

L 9 KR 44/12

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 84 KR 1774/07

Datum

14.12.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 44/12

Datum

12.11.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Krankenkasse muss einen bereits bewilligten Festzuschuss für eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung nicht an den Versicherten auszahlen, wenn dieser die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Behandlung nicht abschließt.

2. Statthafte Klageart für die Auszahlung eines Festzuschusses nach [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) ist die allgemeine Leistungsklage.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Dezember 2011 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Auszahlung von Festzuschüssen.

Der 1954 geborene Kläger beantragte im Mai 2007 bei der Beklagten eine zahnprothetische Versorgung. Nach dem implantologischen Behandlungsplan der Privatpraxis Dr. S vom 22. Februar 2007 waren Implantate im Bereich der fehlenden Zähne 15, 16, 25, 26, 35, 36, 44 und 46 vorgesehen. Für diese Zähne sah die Therapieplanung des Heil- und Kostenplans des Vertragszahnarztes D vom 16. Mai 2007 u.a. implantatgetragene Suprakonstruktionen bei den o.g. Zähnen anstelle der Regelversorgung (gegossene Halte- und Stützvorrichtung bei den Zähnen 13, 15, 16, 26, 35, 36, 44 und 46) vor. Ferner war der Befund 3.1 der Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses - FZ-RL - ("alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1. bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freundsituationen (Lückensituation II), je Kiefer") als festzuschussrelevant angegeben. Diesem Antrag beigelegt hatte der Kläger ein Attest des Arztes für Nervenheilkunde Dr. G, wonach bei ihm infolge eines schweren 1971 erlittenen Verbrennungstraumas, das zu einer massiven Behinderung geführt habe, eine posttraumatische Persönlichkeitsstörung bestehe. Der Kläger habe glaubhaft und nachvollziehbar eine phobische Ablehnung von Fremdkörpern im Mundbereich geschildert, welche er auf die frühere Intubation zurückführe. Obwohl der Kläger seit über zehn Jahren mit einem prothetischen Zahnersatz versorgt sei, habe er keine Toleranz zum Fremdkörper entwickelt und empfinde die Belastung durch diesen im Mund unerträglich. Aufgrund dessen sei es in den vergangenen vier Jahren zu schweren depressiven Reaktionen und gegenwärtig zu Störungen der Nahrungsaufnahme, aber auch sehr belastenden kosmetischen Problemen aufgrund des fehlenden Zahnersatzes gekommen.

Unter dem 29. Mai 2007 bewilligte die Beklagte aufgrund des o.g. Heil- und Kostenplanes dem Kläger Festzuschüsse i.H.v. 558,82 Euro, lehnte jedoch mit einem weiteren Schreiben vom selben Tag eine Kostenbeteiligung an der geplanten Implantatbehandlung ab, weil keine Ausnahmeindikation vorliege. Den hiergegen gerichteten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 20. Juli 2007 zurück.

Mit seiner bereits am 5. Juni 2007 erhobenen Klage machte der Kläger geltend, dass er seit seiner frühesten Jugend an erheblichen Atemwegserkrankungen leide und anlässlich einer deshalb erforderlichen Operation während seiner Aufwachphase, in der er noch festgeschnallt gewesen sei, über einen längeren Zeitraum der Tubus in seinem Hals belassen worden sei, so dass er Erstickenanfalle bekommen habe, aus denen er sich nicht habe befreien können. Seither sei er wie traumatisiert, wenn er irgendwelche Fremdkörper in seinem Mundraum für einen längeren Zeitraum ertragen müsse. Bereits vor zehn Jahren habe er sich diverse Zähne überkronen lassen müssen. Damals habe er aus Kostengründen einen teilweisen Zahnersatz für Ober- und Unterkiefer erhalten, den er aber nie getragen bzw. das Tragen nach einigen Versuchen aufgegeben habe. Beim Tragen des Zahnersatzes bekomme er nicht nur Brechreiz, sondern auch Beklemmungen, Atemnot und Panikattacken. Während des Klageverfahrens erhöhte die Beklagte auf der Grundlage des vom Kläger nunmehr übersandten Bonusheftes den Festzuschuss auf 726,46 Euro.

Ferner bewilligte die Beklagte dem Kläger aufgrund eines neuen Heil- und Kostenplans des Vertragszahnarztes D vom 14./21. Januar 2008 einen Festzuschuss in Höhe von 2.705,90 Euro (Bescheid vom 6. Februar 2008). Dieser sah u.a. neben den o.g. auch noch bei den Zähnen 14 und 45 implantatgetragene Suprakonstruktionen anstelle der Regelversorgung vor.

Nach der auf diesen Heil- und Kostenplan bezogenen Abrechnung des Vertragszahnarztes D vom 30. Juli 2008 wurden an den für eine Suprakonstruktion vorgesehenen (Backen-)Zähnen – mit Ausnahme von Zahn 35 – keine Maßnahmen durchgeführt.

In der Folgezeit nahm der Kläger die auf Bewilligung einer Implantatbehandlung gerichtete Klage zurück und begehrte stattdessen die Auszahlung des Festzuschusses durch die Beklagte. Er habe seinen Zahnarzt gebeten, die Behandlung zu beenden, weil er herausnehmbaren Zahnersatz nicht tragen könne. Er sei auch bereit, einen verminderten, ins Ermessen des Gerichts gestellten Festzuschuss zu akzeptieren. Es mache keinen Sinn, einen von der Beklagten geforderten Zahnersatz anfertigen zu lassen, den er dann nicht trage. Mit der jetzigen Versorgung komme er jedenfalls klar.

Das Sozialgericht hat diesem Vorbringen des Klägers den Antrag auf Auszahlung eines Festzuschusses i.H.v. 2.705,90 EUR entnommen und die so geänderte Klage mit Urteil vom 14. Dezember 2011 abgewiesen, weil ein Anspruch auf Auszahlung des Festzuschusses nur nach Abschluss der Behandlung bestehe, welche unstreitig nicht vorliege.

Gegen dieses ihm am 19. Januar 2012 zustellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 14. Februar 2012, zu deren Begründung er vorträgt: Die Kosten für die bereits eingesetzten Kronen hätte die Krankenkasse auch dann übernehmen müssen, wenn kein weiterer Zahnersatz notwendig wäre, also alle anderen Zähne noch vorhanden wären. Ihm werde zum Vorwurf gemacht, dass er der Krankenkasse Geld erspare, indem er auf die sogenannten Brücken als Zahnersatz verzichte. Er verstehe nicht, warum er genötigt werde, zu Lasten seiner Gesundheit etwas anfertigen zu lassen, das er sowieso nicht tragen könne. Aufgrund eines Motorradunfalls im Sommer 2013 seien vier verkronte Zähne im Frontbereich abgebrochen und hätten daraufhin gezogen werden müssen. Er sei derzeit im gesamten Oberkiefer zahnlos. Aufgrund dessen sei aber auch die ursprünglich, d.h. im Heil- und Kostenplan von Januar 2008 vorgesehene Versorgung im Seitenzahnbereich des Oberkiefers nicht mehr möglich. Stattdessen sei für den Oberkiefer eine andere Versorgung geplant.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Dezember 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 2.705,90 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Eine Auszahlung des bewilligten Festzuschusses komme nach wie vor nicht in Betracht, weil der im Heil- und Kostenplan vom 14. Januar 2008 vorgesehene implantatgetragene Zahnersatz im Seitenzahnbereich in Form von Suprakonstruktionen bislang nicht eingegliedert worden sei.

Während des Berufungsverfahrens bewilligte die Beklagte auf den Heil- und Kostenplan vom 29. Juli 2013 – Befund 5.4 ("zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer") im Oberkiefer – einen Festzuschuss von 318,86 Euro und auf den Heil- und Kostenplan vom 29./30. Juli 2013 – Befund 3.1 im Unterkiefer – einen Festzuschuss von 394,02 Euro. Diese Heil- und Kostenpläne sahen keine über die Regelversorgung hinausgehende Therapieplanung vor.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der Senatsberatung waren, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Ein Anspruch des Klägers auf Auszahlung des Festzuschusses i.H.v. 2.705,90 EUR besteht nicht.

I. Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)) zulässig.

Über die Zulässigkeit der erstinstanzlich vorgenommenen Klageänderung hat der Senat nicht mehr zu befinden, nachdem sich die Beklagte u.a. durch ihren Klagabweisungsantrag hierauf eingelassen und damit in die Klageänderung eingewilligt hat ([§ 99 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGG](#)).

Der Klage steht – entgegen des richterlichen Hinweises im Erörterungstermin vom 10. Juli 2014 – nicht entgegen, dass bezüglich der nur noch geltend gemachten Auszahlung kein Verwaltungs- und Vorverfahren durchgeführt wurde. Gemäß [§ 55 Abs. 5 Sozialgesetzbuch / Fünftes Buch \(SGB V\)](#) haben die Krankenkassen die bewilligten Festzuschüsse in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird. Nach Wortlaut und Systematik der Regelung setzt die hier vorgesehene Erstattung der Festzuschüsse kein gesondertes, mit Erlass eines Verwaltungsaktes abzuschließendes Verwaltungsverfahren voraus. Denn über den Anspruch auf einen Festzuschuss hat die Krankenkasse dem Grunde und der Höhe nach bereits im Zusammenhang mit der Vorlage des Heil- und Kostenplans entschieden ([§ 87 Abs. 1a Sätze 4 und 6 SGB V](#)). Einer gesonderten Anspruchsprüfung im Zusammenhang mit der Erstattung der Festzuschüsse bedarf es daher nicht mehr. Festzustellen ist seitens der Krankenkasse lediglich der Abschluss der geplanten Versorgung, weil der Anspruch des Vertragszahnarztes auf Vergütung im Fall der Regelversorgung erst nach der Behandlung entsteht ([§ 87 Abs. 1a Satz 7 SGB V](#)) und bei von der Regelversorgung abweichender, andersartiger Versorgung für den an die Stelle des Vergütungsanspruches des Vertragszahnarztes tretenden Erstattungsanspruch des Versicherten gemäß [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) nichts anderes gelten kann. Ein Erfordernis, dass die Krankenkasse über die Erstattung durch Verwaltungsakt entscheidet, ist dem Regelungsgefüge nicht zu entnehmen. Statthafte Klageart ist somit nicht die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)), sondern die kein Verwaltungsverfahren erfordernde allgemeine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)).

II. Die Klage ist aber unbegründet. Zutreffend hat das Sozialgericht entschieden, dass der Anspruch auf Erstattung der Festzuschüsse nach [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) erst nach Abschluss der im Heil- und Kostenplan vorgesehenen Behandlung entsteht.

1. Nach [§ 87 Abs. 1a Satz 2](#), 2. Halbsatz SGB V hat der Vertragszahnarzt 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 SGB V – d.h. bei gleich- und andersartiger Versorgung – nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen ([§ 87 Abs. 1a Satz 4 SGB V](#)). Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß [§ 55 Abs. 1 oder 2 SGB V](#) 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 SGB V](#) mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) ab ([§ 87 Abs. 1a](#) Sätze 6 und [7 SGB V](#)). Im Unterschied hierzu rechnet der Vertragszahnarzt im Falle einer von der Regelversorgung abweichenden, andersartigen Versorgung ([§ 55 Abs. 5 SGB V](#)) die gesamten Leistungen ausschließlich gegenüber dem Versicherten und ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung ab ([BT-Drs. 15/1525, S. 92](#)). Weil der Versicherte in diesem Fall vorläufig die gesamte Kostenlast trägt, muss ihm der Kassenanteil in Form des bewilligten Festzuschusses im Wege der Erstattung ([§ 55 Abs. 5 SGB V](#)) zufließen. Der gegen die Krankenkasse gerichtete Anspruch auf Erstattung der Festzuschüsse tritt somit an die Stelle des Vergütungsanspruchs, der dem Vertragszahnarzt gegenüber der KZV zusteht, und unterliegt grundsätzlich denselben Einschränkungen, d.h. auch der Erstattungsanspruch entsteht erst mit dem Abschluss der nach dem Heil- und Kostenplan vorgesehenen und genehmigten (BSG, Urteil vom 07. Mai 2013 – [B 1 KR 5/12 R](#) –, juris) Versorgung (Blöcher, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand 7/12, § 55 Rd. 185; Heilkötter, in: Hänlein/Kruse/Schuler Lehr- und Praxiskommentar Sozialgesetzbuch V, 4.A., § 55 Rd. 59).

2. Die im Heil- und Kostenplan vom Januar 2008 vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz ist nach Auffassung beider Beteiligten nicht zu Ende geführt worden. Insbesondere erfolgte nach den dem Senat vorgelegten Rechnungen des Zahnarztes bislang keinerlei Versorgung im Seitenzahnbereich (Zähne 15, 16, 25, 26, 36, 44 und 46), sodass das Ziel der dort vorgesehenen Behandlung, die Kaufähigkeit des Klägers wiederherzustellen, nicht erreicht wurde. Damit ist die Behandlung nicht abgeschlossen.

3. Allerdings wird teilweise auch die Abrechenbarkeit von Teilleistungen für zulässig erachtet (Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 13. Dezember 2004, in: Die Leistungen 2005, S. 91 (98)). Dies soll zwar bei mangelhaftem Zahnersatz bis zum Abschluss der Nachbesserung ausgeschlossen sein, nicht aber bei einem Therapieabbruch, der nicht dem Zahnarzt zuzurechnen ist (Blöcher, a.a.O., Rd. 186f; Nolte, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand Oktober 2014, [§ 55 SGB V](#), Rd. 26ff; weitergehend [§ 16 Abs. 2 Satz 3 Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte](#)). Aus der rechtlichen Möglichkeit des Vertragszahnarztes, innerhalb des GKV-Systems gegenüber der KZV Teilleistungen abzurechnen, folgt indes nicht zwangsläufig auch ein Anspruch des Versicherten, bei andersartiger Versorgung nach [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) auch die Teilerstattung von Festzuschüssen verlangen zu können. Gerade im Fall eines nur vom Versicherten zu verantwortenden, ggf. mutwilligen Behandlungsabbruchs wäre bei andersartiger Versorgung nach [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) nicht einzusehen, warum ihm gleichwohl ein solcher Teilerstattungsanspruch zustehen sollte. Dementsprechend hat das BSG (Urteil vom 21. Oktober 1981 – [6 RKa 8/81](#) –, [SozR 2200 § 182c Nr. 5](#)) auch die Pflicht einer Krankenkasse, von Vertragszahnärzten erbrachte Teilleistungen zu vergüten, im wesentlichen damit begründet, dass sich die von Versicherten zu verantwortenden Behandlungsabbrüche nicht zu Lasten der Leistungserbringer auswirken dürften.

Es ist auch sachgerecht, dass nur teilweise durchgeführte Heil- und Kostenpläne wegen der Gefahr unwirtschaftlicher Behandlung (BSG, Urteil vom 07. Mai 2013 – [B 1 KR 5/12 R](#) –, juris) in der Regel keinen Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes, aber auch keinen – auch nicht einen anteiligen – Erstattungsanspruch des Versicherten nach [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) auslösen. Dementsprechend sind Änderungen der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen (jeweils Anlage 3, Ziffer 5 Satz 2 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte bzw. zum Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte). Im vorliegenden Fall ist eine Mitteilung des Klägers oder seines Vertragszahnarztes, dass auf eine Zahnersatzversorgung im Seitenzahnbereich verzichtet werden soll, gegenüber der Beklagten nicht ersichtlich.

4. Ohne Bedeutung ist, dass aufgrund des Unfalls des Klägers während des Berufungsverfahrens eine weitere Versorgung mit Zahnersatz erforderlich wurde. Der Senat kann offen lassen, ob wegen der durch die in den Heil- und Kostenplänen von Juli 2013 vorgesehene zusätzliche Versorgung die nach dem Heil- und Kostenplan von Januar 2008 beabsichtigte Versorgung möglicherweise objektiv nicht mehr durchführbar ist. Denn zum einen hätte die zuletzt genannte Versorgung nach dem Bundesmantelvertrag-Zahnärzte bzw. Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (jeweils Anlage 3, Ziffer 5 Satz 3) innerhalb von sechs Monaten erfolgen müssen (vgl. hierzu BSG a.a.O., m.w.N.). Zum anderen hatte sich der Kläger schon vor seinem Unfall endgültig entschlossen, den Heil- und Kostenplan vom Januar 2008 nicht vollständig ausführen zu lassen.

III. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da Zulassungsgründe im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-01-09