

L 5 KR 803/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 12 KR 3805/03

Datum

20.12.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 803/07

Datum

31.10.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. Dezember 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine kieferorthopädische (KFO) Behandlung.

Der 1971 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 13. März 2003 beantragte er unter Vorlage eines KFO-Behandlungsplans des Zahnarztes für Kieferorthopädie Dr. Ch. vom 10. März 2003 die Übernahme der Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung. Dr. Ch. benennt dort als Diagnose eine Kieferkompression mit protrudiert stehender Oberkiefer-(OK)-Front, eine OK-SZG-Mesialmigration, multiple Kippungen und Rotationen. Ferner bestehe ein lückig protrudiert stehende Unterkiefer-(UK)-Front mit multiplen Rotationen und Kippungen. Für den Oberkieferbereich sieht der KFO-Behandlungsplan eine kombinierte kieferorthopädische-kieferchirurgische Therapie und eine orthodontische OK-Zahnbogenharmonisierung vor. Im Bereich des Unterkiefers war eine orthodontische UK-Zahnbogenharmonisierung sowie nach Basiskorrektur eine Feineinstellung der okklusalen Verhältnisse vorgesehen. Dr. Ch. sah den Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe A5 für gegeben und bezifferte die voraussichtlichen Gesamtkosten auf 3.705,34 EUR. Dem KFO-Behandlungsplan legte der Kläger einen Arztbrief von Prof. Dr. Dr. W., dem Ärztlichen Direktor des Zentrums für Plastische Chirurgie, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operation, am M.hospital S., bei, in welchem dieser dem behandelnden Arzt Dr. Ch. mitteilte, dass dort die Diagnose einer Bissanomalie der Angle Klasse II diagnostiziert worden sei und dort als Behandlung vorgesehen sei, die Zahnbögen von Ober- und Unterkiefer durch Protrusion der Oberkieferfrontzähne nach Trennung der Frontzahnbrücke kieferorthopädisch zu harmonisieren. Ferner sei eine bilaterale sagittale Spaltung des Unterkiefers und dessen Vorverlagerung, eine Le Fort-I-Osteotomie des Oberkiefers und Cranialverlagerung sowie eine leichte Ventralverlagerung vorgesehen, sodass sodann die kieferorthopädische Feinkorrektur und Retention durchgeführt werden könne.

In dem daraufhin von der Beklagten eingeholten Gutachten des Zahnarztes für Kieferorthopädie Dr. H. vom 26. März 2003 gelangte dieser zu der Einschätzung, dass ein kieferchirurgischer Eingriff nicht notwendig sei. Eine KFO-Behandlung sei ohne kieferchirurgischen Eingriff möglich. Der KFO-Behandlungsplan könne daher nicht befürwortet werden.

Mit Bescheid vom 9. April 2003 lehnte die Beklagte daraufhin die Kostenübernahme für die begehrte kieferorthopädische Behandlung ab. Zur Begründung führte sie aus, dass aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen für Versicherte, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet hätten, kein Anspruch auf Kostenübernahme auf eine kieferorthopädische Behandlung bestehe. Eine Ausnahme bestehe nur bei schweren Kieferfehlstellungen, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erforderten. Nach dem eingeholten Gutachten sei dies beim Kläger jedoch nicht der Fall.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, bei ihm liege eine schwere Kieferanomalie vor. Der behandelnde Arzt Dr. Ch. erachtete eine kieferchirurgische Operation für dringend erforderlich. Mit Widerspruchsbescheid vom 8. Juli 2003 wies die Beklagte den Widerspruch aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 18. Juli 2003 Klage vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung hat die damalige Bevollmächtigte des Klägers angeführt, dass der Kläger nicht nur beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich behindert sei, sondern er bereits an schweren psychischen Befindlichkeitsstörungen mit erheblicher Selbstwertstörung leide. Hierzu hat der Kläger ein

Schreiben des behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Sch. vom 23. Oktober 2003 vorgelegt sowie des Weiteren Rechnungen über kieferorthopädische/kieferchirurgische Behandlungen, nach denen für diese Behandlungen insgesamt 20.253,76 EUR angefallen seien, die vom Kläger entrichtet worden wären (siehe Anlagen in der SG-Akte).

Die Beklagte ist dem entgegen getreten und hat in Ergänzung zu ihren Ausführungen im Verwaltungsverfahren darauf verwiesen, dass beim Kläger eine Ausnahmeindikation für die Übernahme der kombinierten kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Behandlungen nicht vorliege. Die Verbesserung des Zustandes sei allein durch kieferorthopädische Behandlungen möglich gewesen. Die Beklagte hat ferner darauf verwiesen, dass der Kläger zwischenzeitlich vom 27. Juni bis 6. Juli 2004 stationär im M.hospital S. wegen einer Anomalie des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses behandelt worden sei. Dort sei eine Osteotomie zur Verlagerung des Unter- und Mittelgesichtes sowie eine Osteosynthese von Knochen durchgeführt worden. Die Beklagte habe für diese kieferchirurgische Behandlung Leistungen in Höhe von 3.648,03 EUR an das M.hospital erbracht. Ein Rechtsanspruch auf die Genehmigung kieferorthopädischer Behandlung sei hierdurch indes nicht bedingt (Blatt 71/72 SG-Akte).

Das SG hat im Verfahren des Weiteren den behandelnden Zahnarzt für Kieferorthopädie Dr. Ch. als sachverständigen Zeugen vernommen (schriftliche Auskünfte vom 8. März 2005 und 24. März 2005, Bl. 35/39 und 41 der SG-Akte). Das SG hat ferner beim Oberarzt der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie am K.hospital S., Dr. D., das Gutachten vom 4. Juli 2006 eingeholt (Bl. 56/67 SG-Akte). Dr. D. ist darin einerseits zu der Einschätzung gelangt, dass die Voraussetzungen für die Einordnung in die Indikationsgruppe A nicht erfüllt sind, hat allerdings andererseits im Hinblick auf die zwischenzeitlich beim Kläger aufgetretene chronische traumatische Neurose mit erheblicher phobischer Problematik die Empfehlung ausgesprochen, die Kosten sollten von der Krankenkasse übernommen werden.

Mit Urteil vom 20. Dezember 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die Voraussetzungen für einen Kostenersatzanspruch hinsichtlich der zwischenzeitlich beim Kläger entstandenen Kosten nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - \(SGB V\)](#) nicht bestehe. Voraussetzung sei u. a. dass dem Kläger die Leistung zu Unrecht versagt worden sei. Dies sei hier jedoch nicht der Fall. Gemäß den [§§ 27 Abs. 1 Satz 2, 28 Abs. 2](#) und 29 Abs. 1 SGB V bestehe zwar grundsätzlich auch ein Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen. Gemäß [§ 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) gehöre jedoch die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet hätten, nicht zur zahnärztlichen Behandlung, es sei denn, es bestehe nach [§ 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) eine schwere Kieferanomalie, die das Ausmaß habe, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordere. Gemäß [§ 29 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bestimme der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) objektiv überprüfbare Indikationsgruppen. Nach Abschnitt B Nr. 4 Satz 2 der Richtlinien über die kieferorthopädische Behandlung (KFO-Richtlinien) vom 4. Juni/24. September 2003 gelte der Ausschluss für die vertragszahnärztliche Versorgung bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet hätten, nicht bei schweren Kieferanomalien. In Abschnitt B Nr. 4 Satz 3 i.V.m. der Anlage 3 zu den Richtlinien seien hierzu bestimmte Indikationsgruppen festgestellt worden. Auf der Grundlage dessen ist das SG auch unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. D. zu der Einschätzung gelangt, dass die hier vorliegende Kieferanomalie des Klägers nicht unter die Indikationsgruppe A5 eingestuft werden könne. Auch eine Einstufung innerhalb der Indikationsgruppe D scheide auf der Grundlage der Feststellungen des Gutachters Dr. D. aus. Das SG ist auf der Grundlage der Feststellungen des Gutachters Dr. D. davon ausgegangen, dass hier eine mandibuläre Retrognathie beim Kläger vorliegt und diese dem Grunde nach als skelettale Dysgnathie die Voraussetzungen einer schweren Kieferanomalie erfülle. Auch zur Überzeugung des SG sei ausweislich des Gutachtens von Dr. D. hier eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahme erforderlich gewesen. So habe Dr. D. dies damit begründet, dass eine rein kieferorthopädische Behandlung lediglich eine Zahnfehlstellung verbessern könne. Die Besserung einer Kieferfehlstellung sei indes durch rein kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen nicht möglich, hierfür bedürfe es einer kieferchirurgischen Intervention. Das SG hat des Weiteren darauf verwiesen, dass die Einordnung der hier vorliegenden mandibulären Retrognathie als schwere Kieferanomalie nach Abschnitt D Nr. 4 Satz 3 der KFO-Richtlinie unter dem Vorbehalt stehe, dass eine Einstufung mindestens in den Behandlungsbedarfsgrad D4 der Indikationsgruppen festgestellt sei. Diese seien als Anlage 1 zu Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinie dahingehend konkretisiert, dass die sagitale Frontzahnstufe - distal - in der Indikationsgruppe 4 über 6 mm bis zu 9 mm betragen müsse. Dr. D. habe in seinem Gutachten konkret innerhalb der Indikationsgruppe D angegeben, dass der Grad II erreicht sei. Dies habe er mit der an Modellen gemessenen sagitalen Frontzahnstufe begründet, die 6 mm betrage. Mit diesem Abstand sei aber nach Ausführungen des SG die Indikationsgruppe 4 nicht erreicht, da eben kein Zustand von "über 6 mm", sondern genau 6 mm erreicht sei. Das SG hat weiter ausgeführt, dass es hierbei nicht verkenne, dass die Bewertung des Gutachters nicht anhand einer persönlichen Untersuchung des Klägers erfolgt sei, vielmehr dem Gutachter lediglich Resultate von bildgebenden Untersuchungen zur Verfügung gestanden hätten. Dies vermöge allerdings eine gegenteilige Überzeugung des SG davon, dass die Indikationsgruppe 4 erreicht sei, nicht zu begründen. Eine weitergehende Untersuchung des Klägers im Rahmen einer (weiteren) Begutachtung sei schlechterdings nicht Erfolg versprechend, da der Kläger die kieferorthopädische Behandlung zwischenzeitlich durchgeführt habe und hiernach bereits ein korrigierter Zustand bei ihm bestehe. Auch sei entgegen dem Vortrag des Klägers, es sei der Zustand zu berücksichtigen, wie er sich im Jahr 1996 zur Zeit des Behandlungsbeginns bei der Zahnärztin F. dargestellt habe, einzig die Situation maßgebend, die zum Beginn des Behandlungsbeginns bei Dr. Ch. bestanden habe. Damit seien letztlich die Voraussetzungen nach Abschnitt B Nr. 4 Satz 2 KFO-Richtlinien beim Kläger nicht erfüllt und damit die Voraussetzungen für die Ausnahmeregelung des [§ 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) nicht zugunsten des Klägers erfüllt. Da er folglich keinen (Sachleistungs-)Anspruch auf kieferorthopädisch/kieferchirurgische Behandlung habe, stehe ihm auch kein Erstattungsanspruch bezüglich der von ihm zwischenzeitlich verauslagten Kosten zu.

Der Kläger hat gegen das seiner Bevollmächtigten am 17. Januar 2007 mit Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil am 15. Februar 2007 durch seinen jetzigen Bevollmächtigten Berufung eingelegt. Zur Begründung macht der Bevollmächtigte geltend, das SG habe es versäumt, den Sachverhalt weiter aufzuklären, obwohl der Kläger sowohl einen Behandlungsplan der Diplommedizinerin F. aus dem Jahre 1996 vorgelegt habe, als auch in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen habe, dass zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns bei der Diplommedizinerin F. eine sagitale Frontzahnstufe von 13 mm vorgelegen habe. Auch habe der Zeuge Dr. Ch. in seiner Auskunft vom 24. März 2005 bereits darauf hingewiesen, dass "schon ein Rezidiv einer kieferorthopädischen Therapie vorliegt, ...". Danach hätten die Voraussetzungen für die Genehmigung der kieferorthopädischen Behandlung also vorgelegen. Denn es sei nicht vom Befund im Jahre 2003, sondern vom Befund im Jahre 1996 auszugehen. Seinerzeit habe eine sagitale Stufe von 13 mm vorgelegen, sodass eine Eingruppierung in die Indikationsgruppe D5 vorzunehmen gewesen sei. Hierzu führt der Kläger noch aus, ob die Beklagte von der Behandlung im Jahre 1996 gewusst habe oder nicht spiele hier im übrigen keine Rolle. Zuständig sei zum damaligen Zeitpunkt die Bahn-BKK, Regionalgeschäftsstelle Ost in C. gewesen. Hier habe der Kläger auch wegen einer Kostenübernahme der kieferorthopädischen Behandlung angefragt, jedoch nur die Antwort erhalten, dass Kosten nur übernommen würden, wenn auch operiert würde. Der Kläger sei daher davon ausgegangen, dass er

die Kosten auf jeden Fall selbst bezahlen müsse, nachdem die Zahnärztin F. gemeint habe, sie wolle es erst mal ohne Operation versuchen. Eine eingehende oder auch nur oberflächliche Aufklärung des Klägers durch die Beklagte über die Richtlinien des Bundesausschusses und die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme einer kieferorthopädischen Behandlung sei nicht erfolgt. Der Kläger hätte durch die behandelnden Zahnärztinnen K. und F. ohne Weiteres nachweisen können, dass eine sagitale Stufe von weit mehr als 6 mm vorliege. In dem Zusammenhang werde nochmals angeregt, die behandelnden Zahnärztinnen K. und F. als Zeuginnen zu vernehmen.

Im Übrigen ergebe sich aus den vom Kläger vorgelegten bezahlten Rechnungen, dass ein Betrag von 11.029,04 EUR keine kieferorthopädischen, sondern die vorgenommenen kieferchirurgischen Leistungen betroffen habe, die von der Beklagten nicht erstatten worden seien. Die laut dem Gutachten von Dr. D. notwendigen kieferchirurgischen Maßnahmen gehörten nicht zu den zahnärztlichen kieferorthopädischen Leistungen im Sinne der [§§ 28 Abs. 2](#) und 29 SGB V, sondern zu den medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen nach [§ 28 Abs. 1 SGB V](#) und hätten daher von der Beklagten ohne Weiteres genehmigt und bezahlt werden müssen. Insoweit komme es auf die Eingruppierung in die Indikationsklassen D2, D4 oder D5 nicht an. Diese würden ausschließlich für die kieferorthopädischen Behandlungen gelten.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. Dezember 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 9. April 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die von ihm verauslagten Kosten der kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Behandlung in Höhe von 20.253,76 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Ergänzend weist die Beklagte darauf hin, dass die nach Angaben des Klägers bereits 1996 erfolgte kieferorthopädische Behandlung der Beklagten weder bekannt sei noch ein Antrag auf kieferchirurgische Behandlung gestellt worden sei. Offensichtlich sei sich die damalige Kieferorthopädin darüber bewusst gewesen, dass die Voraussetzungen für eine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgelegen hätten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten. Im Streit steht die Erstattung von Behandlungskosten in einer Größenordnung von mehr als 20.000 EUR.

II.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der hier streitigen Behandlungskosten nicht besteht.

Gegenstand des Rechtsstreits war vor dem SG zunächst lediglich der Bescheid vom 9. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juli 2003, mit dem der Beklagte über den Antrag des Klägers vom 10. März 2003 auf Übernahme der beantragten Kosten in Höhe von 3.705,34 EUR für eine danach stattfindende, im Heil- und Kostenplan von Dr. Ch. näher beschriebene kieferorthopädische Behandlung entschieden hat.

Allerdings beschränkte sich der Rechtsstreit vor dem SG zuletzt nicht allein auf diesen Betrag. Der Kläger hat noch die Erstattung weiterer Behandlungskosten aus der Zeit nach dem 13. März 2003, dem Eingang des Heil- und Kostenplans von Dr. Ch. bei der Beklagten, geltend gemacht, insbesondere für die 2004 und 2005 durchgeführte kieferchirurgische Behandlung im M.hospital S ... Weil weder das Gericht noch der Beklagte der Einbeziehung dieser Behandlungskosten in das sozialgerichtliche Verfahren widersprochen und der Beklagte sich zudem auf den erweiterten Antrag eingelassen hat, ist die Klage gem. [§ 99 Abs. 1 und 2 SGG](#) um diesen Beträge in zulässiger Weise erweitert worden.

Indes kann bezüglich all dieser Beträge eine Kostenerstattung nicht stattfinden. Hinsichtlich dieser Behandlungskosten über insgesamt 20.253,76 EUR hat das SG die maßgeblichen Rechtsgrundlagen ([§§ 13, 27, 28](#) und [29 SGB V](#) sowie die KFO-Richtlinie) bereits vollständig dargestellt und zu Recht einen Anspruch des Klägers auf Übernahme dieser Kosten verneint. Es hat dabei das Gutachten von Dr. D. gewürdigt, die hier maßgeblich zu beachtenden Voraussetzungen nach der KFO-Richtlinie rechtsfehlerfrei geprüft und ist widerspruchsfrei zu dem Ergebnis gekommen, dass zu Behandlungsbeginn im Jahre 2003 die entsprechenden Voraussetzungen der KFO-Richtlinie für eine Kostenübernahme nicht vorlagen. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird deshalb auf die zutreffenden Ausführungen des SG Bezug genommen und von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist zu dem insbesondere hier im Berufungsverfahren nochmals wiederholten Vortrag des Klägerbevollmächtigten, hier sei auf den Zustand abzustellen, der beim Kläger 1996 beim Beginn der Behandlung bei den Zahnärztinnen K. und F. bestanden habe, auf Folgendes hinzuweisen:

Entgegen der Auffassung des Klägers ist für die Beurteilung der Verhältnisse im Zahn-/Kieferbereich der Zustand maßgebend, der bei Behandlungsbeginn im Jahre 2003 vorgefunden wurde. Dies folgt aus Abschnitt B Nr. 2 der KFO-Richtlinie, wo auf den Behandlungsbedarf

bei Beginn der kieferorthopädischen Behandlung abgestellt wird. Nur über die Behandlungsbedürftigkeit dieses Zustands konnte die Beklagte auch entscheiden. Als Beginn der Behandlung kann hingegen nicht der Februar 1996 angesehen werden, auch wenn sich die Fachzahnärztin für Kieferorthopädie F. damals um eine Korrektur im Zahnbereich bemühte und entsprechende Behandlungen, wie in dem kieferorthopädischen Heil- und Kostenplan vom 27. Februar 1996 beschrieben, vornahm. Ob damals die Voraussetzungen der KFO-Richtlinien für die 2003 und 2004 durchgeführte kieferchirurgisch/kieferorthopädische Behandlung erfüllt gewesen wären, braucht der Senat nicht zu prüfen. Denn damals wurde nach den übereinstimmenden Angaben sowohl der Beklagten (ein Antrag ist bei unserer Zweigstelle C. nicht auffindbar) als auch des Klägers (von einer Antragstellung wurde uns mangels Vorliegens der Voraussetzungen abgeraten) ein schriftlicher Antrag bei der Krankenkasse nicht gestellt. Die damals rein kieferorthopädisch erfolgte Behandlung bei Dipl.-med F. ist zudem seit langem abgeschlossen (vgl. dazu auch Abschnitt B Nr. 12 KFO-Richtlinie). Die von Dr. Ch. beantragte Behandlung und die danach im M.hospital S. durchgeführte kieferchirurgische Behandlung können nicht als die Fortsetzung der von Dipl.-med F. begonnenen, aber noch nicht abgeschlossenen Behandlung angesehen werden. Die Auffassung, hier liege eine einheitliche, 1996 begonnene und durch Retentionsphasen unterbrochene Behandlung vor, klingt auch nicht andeutungsweise in den zahlreichen zahnärztlichen Stellungnahmen durch. Vielmehr wurde, nachdem sich die Behandlung durch Dipl.-med F. nach den Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung des Senats als völlig unzureichend erwiesen hat, insbesondere die von ihr veranlasste Änderung der Zahnstellung zu schwersten Problemen mit der Zunge geführt hat, ein völlig neues kombiniertes Behandlungskonzept entwickelt und sodann auch umgesetzt.

Soweit der Klägerbevollmächtigte mit seinem Hinweis, der Kläger habe seinerzeit 1996 auf die Frage hinsichtlich der Kostenübernahme der kieferorthopädischen Behandlung nur die Antwort erhalten, dass die Kosten nur übernommen würden, wenn auch operiert werde, letztlich einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch geltend machen wollte, greift dieser nicht durch.

Der Herstellungsanspruch hat zur Voraussetzung, dass der Sozialleistungsträger eine ihm auf Grund Gesetzes oder eines Sozialrechtsverhältnisses obliegende Pflicht (a), insbesondere zur Auskunft und Beratung ([§§ 15, 14](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)), verletzt hat (b); ferner muss zwischen der Pflichtverletzung des Sozialleistungsträgers und dem Nachteil des Betroffenen ein ursächlicher Zusammenhang (c) bestehen. Schließlich muss der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden können (d); die Korrektur muss mit dem jeweiligen Gesetzeszweck in Einklang (e) stehen (vgl. BSG Urteil vom 1. April 2004 - [B 7 AL 36/03 R](#) - und - [B 7 AL 52/03 R](#) - in [SozR 4-4300 § 137 Nr.1](#) mit Hinweis auf Urteil vom 25. Januar 1994, BSG [SozR 3-4100 § 249e Nr.4](#) S 37 mit umfassenden Nachweisen).

Es fehlt hier aber bereits an einer erkennbaren Falschberatung durch die Beklagte. Denn auch zum damaligen Zeitpunkt 1996 war der Kläger bereits über 18 Jahre alt (25 Jahre), sodass auch zum damaligen Zeitpunkt schon die vom SG dargestellte Rechtslage galt und damit auch schon 1996 Voraussetzung für eine Übernahme der Kosten war, dass schwere Kieferanomalien vorliegen, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erforderte. Damit aber war die (hier behauptete) Antwort der Krankenkasse, dass Kosten nur übernommen würden, wenn auch operiert werde, zutreffend. Nur wenn operiert worden wäre, also kieferchirurgische Maßnahmen in Kombination mit kieferorthopädischen Maßnahmen durchgeführt worden wären, wären die Voraussetzungen danach erfüllt gewesen.

Selbst wenn man also auch zugunsten des Klägers davon ausgeht, dass seinerzeit 1996 eine sagittale Stufe von weit mehr als 6 mm, nämlich 13 mm, vorgelegen habe und damit die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme wohl erfüllt gewesen wären, führt dies zu keinem für den Kläger günstigeren Ergebnis. Denn der Kläger hat seinerzeit letztlich in Absprache mit der damals behandelnde Zahnärztin auf kieferchirurgische Maßnahmen verzichtet und lediglich kieferorthopädische Maßnahmen durchführen lassen, was sich allerdings im Nachhinein offensichtlich als "unzureichend" erwiesen hat.

Zum Zeitpunkt des hier erfolgten und streitigen (erstmaligen) Antrages im Jahre 2003 jedoch bestand zwar ein nach wie vor vom Kläger als unbefriedigend angesehener Zustand, der allerdings im Hinblick auf die 1996 eingeleiteten kieferorthopädischen Maßnahmen insoweit zu einer Verbesserung geführt hat, dass die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für die kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Maßnahmen, wie sie in der Zwischenzeit vom Kläger noch vorgenommen wurden, aus den oben vom SG bereits genannten Gründen nicht (mehr) erfüllt waren. Aus diesen Gründen musste hier der "Beweisanregung" des Klägerbevollmächtigten nicht nachgegangen und mussten die Zahnärztinnen K. und F. zu dem 1996 bestehenden Zustand auch nicht befragt werden.

Aus diesen Gründen ist daher die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-11-21