

S 10 KR 304/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 10 KR 304/04
Datum
13.03.2009
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Gerichtsbescheid

I. Die Klage gegen den Bescheid vom 8. April 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Juli 2004 wird abgewiesen.

II. Die Beklagte trägt 40 % der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

III. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, in welcher Höhe Kosten für eine Zahnarztbehandlung im Jahr 2004 zu erstatten sind. Die Klägerin gab im Januar 2004 eine Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ab. Sie wählte ab dem 05.01.2004 die Kostenerstattung für den ambulanten Bereich.

Mit Schreiben vom 07.03. 2004 reichte die Klägerin eine Rechnung der Zahnarztpraxis A. zur Kostenerstattung ein. Die Rechnung vom 04.03.2004 enthält Leistungen für mehrere Tage, insbesondere auch die Versorgung mit Kronen beziehungsweise Teilkronen. Der Rechnungsbetrag beläuft sich auf 2.741,75 EUR. Darin enthalten sind Laborkosten in Höhe von 651,97 EUR sowie Laborkosten in Höhe von 166,00 EUR. Mit Fax vom 19.03.2004 hat die Klägerin die Kostenerstattung angemahnt und eine Frist bis 26.03.2004 gesetzt. Mit Schreiben vom 31.03.2004 wurde durch den damaligen Bevollmächtigten eine weitere Frist bis zum 05.04.2004 gesetzt.

Mit Bescheid vom 19.03.2004, der aber erst am 30.03.2004 versandt wurde, wurde die Kostenerstattung für Zahnersatz abgelehnt, weil eine vorherige Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes nicht erfolgt sei. Wegen der Höhe des Erstattungsbetrages für konservierende zahnärztliche Leistungen bedürfe es einer Prüfung, weshalb um etwas Geduld gebeten werde. Mit Schreiben vom 08.04.2004 wurde ein Betrag von 244,21 EUR erstattet.

Gegen die Höhe der Erstattung wurde Widerspruch erhoben. Die Ablehnung der Kostenerstattung wegen Fehlens einer vorangegangenen Genehmigung eines Heil- und Kostenplans widerspreche den Grundprinzipien einer Wahl der Kostenerstattung. In der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) seien Heil- und Kostenpläne nicht vorgesehen und deshalb gar nicht möglich.

Mit Bescheid vom 08.07.2004 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Nach [§ 30 SGB V](#) sei vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zu erstellen und die Krankenkasse müsse vor Beginn der Behandlung diesen prüfen und gegebenenfalls genehmigen. Auch sei in der Gebührennummer 003 der GOZ die Ausstellung eines Heil- und Kostenplanes möglich. Der Bescheid wurde erst am 22.07.2004 versandt.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid wurde Klage erhoben mit der Begründung, dass [§ 30 SGB V](#) bei der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) keine Anwendung finde. Auch sei in [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) jedes Genehmigungserfordernis explizit genannt, so dass auch aus diesem Grund ein Heil- und Kostenplan nicht genehmigt werden müsse.

Die Beklagte wendet dagegen ein, dass sich durch die Wahl der Kostenerstattung anstelle der Sachleistung nichts an den Grundlagen des Leistungsanspruchs ändere, sondern lediglich der Zahlungsweg. Die Kosten dürfen anstelle der Sach- oder Dienstleistungen nur erstattet werden, soweit es das SGB V vorsehe.

Der Klägerbevollmächtigte legte dann ein Schreiben der Patientenbeauftragten der Bundesregierung vom 24.03.2005 vor. Danach vertritt diese die Meinung, dass im Wege der Kostenerstattung eine vorherige Heil- und Kostenplangenehmigung nicht erforderlich sei. Nach einer erneuten Anfrage an die Patientenbeauftragte des Bundes bestätigte diese, dass die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes sich nur dann

ergeben würde, wenn in den Landesverträgen mit den Zahnärzten eine solche Pflicht aufgenommen worden sei, was nach [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) möglich sei.

Das Gericht hat dann beim behandelnden Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan angefordert und einen Gutachtensauftrag an Dr. D., Zahnarzt, vergeben. Dieser kommt in seinem Gutachten vom 29.04.2008 zu dem Ergebnis, dass für die Kronen 1/5, 2/6 und 3/6 eine medizinische Notwendigkeit gegeben war, nicht aber für den Zahn 1/6. Für die konservierenden Leistungen hält er einen Restbetrag von 403,88 EUR für angemessen und für die Kronenversorgung einen Anteil von 509,78 EUR.

Die Beklagte nimmt zum Gutachten des Zahnarztes dahingehend Stellung, dass sich aus der Rechnung hinsichtlich der konservierenden Leistungen ein Erstattungsbetrag von 663,48 EUR ergebe, von dem aber circa 100,00 EUR abzuziehen seien, so dass sich unter Berücksichtigung der bisherigen Erstattung ein Betrag von 246,51 EUR ergäbe. Hinsichtlich des Zahnersatzes belaufe sich der mögliche Erstattungsbetrag auf circa 430,00 EUR, wobei noch Verwaltungskosten in Höhe von 7,5%, höchstens 40,00 EUR zu berücksichtigen seien. Da allerdings immer noch nicht geklärt sei, ob eine Erstattung wegen Fehlens eines Heil- und Kostenplans überhaupt möglich sei, werde im Wege eines Vergleiches ein Betrag in Höhe von 450,00 EUR angeboten. In der mündlichen Verhandlung am 09.12.2008 wurde folgender für die Klägerin widerruflicher Vergleich protokolliert:

1. Die Beklagte ist bereit, bezüglich der in der Zeit vom 02.02.2004 bis 25.02.2004 erfolgten zahnärztlichen Leistungen und Versorgung mit Zahnersatz weitere 650 EUR an die Klägerin zu erstatten. Die Beklagte erklärt sich auch bereit, den Anspruch auf Verzinsung nach Wirksamwerden dieses Vergleiches unverzüglich zu überprüfen und zu verbescheiden.
2. Der Bevollmächtigte der Klägerin nimmt das Angebot der Beklagten an und erklärt den Rechtsstreit im Übrigen für erledigt.
3. Die Beklagte trägt 6/10 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.
4. Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass der Rechtsstreit mit Abschluss dieses Vergleichs in vollem Umfang erledigt ist. 5. Die Beteiligten haben Gelegenheit bis zum 18.12.2008 (Eingang bei Gericht) diesen Vergleich zu widerrufen.

Für den Fall des Widerrufs waren die Beteiligten mit einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid einverstanden.

Der Vergleich wurde von der Klägerseite widerrufen.

Die Beklagte hat dann mit Schreiben vom 09.02.2009 ein Teilanerkennnis in Höhe von 403,88 Euro abgegeben. Damit hat sie die Kosten für die konservierend-chirurgische Behandlung der Klägerin übernommen. Der Klägerbevollmächtigte hat das Angebot der Beklagten mit Schriftsatz vom 06.03.2009 angenommen und die Klage im Übrigen aufrecht erhalten. Er meint, dass durch dieses Teilanerkennnis auch die Kosten für den Zahnersatz zu übernehmen seien.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt nun noch sinngemäß, 1. den Bescheid der Beklagten vom 19.03.2004 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 08.04.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.07.2004 zum Az. der Beklagten RSt.-Nr. 237/04 to/vu wegen Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) aufzuheben; 2. die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin anstelle von Sach- und Dienstleistungen die mit deren Antrag vom 07.03.2004 beantragte Erstattung der Kosten aus der Zahnarztrechnung Nr. 55 der Zahnarzt-Praxis A. vom 04.03.2004 über den bereits erstatteten bzw. anerkannten Betrag hinaus zu gewähren sowie vom 09.09.2004 an aus diesem weiteren Erstattungsbetrag Zinsen in Höhe von 4 % zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage im Übrigen abzuweisen.

Sie ist der Meinung, dass eine Beteiligung an den Kosten des Zahnersatzes nicht möglich sei. Die Klägerin habe keinen Heil- und Kostenplan vorgelegt. Dies sei aber zwingend notwendig.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten und den Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingereichte Klage ist zulässig, aber über das Teilanerkennnis hinaus nicht begründet. Die Bescheide der Beklagten verletzen die Klägerin nach dem Teilanerkennnis bezüglich der konservierenden zahnärztlichen Leistungen nicht mehr in ihren Rechten.

Gemäß [§ 105 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten sind zu dieser Entscheidungsform angehört worden und haben sich im Übrigen auch ausdrücklich damit einverstanden erklärt.

Das Gericht ist davon überzeugt, dass nach der Wahl der Kostenerstattung, welche die Klägerin ab 05.01.2004 getroffen hat, trotzdem ein Heil- und Kostenplan für die Versorgung mit Zahnersatz vorgelegt werden musste.

[§ 13 Abs. 2 SGB V](#) in der im Jahr 2004 geltenden Fassung lautete:

Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach [§ 95b Abs. 3 Satz 1](#) im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene

Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

Die Klägerin hat am 05.01.2004 die Kostenerstattung anstelle der Sachleistung gewählt. Sei erhielt ein Merkblatt zur Kostenerstattung ausgehändigt, dessen Erhalt sie durch ihre Unterschrift bestätigte. In diesem Merkblatt wird eindeutig darauf hingewiesen, dass sich der Erstattungsbetrag nicht nach der GOÄ sondern nach der EBM richtet. Ebenso eindeutig ist auch der Hinweis, dass trotz der Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bestimmte Leistungen von einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse abhängen. Hier wird ausdrücklich der Zahnersatz angesprochen. Die Klägerin war daher ausreichend über die Notwendigkeit einer vorherigen Genehmigung der Kosten für einen Zahnersatz trotz der Wahl der Kostenerstattung informiert. Trotzdem hat sie ohne vorherige Genehmigung am 02.02.2004 eine Behandlung bei dem Zahnarzt Dr. A., dem jetzigen Ehemann der Klägerin, begonnen. Am 10.02.2004 wurden bereits provisorische Kronen eingegliedert. Die Rechnung vom 04.03.2004 ging dann erst am 09.04.2004 bei der Beklagten ein.

Das Gericht geht hier entgegen der Meinung des Klägerbevollmächtigten davon aus, dass [§ 13 Abs. 2 SGB V](#), der sich im Abschnitt über die Gemeinsamen Vorschriften über die Leistungen der Krankenversicherung befindet, nur die Erstattung der Kosten regelt. Dabei beschränkt er die Erstattung auf die Kosten der Sachleistung. Die Frage, welche Leistungen bei Krankheit von der Kasse zu erstatten sind, wird aber nicht im zweiten Abschnitt des dritten Kapitels des SGB V sondern erst im ersten Teil des fünften Abschnitts "Leistungen bei Krankheit" geregelt. Hier findet sich auch der § 30 "Zahnersatz".

Dieser hatte im Jahr 2004 folgende Fassung:

(1) Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfasst auch Zahnkronen. Bei großen Brücken ist die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Versorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen.

(2) Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz nach Abs. 1 einen Anteil von 50 vom Hundert der Kosten auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplans nach Absatz 4 Satz 3 an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit Zahnersatz erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne mindert sich der Anteil um 10 Prozentpunkte. Die Minderung entfällt, wenn der Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung 1. die Untersuchung nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen haben und 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Anteil mindert sich um weitere fünf Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(3) Wählen Versicherte einen über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie die Leistungen nach Absatz 1 im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Mehrkosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen.

(4) Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 und 3 umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen. Aufwendige Versorgungen sollen vor der Genehmigung begutachtet werden. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten nach Absatz 1 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Im Fall einer Abrechnungsberichtigung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterrichtet die Krankenkasse die Versicherten. Die Versicherten können die Gesamtrechnung von der Krankenkasse prüfen lassen. Die Versicherten zahlen ihren Anteil für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 3 an den Vertragszahnarzt. Dieser hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen beizufügen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans und zum Verfahren der Abrechnung ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.

Aus der Stellung des § 13 Abs. 2 im Gesamtzusammenhang des SGB V und dem eindeutigen Wortlaut des [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) ergibt sich für das Gericht ein klares Bild. Nur durch die Vorlage eines Heil- und Kostenplans war es der Beklagten möglich, die Notwendigkeit des Zahnersatzes vor der Behandlung zu prüfen. Dieses Recht der Beklagten wird nicht durch die Wahl der Kostenerstattung eingeschränkt. Allein dadurch haben die Versicherten keinen Freibrief für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen ohne die für einzelne Leistungen ansonsten nötige Vorprüfung durch die Kasse erhalten. Mit der Kostenerstattung sollte laut der Gesetzesbegründung der Leistungsanspruch im Übrigen unverändert bleiben. Ein Anspruch besteht somit nur auf Leistungen des gesetzlichen Leistungskatalogs (vgl. [BundestagsDrs. 15/1525 S. 80](#)).

Daran ändern auch die Schreiben der Patientenbeauftragten nichts. Diese sind eindeutig erst im Jahr 2005 erstellt worden. Der [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) in der o.g. Fassung war aber nur bis zum 31.12.2004 gültig. Aus den Schreiben ergibt sich, dass eindeutig auf die neue Rechtslage ab 01.01.2005 abgestellt worden ist. Dies zeigt sich daran, dass auf § 87 Abs. 1a Bezug genommen wurde und dieser erst seit 2005 gilt. Er kann daher nicht für einen Anspruch im Jahr 2004 herangezogen werden. Damit war für die Kostenerstattung im Jahr 2004 die Vorlage eines Heil- und Kostenplans unabdingbar, weil [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) zu diesem Zeitpunkt noch galt und [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) noch nicht im Gesetz stand.

Da die Klägerin vor Beginn der Behandlung keinen Heil- und Kostenplan vorgelegt hat, bestand bereits dem Grunde nach kein Anspruch auf

die Kostenerstattung des Zahnersatzes. Deshalb ist die Frage, ob sich hier eine Kostenerstattung über 50 % hinaus ergeben kann, nicht mehr entscheidungsrelevant. Allerdings ist aus Sicht des Gerichts aufgrund der vorgelegten Unterlagen auch nicht von einem über 50 % hinausgehenden Anteil auszugehen. Die Regelung des [§ 30 Abs. 2 SGB V](#) ist eindeutig. Es ist auch bemerkenswert, dass sich der Klägerbevollmächtigte für die Frage der Erstattungshöhe auf [§ 30 Abs. 2 SGB V](#) beruft, den [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) aber für nicht einschlägig hält.

Auch aus der Übernahme der Kosten für die konservierend-chirurgischen Leistungen ergibt sich kein Automatismus hinsichtlich der Kostenerstattung für den Zahnersatz. Die konservierend-chirurgischen Leistungen konnte und durfte die Klägerin ohne vorherige Einschaltung der Beklagten durchführen lassen und es entstand ein Anspruch auf Erstattung der Kosten in Höhe der Sachleistungskosten. Ein darüber hinausgehender Anspruch ist mit der Erstattung dieser Kosten aber nicht verbunden.

Einen Beratungsfehler der Beklagten vermag das Gericht nicht zu erkennen. Die Klägerin hat bei der Abgabe der Erklärung zur Kostenerstattung ein Merkblatt erhalten, in dem eindeutig darauf hingewiesen wurde, dass bei Zahnersatzleistung eine vorherige Genehmigung durch die Beklagte weiterhin notwendig ist. Die Klägerin hat mit ihrer Unterschrift den Erhalt des Merkblatts bestätigt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz und orientiert sich am Teilanerkennnis und dem bisherigen Streitverhältnis. Das Gericht hat das späte Teilanerkennnis daher in der Kostengrundentscheidung zu Gunsten der Klägerin gewertet.

Das Gericht hat die Berufung nicht zugelassen, weil es eine Rechtssache von grundsätzlicher Bedeutung nicht annimmt. Grundsätzliche Bedeutung im Sinne des [§ 144 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) hat eine Rechtssache dann, wenn sie eine Rechtsfrage aufwirft, die über den Einzelfall hinaus allgemeine Bedeutung hat, höchstgerichtlich noch nicht geklärt ist und ihre Beantwortung sich nicht unmittelbar und ohne Weiteres aus dem Gesetz ergibt. Da es sich hier um eine Rechtslage handelt, die nur für ein Jahr gültig war und bereits seit Januar 2005 nicht mehr dem geltenden Recht entspricht, ist eine Klärung dieser Rechtsfrage nur für den hier zu entscheidenden Einzelfall bedeutsam. Eine allgemeine Bedeutung der Rechtsfrage, die in der Vergangenheit lag und heute nicht mehr entstehen kann, ist nicht anzunehmen. Außerdem ergibt sich die Antwort für das Gericht hier direkt aus dem Gesetzeswortlaut und dem Gesetzeszusammenhang.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2011-05-12