

L 1 KR 398/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 73 KR 2725/07

Datum

22.08.2008

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 398/08

Datum

26.02.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Aufwendungen, wie sie für den Austausch amalgamhaltiger Zahnfüllungen und für hierbei vorgenommene heilpraktische Untersuchungen bzw. Behandlungen in Höhe von insgesamt 1.053,78 EUR entstanden sind.

Die Klägerin litt seit 1998 an einem chronisch entzündlichen Ekzem der Kopfhaut sowie an unerklärlichen Herzrhythmusstörungen. Ihre behandelnde Hausärztin S riet ihr zur Entfernung ihrer sieben Amalgamfüllungen. Im Jahr 2005 sprach sie -nach ihrer Behauptung- bei der AOK-Geschäftsstelle in B vor und trug am Auskunftstresen ihr Anliegen vor, sich die Amalgamfüllungen entfernen lassen zu wollen. Sie erhielt -nach ihren Angaben- die Auskunft, dass Amalgamentfernungen generell vom Versicherten selbst zu zahlen wären. Im Sommer 2006 (ausweislich der eingereichten Rechnungen vom 24. Mai 2006 bis 2. August 2006) ließ sie sich die Amalgamfüllungen vom Zahnarzt und Heilpraktiker Dr. F entfernen. Danach hatte sie -auch ausweislich eines Attestes ihrer Hausärztin- keine Herzrhythmusstörungen mehr. Sie wurde leistungsfähiger. Ihre depressive Stimmung verbesserte sich.

Am 14. August 2006 stellte die Zahnärztin F einen Heil- und Kostenplan für Überkronungen aus. Im Oktober 2006 reichte die Klägerin diesen sowie Rechnungen des Dr. F bei der Beklagten ein. Der von dieser eingeschaltete Gutachter, Dr. G, untersuchte die Klägerin am 20. Dezember 2006 und verneinte eine Befürwortung des Heil- und Kostenplanes. Nach Ansicht des Gutachters seien jedoch vier Zähne zu überkronen.

Mit Schreiben vom 21. Mai 2007 beantragte die Klägerin schriftlich die Kostenübernahme für die Amalgamentfernung.

Diese lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 5. Juli 2007 ab. Die Austauschfüllungen stellten keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen dar. Die von der Klägerin aufgezählten Krankheitsbilder gäben keinen Beweis für eine Amalgamunverträglichkeit. Ein Amalgamaustausch sei nur bei klinischen Erscheinungsbildern im Mund, z.B. Entzündungen der Mundschleimhaut mit Geschwürbildung, medizinisch notwendig und dann von den gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen.

Die Klägerin erhob Widerspruch.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25.09.2007 zurück. Der Inhalt des Leistungsanspruchs der Versicherten und der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung ergäbe sich auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches 5. Buch (SGB V) aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen i. V. m. dem BEMA (Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen). Gemäß BEMA Nr. 13 gehöre der Austausch einer intakten plastischen Füllung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Füllungen seien in diesen Fällen als außervertragliche private Leistungen abzurechnen. Hier habe die Klägerin einer Privatbehandlung zugestimmt. Ihre diesbezügliche Erklärung mit ihrer Unterschrift liege vor. Aus der durchgeführten Begutachtung folge, dass das Setzen von Austauschfüllungen bei überkronungsbedürftigen Zähnen nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot konform gehe. Amalgamfüllungen seien ferner dann kontraindiziert, wenn der Nachweis einer Allergie gegenüber Amalgam bzw. dessen Bestandteilen erbracht sei. Diese Kontraindikationen gälten aber nicht für Austauschfüllungen sondern nur für künftige Füllungsversorgungen. Hier habe die Klägerin zwar ein Attest eingereicht, eine auf bloße allgemeine Erwägungen gestützte hypothetische Möglichkeit eines Heilerfolges könne jedoch nach der Rechtssprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) grundsätzlich keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung begründen.

Die Klägerin hat am 22. Oktober 2007 Klage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben. Der Austausch der Amalgam-Zahnfüllungen sei notwendig und zweckmäßig gewesen. Sie leide an einer Amalgamunverträglichkeit. Sie habe den Austausch nicht im Sommer 2006 nochmals beantragt, weil sie bereits zuvor die Auskunft erhalten habe, dass die Kosten generell nicht getragen würden. Der Anspruch auf Kostenerstattung folge aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#).

Mit Gerichtsbescheid vom 22.08.2008 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Klägerin stehe kein Erstattungsanspruch aus der einzig in Betracht zu ziehenden Anspruchsgrundlage des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) zu. Die Voraussetzung dessen erster Fallalternative (unaufschiebbare Leistung) läge nicht vor. Eine Unaufschiebbarkeit setze eine dringende Bedarfslage voraus, die es ausschließe, vor Inanspruchnahme der Leistung einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Ein derartiger Notfall habe augenscheinlich nicht vorgelegen. Auch die Voraussetzungen der zweiten Alternative (Ablehnung zu Unrecht) lägen nicht vor. Dies setze zunächst einen Antrag voraus. Ausgehend vom Ausnahmecharakter der Kostenerstattung müsse der Krankenkasse zur Vermeidung von Missbräuchen vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden könne und, falls dies nicht möglich sei, ob sie zum Leistungsumfang gehöre (Bezugnahme auf BSG, Beschluss vom 15.04.1997 - [1 BK 31/96](#)-). Hier fehle es jedoch an einer Ablehnung in diesem Sinne. Es lägen lediglich Anhaltspunkte für eine abschlägige, generelle und gerade nicht auf die konkreten Befindlichkeiten der Klägerin bezogene Auskunft vor, nicht aber für eine einer Leistungsverweigerung gleich kommende Auskunft. Eine hierfür zu fordernde zumindest faktische Leistungsverweigerung sei nur denkbar, wenn die Klägerin die Beklagte zuvor in die Lage versetzt hätte, den von ihr behaupteten Leistungsanspruch zu prüfen. Demgegenüber spreche die Klägerin selbst nur davon, lediglich eine Auskunft erhalten zu haben.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin. Zur Begründung hat sie ihr Vorbringen wiederholt. Zu Unrecht habe das SG die Anfrage der Klägerin, ob denn die Beklagte die Kosten für die beabsichtigte Amalgamentfernung trage, nicht als Antrag ausgelegt. Ein schriftlicher Antrag sei nicht erforderlich gewesen. Die Beklagte als Leistungsträger hätte angesichts des offen zu Tage liegenden Begehrens jedenfalls einen Antrag anregen müssen. Deshalb könne ein Antrag jedenfalls im Rahmen eines Herstellungsanspruches fingiert werden. Angesichts der Auskunft, es gar nicht erst versuchen zu brauchen, wäre es eine bloße Förmerei, die Klägerin darauf zu verweisen, einen förmlichen Antrag stellen zu müssen. Dass ihr eine entsprechende Auskunft erteilt worden sei, habe die Klägerin ihrer Tochter, ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter mitgeteilt. Weiter sei die Auskunft der Beklagten als Ablehnung zu werten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 22. August 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 5.07.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 1.053,78 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für rechtmäßig. Die Klägerin versuche einen Sachverhalt zu konstruieren, um über das Rechtsinstitut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches doch noch zum Erfolg zu kommen. Allerdings trage sie die Beweislast. Die Beklagte habe das angeblich im Jahr 2005 stattgefundene Gespräch ohne Nennung eines konkreten Datums oder Ansprechpartners nicht rekonstruieren und verifizieren können. Selbst wenn das Gespräch stattgefunden habe, könne nicht ausgeschlossen werden, dass die Klägerin selbst durch ihr Verhalten -etwa durch unrichtige oder nicht vollständige Tatsachenangaben- die Beklagte zu der angeblich falschen Beratung veranlasst habe. Damit fehle es schon an der Kausalität im Sinne des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches. Voraussetzung sei nämlich unter anderem, dass der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden könne und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und dem Nachteil des Betroffenen bestehe (Bezugnahme auf [BSGE 41, 126](#), 128; 53, 154 und [59, 60](#), 67).

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Senat verweist auf die zutreffenden Ausführungen im angegriffenen Gerichtsbescheid, [§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Ein Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) scheitert daran, dass die Klägerin nicht im zeitlichen Zusammenhang vor der Behandlung im Jahr 2006 einen (nochmaligen) Antrag bei der Beklagten gestellt hat und es deshalb bereits an einer Ablehnung fehlt.

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. zum Beispiel Urteil vom 2. November 2007, [B 1 KR 14/07 R](#), zitiert nach juris) scheidet der Erstattungsanspruch aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne zuvor den Leistungsträger einzuschalten und seine Entscheidung abzuwarten. Der Erstattungsanspruch besteht nämlich für den Ausnahmefall, dass eine vom Leistungsträger geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Erstattungsvorschriften muss zwischen dem die Haftung des Leistungsträgers begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Die Erstattungsvorschriften wollen dem Versicherten nämlich einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine vom Leistungsträger geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern des Leistungsträgers. Nur er hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den zu beanspruchenden Leistungen gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht. Sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Beschaffungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Es ist deshalb weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass der Leistungsträger zuvor Gelegenheit hatte, über seine Leistungspflicht zu

entscheiden (so bereits -weitgehend wörtlich- LSG Berlin-Brandenburg, U. v. 16.04.2008 -[L 9 KR 1021/05](#)).

Hier fehlt es an einer ablehnenden Entscheidung der Beklagten. Selbst wenn nämlich diese der Klägerin im Jahr 2005 die Auskunft erteilt hat, dass Anträge auf den Austausch von Amalgamfüllungen immer abgelehnt würden, hat es sich dabei nur um eine Auskunft und nicht um eine Antragsablehnung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) gehandelt. Im Gegensatz zur Rechtsprechung des BSG zum früheren Recht der Reichsversicherungsordnung (vgl. SozR 2200 § 182 Nr. 86), nach der einer Leistungsablehnung Fälle gleichgestellt waren, in denen der Versicherte zwar nicht versucht hatte, eine Sachleistung zu erlangen, aber die Leistungsverweigerung von vornherein feststand, z. B. aufgrund einer vorangegangenen allgemeinen Meinungsäußerung der Krankenkasse, reicht angesichts des eindeutigen Gesetzeswortlautes die Aussichtslosigkeit eines Antrages nicht aus (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#) Seite 75, Kassler Kommentar [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 37).

Wie sich gezeigt hat, hätte die Klägerin das Ziel, alte Amalgamfüllungen entfernt zu erhalten, als Teil einer Behandlung durch Überkronen sanierungsbedürftiger Zähne mit Amalgamfüllungen zumindest teilweise erhalten können. Dies hätte aber eine frühere Einreichung eines entsprechenden Heil- und Kostenplanes als erst im August 2008 nach Durchführung der Amalgamentfernung vorausgesetzt. An diesem Umstand zeigt sich so auch der Unterschied zwischen einer abstrakten Auskunft ("generell kein Amalgamfüllungsaustausch") gegenüber einer konkreten, auf den Einzelfall bezogenen Verwaltungsentscheidung, hier also der Bewilligung eines Heil- und Kostenplanes, mit dem im Ergebnis doch für vier Zähne die alten Füllungen entfernt worden wären, ohne dass es dabei überhaupt auf die Quecksilberhaltigkeit der alten Füllungen angekommen wäre.

Dass die Verwaltungskraft am Tresen der Geschäftsstelle in Steglitz bei der Vorsprache der Klägerin diese hätte drängen müssen, einen förmlichen Antrag zu stellen, ergibt sich abschließend nicht einmal aus dem Vortrag der Klägerin selbst. Auch danach hat sie nämlich nur nachgefragt, ob der Austausch von Amalgamfüllungen gegen andere übernommen werde.

Im Übrigen greift ein sogenannter sozialrechtlicher Herstellungsanspruch als Folge einer Falschberatung bei einer Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) generell nicht ein (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. U. v. 04.04.2006. -B 1 KR 5/05R- [BSGE 96, 161ff](#) mit weiteren Nachweisen). Denn sie stellt sich im Anschluss an die Rechtsprechung aus der Zeit vor dem SGB V als abschließende Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar. Durch [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) lediglich in Fällen eines Systemversagens eine Lücke in dem durch das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung garantierten Versicherungsschutz geschlossen werden. Bei Anwendung der allgemeinen richterrechtlichen Grundsätze über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch zur Begründung eines Kostenerstattungsanspruches in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht demgegenüber die Gefahr, die aufgezeigten spezifischen systembedingten Eingrenzungen des Kostenerstattungsanspruchs mit der Folge zu unterlaufen, dass die Kostenerstattung für systemfremde Leistungen ermöglicht würde. Die gleichen Gründe, die es ausschließen, im Rahmen von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) fiktive Kosten oder die Ersparnis der Krankenkasse geltend zu machen, drohen bei Anwendung dieses weniger scharf konturierten Rechtsinstituts außer Betracht zu bleiben. Bei Beschränkung des Herstellungsanspruchs auf einen streng zweckorientierten, systemkonformen Anwendungsbereich im Recht der GKV wären dagegen keine weiter reichenden Folgen möglich, als die [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorsieht: Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch greift nach den allgemeinen richterrechtlichen Grundsätzen bei einer den zuständigen Sozialleistungsträger zuzurechnenden Pflichtverletzung ein, durch welche dem Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil oder Schaden entstanden ist. Auf der Rechtsfolgenseite muss durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers ein Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre. Als rechtmäßige Amtshandlung käme aber jeweils allenfalls die Erfüllung des Kostenerstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht (vgl. BSG a. a. O.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-03-31