagte veranlasste, bei Dr.H. nachzufragen, ob bei der Klägerin eine Ausnahmeindikation vorliege. Dieser bejahte dies, weil der Klägerin u.a. eine schwere Erkrankung der Kiefergelenke beidseits mit fortgeschrittenem Stützgewebeabbau vorgelegen habe wie auch eine dauerhaft bestehende Xerostomie, die entweder medikationsbedingt oder aber auf eine Atrophie der Speicheldrüsen zurückzuführen sei. Die Rechnung sei nach GOÄ/GOZ ausgestellt, was für die Beklagte günstiger sei, als wenn er nach BEMA-Z abgerechnet hätte. Nachdem die Zahnärztin Dr.S. vom MDK in ihrer Stellungnahme vom 05.10.1999 nach Aktenlage eine Ausnahmeindikation nicht feststellen konnte, auch keine Xerostomie, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22.02.2000 die Kostenübernahme für die Implantatbehandlung ab, zumal auch der zuvor noch eingeschaltete Zahnarzt Dr.O. vom MDK die Einwände von Dr.H. gegen die Stellungnahme Dr.S. für nicht stichhaltig erachtet hatte. Die aufgrund des klägerischen Widerspruchs erneut mit der Angelegenheit befassten Zahnärztin S. hielt an ihrer Meinung fest, so dass die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2000 zurückwies.

Mit der dagegen zum Sozialgericht Nürnberg erhobenen Klage trug Dr.H. für die Klägerin u.a. erstmals im Mai 2001 vor, er habe mit Schreiben vom 04.05.1997 die Kostenübernahme bei der Beklagten beantragt. Es sei der Klägerin nicht zuzumuten gewesen, weiter zuzuwarten. Auch sei bei Behandlungsbeginn nicht abzusehen gewesen, dass der ganze Vorgang nicht innerhalb von zwei bis drei Monaten nach der damals gültigen Rechtslage positiv entschieden werde. Die Beklagte bestritt, einen solchen Antrag im Mai 1997 behalten zu haben. Auch könne sich kein Mitarbeiter in der örtlichen Geschäftsstelle an entsprechende mündliche Anträge der Klägerin bzw. ihrer Tochter erinnern. Erstmals im Januar 1999 sei die durchgeführte Implantatversorgung bekannt geworden. Nachdem das Sozialgericht vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkasse darüber unterrichtet war, dass unter einer dauerhaft bestehenden extremen Xerostomie

eine besonders schwere Form der Mundtrockenheit zu verstehen sei, wies das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom 12.09.2001 ab. Darin werden die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruches verneint. Es habe sich weder um eine Notfallsituation gehandelt, noch sei die Ablehnung der Leistung durch die Beklagte kausal für die Selbstbeschaffung gewesen. Unabhängig davon, ob der Antrag vom 04.05.1997 die Beklagte erreicht habe, sei die Behandlung bereits im Juni 1997 weit fortgeschritten gewesen. Es müsse von einem Behandlungsbeginn am 29.04.1997 ausgegangen werden, so dass erkennbar sei, dass die Klägerin ihre Entscheidung zu der durchgeführten Implantatbehandlung nicht vom Bescheid der Beklagten abhängig gemacht hätte. Im Übrigen sei ein Sachleistungsanspruch nicht entstanden, weil die vorhandenen Beeinträchtigungen nicht zu den Ausnahmeindikationen, wonach eine Implantatversorgung zu Lasten der Krankenkasse durchführbar sei, anzunehmen gewesen sei.

Gegen das am 11.10.2001 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 12.11.2001 (Montag) Berufung einlegen und vortragen lassen, dass ihre schwere Erkrankung im Mund- und Rachenraum wie auch der Speiseröhre eine andere Maßnahme nicht zugelassen hätte. Auch hätte die Klägerin das Ende des lang dauernden Schweigens der Beklagten nicht abwarten können, es habe Handlungsbedarf bestanden.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 12.09.2001 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 22.02.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 1.337,34 DM - entsprechend dem Euro - zu erstatten und sie von der Restforderung aus der Rechnung vom 22.12. 1998 des behandelnden Arztes Dr.Dr.H. freizustellen.

Dieser hat dazu erklärt, für diesen noch nicht bezahlten Teil der Rechnung Zivilklage erhoben zu haben.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen und beruft sich dazu auf das Urteil des Sozialgerichts.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, deren Wert des Beschwerdegegenstandes 1.000,- DM übertrifft ([§ 144 SGG](#) in der bis 31.12.2002 geltenden Fassung) ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt hat die Klägerin einen Anspruch darauf, die ihr von Dr.H. in Rechnung gestellten Behandlungskosten erstattet zu erhalten oder von diesen freigestellt zu werden. Wie das Sozialgericht umfassend und rechtlich einwandfrei ausgeführt hat, scheidet der einzig in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs.3 SGB V](#) daran, dass weder eine Notfallbehandlung vorgelegen hat, noch sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Ablehnung der Beklagten und Entstehung der Kosten herstellen lässt. Der Senat nimmt insofern ausdrücklich Bezug im Sinne des [§ 153 Abs.2 SGG](#) auf die Entscheidungsgründe des sozialgerichtlichen Urteils. Die dagegen mit der Berufung vorgebrachten Einwände greifen nicht durch. So überzeugend der Vertreter der Klägerin den desolaten Zustand der Klägerin im Mund- und Rachenbereich in der mündlichen Verhandlung geschildert hat, musste der Senat davon ausgehen, dass eine umgehende Einsetzung der Implantate zunächst nicht möglich war. Dies wird auch durch den Behandlungsablauf in der Rechnung vom 22.12.1998 bestätigt. Damit scheidet das Vorliegen eines Notfalles, der eine unverzügliche Implantatversorgung gefordert hätte, aus. Denn Unverzüglichkeit bedeutet hier die Notwendigkeit eines solch raschen Handelns, dass eine Behandlung auf dem vorgesehenen Versorgungsweg zeitlich nicht möglich ist. Die zunächst notwendigen diversen Behandlungsmaßnahmen bzgl. der Mund- und Rachenentzündung sind hier ohne Bedeutung.

So bleibt, dass sich die Klägerin eine privatärztliche Behandlung verschafft hat, ohne zuvor die Kostentragung sicherzustellen. Das Abwarten einer Entscheidung der Krankenkasse darüber ist stets notwendig, wenn kein Vertragsarzt aufgesucht wird bzw. mit einem solchen eine Privatbehandlung vereinbart wird. Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung sind dann nicht zu erstatten, wenn Versicherte sich die Leistung besorgen, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Eine 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. [§ 13 Abs.3 SGB V](#) schließt eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus (BSG vom 19.06.2001 - [SGB 2001, 549](#); BSG vom 24.09.1996 - [BSGE 79, 125](#) oder BSG vom 06.10.1999 - Breithaupt 2000 425 bzw. BayLSG vom 07.02.2002 - [L 4 KR 137/99](#)). Da es dem Sinn des [§ 13 Abs.3 2.](#) Alternative SGB V entspricht, eine Kostenerstattung nur dann zuzulassen, wenn eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlichen Versorgung nicht im Rahmen des Sachleistungssystems erbracht werden kann, müssen Versicherte, wenn sie eine Leistung außerhalb des Systems zu Lasten ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen wollen, dieser erst die Möglichkeit zur Prüfung geben, ob die Leistung nicht auf anderem Wege möglich oder völlig ausgeschlossen ist. Es kann daher offen bleiben, ob das angebliche Schreiben vom 04.05.1997 der Krankenkasse zugegangen ist, was schon deswegen unwahrscheinlich ist, weil seine Erledigung nicht abgewartet wurde. Auch ist dann der zitierte Zusatz in der Rechnung vom Dezember 1998 hinsichtlich der Verbindungsaufnahme mit der Krankenkasse unverständlich.

Abgesehen davon, und ohne dass es noch darauf ankommt, ist zu berücksichtigen, dass derartige implantologische Leistungen nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehören und grundsätzlich auch von Vertragsärzten nicht erbracht werden können.

Die diesbezügliche Bestimmung in [§ 28 SGB V](#) ist mehrfach geändert worden. Im Zeitraum 01.01. bis 30.06.1997 war jegliche implantologische Leistung vollkommen ausgeschlossen. Erst mit der Neufassung des [§ 28 SGB V](#) zum 01.07.1997 ist dieser strikte Ausschluss in engem Rahmen gelockert worden, wobei die vom behandelnden Arzt erst nachträglich diagnostizierte Xerostomie unter Umständen eine solche Ausnahmeindikation darstellt. Zu Zeitpunkt des Beginns der Implantatversorgung am 29.04.1997 war jedenfalls eine derartige Versorgung noch nicht möglich. Ob die Ausnahmeindikation, also die Xerostomie, wirklich in dem nachträglich behaupteten Umfange vorgelegen hat, lässt sich nachträglich nicht mehr klären, kann aber angesichts der obengenannten Gründe für den Leistungsausschluss offen bleiben.

Angesichts des Verfahrensausganges sind der Klägerin ihre außergerichtlichen Kosten gemäß [§ 193 SGG](#) nicht zu erstatten.

Gründe, die beantragte Revision zuzulassen, liegen nach [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login
FSB
Saved
2003-09-03