

L 5 KR 2576/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 3849/08
Datum
18.05.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 2576/09
Datum
26.01.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18.5.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung.

Die 1987 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert; von der Möglichkeit nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#), anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung zu wählen, hat sie keinen Gebrauch gemacht.

Am 12.07.2007 ließ sich die Klägerin in der Gemeinschaftspraxis der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie Dres. Ch. und B. H. untersuchen. Keiner der beiden Ärzte nimmt an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil.

Den Antrag der Klägerin, einen von den Dres. H. erstellten kieferorthopädischen Behandlungs- und Kostenplan (vom 31.07.2007) zu genehmigen, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 07.08.2007 (ohne Rechtsbehelfsbelehrung) ab. Zur Begründung gab sie an, die Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung gehöre nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Kostenbeteiligung sei daher ausgeschlossen.

Am 24.10.2007 wurde in der Gemeinschaftspraxis Dres. H. mit der kieferorthopädischen Behandlung der Klägerin begonnen. Seither haben ihr die Dres. H. für die Untersuchung am 12.7.2007, die Erstellung des Behandlungs- und Kostenplans vom 31.7.2007 sowie die Behandlungsmaßnahmen ab dem 24.10.2007 insgesamt 2.927,98 EUR in Rechnung gestellt.

Mit gleicher Begründung wie im Bescheid vom 07.08.2007 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 21.11.2007 (erneut ohne Rechtsbehelfsbelehrung) die Kostenbeteiligung ab. Nach weiterem Schriftwechsel lehnte die Beklagte nochmals mit Bescheid vom 03.04.2008 (diesmal mit Rechtsbehelfsbelehrung) die Übernahme der Kosten für die kieferorthopädische Behandlung ab. Zur Begründung gab sie an, die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die bei Beginn der Behandlung bereits das 18. Lebensjahr vollendet hätten, gehöre grundsätzlich nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Klägerin sei bei Beginn der Behandlung im "Juli 2007" bereits älter als 18 Jahre gewesen. Dies schließe eine Kostenbeteiligung aus.

Hiergegen legte die Klägerin am 02.05.2008 Widerspruch ein, der mit Widerspruchsbescheid vom 30.07.2008 zurückgewiesen wurde. Zur Begründung wurde ausgeführt, gemäß [§ 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) sei eine kieferorthopädische Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur für Versicherte mit schweren Kieferanomalien zulässig, die ein Ausmaß hätten, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordere. Ausweislich des Behandlungsplans vom 31.07.2007 seien bei der Klägerin indes keine kombinierten Maßnahmen vorgesehen. Im Übrigen seien die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) für einen Anspruch auf Kostenerstattung nicht erfüllt. Denn die Klägerin habe sich die Leistungen selbst beschafft, ohne ihre, der Beklagten, Entscheidung (in den Bescheiden vom 07.08.2007, 21.11.2007 und 03.04.2008) abzuwarten. Angesichts dessen fehle es an der erforderlichen Kausalität zwischen der Ablehnung und der Entstehung der Kosten. Ein Notfall i. S. des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V](#) habe hier nicht vorgelegen.

Die Klägerin hat ihr Begehren weiterverfolgt, am 30.08.2008 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben und vorgetragen, entgegen

der Darstellung der Beklagten habe sie noch vor Beginn der Behandlung die Frage der Kostenübernahme sowie die Problematik der fehlenden Zulassung der Dres. H. mit der Beklagten erörtert. Dabei habe es die Beklagte versäumt, darauf hinzuweisen, dass die "ehemalige H. Lehrlingsärztin" in H. die gleichen Leistungen als Vertragsärztin hätte erbringen können. Sie, die Klägerin, wolle nur diejenigen Kosten erstattet bekommen, die der Beklagten bei einer Behandlung durch einen zugelassenen Kieferorthopäden entstanden wären.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.05.2009 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, ein Anspruch auf Kostenerstattung setze stets voraus, dass der Versicherte einen Anspruch auf die selbstbeschaffte Leistung gehabt habe. Daran fehle es im vorliegenden Fall. Denn gemäß [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) könnten die Versicherten (nur) unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach [§ 116b SGB V](#) an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach [§ 140 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), den nach [§ 72a Abs. 3 SGB V](#) vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach [§ 75 Abs. 9 SGB V](#) frei wählen. Andere Ärzte dürften nur in Notfällen in Anspruch genommen werden ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Dres. H., bei denen die Klägerin die kieferorthopädische Behandlung habe durchführen lassen, seien nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Es habe auch kein Notfall i. S. des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vorgelegen. Angesichts dessen hätte die Klägerin keinen (primären) Anspruch auf Behandlung durch die Dres. H. gehabt. Dies schließe zugleich einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschaffte Leistung aus.

Gegen diesen ihr am 22.05.2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 05.06.2009 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt und geltend gemacht, sie habe sehr frühzeitig die Krankenkasse auf Kostenübernahme angesprochen. Die Begründung der Krankenkasse bezüglich der Ablehnung sei dann im Grunde auf dieselbe Argumentation hinaus gelaufen wie in der Begründung des Gerichtsbescheids. Es habe auf ihren Wunsch ein paar Wochen nach dem Ablehnungsbescheid mit dem Geschäftsführer der G. K. ein persönliches Gespräch stattgefunden, bei dem es zu der Aussage gekommen sei, dass eine Zahnärztin, die bei Dr. H. gelernt habe und die dieselbe und erfolgreiche Behandlungsmethodik anwende, in H. ansässig sei. Hätte sie von dieser Zahnärztin einen Kostenvoranschlag/Kostenübernahmeerklärung angefordert, wäre die Beklagte zur Kostenübernahme bereit gewesen. Hätte die Beklagte als Krankenversicherungsvertragspartner sie schon bei ihrer ersten Kostenübernahmeanfrage vor Behandlungsbeginn umfassend informiert, hätte sie dem Rechnung tragen können. Erst durch ihre Bitte um ein persönliches Gespräch sei dieser Umstand bekannt geworden. Die Beklagte sei damit ihrer Beratungspflicht nicht nachgekommen. Es ergebe sich sogar der Eindruck, dass man solche Informationen unterdrücke, um zunächst einmal "kostenmindernd" gegebenenfalls sinnvolle und notwendige Behandlungsdurchführungen aus rein betriebswirtschaftlichen Gründen zur Seite zu schieben. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine heute wesentlich günstigere Behandlung von Seiten der Beklagten nicht unterstützt werde, zumal auch nach ärztlichem Ermessen zukünftig zu erwartende Aufwendungen bei Nichtregulierung wesentlich höher sein würden. Von dem Angebot, bezüglich dieser Einschätzung ihren Zahnarzt zu kontaktieren, habe die Beklagte keinen Gebrauch gemacht. Im Verlauf des Gespräches mit der Beklagten seien einige patientenorientierte Ansätze von Seiten des Verantwortlichen der Beklagten zur Sprache gekommen, die eine beidseitige einvernehmliche Lösung sehr deutlich in den Raum gestellt hätten. Danach erbringe die ehemalige H. Lehrlingsärztin in H. dieselben Arbeiten und Leistungen zu kassenärztlichen zugelassenen Sätzen. Man sei sich einig gewesen, dass es keine Probleme gegeben hätte, wenn die Beklagte es nicht versäumt hätte, dies vor Monaten bei Kostenübernahmeanfrage mitzuteilen. Die Kostenübernahme nach [§ 13 Abs. 2 SGB](#) habe die Beklagte als Lösungsansatz in den Raum gestellt, wobei sie die aus der Behandlung resultierende weitere Zahnbehandlung habe außen vor lassen wollen, d.h. dass diese gesondert abzurechnen sei. Die H. Lehrlingsärztin von Dr. H. werde hier gegebenenfalls bezüglich der Rechnungslegung mit einbezogen werden. Sie habe nie verlangt, mehr als die sich aus der üblichen kassenärztlichen Abrechnung ergebenden Kosten zu erhalten.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18.05.2009 und die Bescheide der Beklagten vom 07.08.2007, 21.11.2007 und 03.04.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.07.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Kosten für die kieferorthopädische Behandlung bei Dr. H. in Höhe von 3.390 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und ihre Bescheide für rechtmäßig. Ergänzend führt sie aus, die Klägerin verkenne nach wie vor, dass auch bei Einhaltung des Beschaffungsweges eine Leistung der Beklagten ausgeschlossen gewesen wäre. Auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 30.07.2008 werde nochmals ausdrücklich hingewiesen.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Prozessakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Berufung der Klägerin ist statthaft, der Wert der Beschwerde gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) wird erreicht; die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angegriffene Bescheid ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der von Dr. H. durchgeführten Behandlung. Für den Kostenerstattungsanspruch kommt es grundsätzlich auf die Sach- und Rechtslage zur Zeit der Behandlung an (vgl. BSG, Urteile vom 13. Juli 2004 - [B 1 KR 37/02 R](#) - und vom 19. Juni 2001 - [B 1 KR 27/00 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Ein solcher Anspruch ergibt sich zunächst nicht aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#).

1. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sieht in seiner 1. Alternative eine Kostenerstattungspflicht der Krankenkasse vor, wenn sie eine unaufschiebbare

Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Eine nicht aufschiebbare Leistung ist dann anzunehmen, wenn sie so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Zeit mehr bleibt, die Krankenkasse vorher einzuschalten (BSG, Urteil vom 14.12.2006 - SozR 4-2500 Nr. 12 Rdnr. 23), um ihr Gelegenheit zu geben, ihre Leistungspflicht zu prüfen. Wenn eine Krankenkasse eine von ihr geschuldete unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann, dürfen Versicherte auch unabhängig vom Vorliegen einer Notfallsituation (vgl. hierzu unten) nicht zugelassene Ärzte in Anspruch nehmen (BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#) Rdnr. 12).

Eine unaufschiebbare Behandlung im Sinne dieser Vorschrift kann hier nicht festgestellt werden. Mit der Behandlung, für die am 31.07.2007 ein Kostenplan aufgestellt wurde, wurde erst am 24.10.2007 begonnen. Es handelte sich auch nicht um eine Akutbehandlung, sondern um eine kieferorthopädische Maßnahme.

2. a) Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 2. Alternative SGB V scheidet ebenfalls aus. Danach sind Kosten von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit eine Leistung notwendig war, wenn sie diese zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Diese Voraussetzungen liegen auch nicht vor. Denn die Beklagte hat die beanspruchte Leistung zu Recht abgelehnt. Eine Kostenerstattung hat nämlich nur dann zu erfolgen, wenn die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Die ärztliche Behandlung erbringt die Krankenkasse als Sachleistung durch Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind ([§§ 72, 95 SGB V](#)). Unter den zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten können die Versicherten frei wählen ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Ist in einem Notfall ein nicht zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassener Arzt in Anspruch genommen worden und sind dem Versicherten dadurch Kosten entstanden, so kann er damit von der Krankenkasse die Erstattung der Kosten beanspruchen. Hat andererseits ein Notfall nicht vorgelegen und deshalb dem in Anspruch genommenen Nichtkassenarzt die besondere gesetzliche Behandlungsermächtigung nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) gefehlt, kann weder er die erbrachten Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinbarung abrechnen noch der Versicherte eine Erstattung verauslagter Kosten von der Krankenkasse verlangen.

Ein Notfall in diesem Sinne liegt vor allem dann vor, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtkassenarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Ist die Behandlung auch durch einen Kassenarzt möglich gewesen und war der Versicherte nicht auf die Hilfe eines Nichtkassenarztes - als letztes und einziges Mittel - angewiesen, so kann von einem Notfall nicht gesprochen werden (BSG, Urteil vom 24.05.1972 a.a.O.). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Es lag weder eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben der Klägerin vor, die eine sofortige Behandlung erforderlich gemacht hätte, noch war die Behandlung auch unter Zugrundelegung der Angaben der Klägerin auf die Beseitigung akuter und heftiger Schmerzen gerichtet (vgl. unten). Selbst bei einem Notfall könnte hier nicht angenommen werden, dass ein Vertragsarzt bzw. der vertragsärztliche Notdienst nicht zumutbar erreichbar gewesen wäre.

Da Dr. H. nicht zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassen ist und ein Notfall nicht vorlag, hatte die Klägerin gegenüber der Beklagten keinen Sachleistungsanspruch auf ärztliche Behandlung durch diesen Arzt. Dementsprechend steht ihr auch ein Erstattungsanspruch nicht zu. Das gilt auch dann, wenn die Leistungen sich nach Art und Umfang im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung gehalten haben, entsprechende Leistungen von Kassenärzten also "erspart" worden sind. Ein Erstattungsanspruch unter dem Gesichtspunkt der Bereicherung oder der Geschäftsführung ohne Auftrag ist insoweit grundsätzlich nicht gegeben (BSG, Urteil vom 24.5.1972 - [3 RK 25/69](#) -, [NJW 1972, 2244](#) m.w.N.; Urteil vom 19.8.1992 - [6 RKA 6/91](#) -, veröffentlicht in Juris).

b) [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch allerdings auch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden konnte. Geschuldet wird die Behandlung, wenn die Voraussetzungen des [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) vorliegen. Danach haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um die Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Diese Voraussetzungen liegen hier jedoch ebenfalls nicht vor. Denn die Behandlung hätte, was auch die Klägerin nicht in Abrede stellt, auch von einem zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassenen Kieferorthopäden durchgeführt werden können. Sie selbst geht davon aus, dass sie jedenfalls bei einer Zahnärztin in H. eine der in Anspruch genommenen entsprechende Behandlung hätte erhalten können. Damit kommt es insoweit nicht mehr darauf an, ob diese im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) - insgesamt - notwendig war.

3. Die in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geregelten Ansprüche auf Kostenerstattung stellen sich als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar; für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist daneben kein Raum (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, m.w.N., veröffentlicht in Juris). Es kommt damit nicht darauf an, ob die Beklagte, wie die Klägerin vorträgt, ihre Beratungspflicht verletzt hat. Im Übrigen ist hierzu aber festzustellen, dass eine solche Verletzung für den Senat nicht ersichtlich ist. Die Klägerin war darauf hingewiesen worden, dass der Arzt, bei dem sie sich behandeln lassen wollte, nicht zur kassenärztlichen Behandlung zugelassen ist, so dass dessen Behandlung bzw. dessen Kostenrechnung nicht von ihr übernommen werden können. Die Klägerin hätte sich daraufhin nach einem zugelassenen Kieferorthopäden umsehen können und die Beklagte nach entsprechenden Angaben fragen können. Ein entsprechendes Bemühen auf der Klägerseite ist nicht ersichtlich. Die Annahme, dass es keinen zugelassenen Kieferorthopäden gebe, der eine kieferorthopädische Behandlung bei der Klägerin hätte durchführen können, ist abwegig, so dass die Beklagte nicht davon ausgehen musste, dass sich die Klägerin in einem entsprechenden Irrtum befand. Hinzukommt, dass ein Beratungsfehler, wie ihn die Klägerin vorträgt, auch nicht kausal für den fehlenden Erstattungsanspruch ist, weil, womit sich die Klägerin nicht auseinandersetzt, die Kostenübernahme auch aus anderen Gründen ausgeschlossen ist (vgl. unten 4.).

4. Im Übrigen hat die Beklagte ihre Entscheidung auch zu Recht darauf gestützt, dass [§ 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) dem Sachleistungs- und damit auch dem Kostenerstattungsanspruch entgegensteht. Diese Vorschrift legt fest, dass zur - beanspruchbaren - zahnärztlichen Behandlung nicht die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten gehört, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben. Dies ist eine generelle Ausschlussregelung für einen bestimmten Personenkreis. Nachdem die Klägerin bereits zum Zeitpunkt der Leistungsbeantragung und ebenso zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns offensichtlich das 18. Lebensjahr vollendet hatte,

ist sie von diesem generellen Leistungsausschluss betroffen.

Auch die Ausnahmeregelung des [§ 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#), wonach die Ausschlussregelung nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien gilt, wenn diese ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert, eröffnet im vorliegenden Fall keinen Leistungsanspruch für die Klägerin. Bei ihr ist nach dem Behandlungsplan keine derartig kombinierte Behandlung, sondern ausschließlich eine kieferorthopädische Maßnahme durchgeführt worden. Somit ist offensichtlich, dass die Behandlung der Klägerin nicht unter diese Ausnahmevorschrift fällt.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-03-04