

L 8 U 5614/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 20 U 1364/09
Datum
26.10.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 5614/09
Datum
27.08.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 26. Oktober 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von dem Beklagten Kostenerstattung für eine Zahnbehandlung.

Der 1980 geborene Kläger erlitt am 14.10.1997 als Schüler einen Sportunfall. Ihm wurde der Schneidezahn 11 ausgeschlagen und am Schneidezahn 21 war im mittleren Kronendrittel eine Fraktur aufgetreten (Unfallanzeige der Schule von 15.10.1997; zahnärztliche Auskunft von Dr. Dr. K. von 17.12.1997). Nach Hinweis vom 27.03.1998 an die Eltern des Klägers, dass nach dem maßgebenden Abkommen des Bundesverbandes der Unfallversicherungsträger und der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung eine Einzelimplantatversorgung, wie vom behandelnden Zahnarzt vorgeschlagen, nicht zu den vertraglichen Leistungen zähle, wurden mit im April bzw. August 1998 eingegangenen zahnärztlichen Rechnungen Kosten der Behandlung geltend gemacht. Mit Bescheid vom 26.10.1998 lehnte der Beklagte Kostenerstattung für die Implantatversorgung und gnathologische Leistungen ab und gewährte die Zahlung des Betrages von 2054,28 DM, der für eine ausreichende dreigliedrige Brückenversorgung der Zähne 12-21 entstanden wäre. Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 23.03.1999 zurückgewiesen. Zur Beilegung der erhobenen Klage vor dem Sozialgericht Braunschweig (S [6 U 56/99](#)) schlossen die Beteiligten den Prozessvergleich vom 15.02.2001, wonach der Beklagte unter Abänderung des angefochtenen Bescheids weitere 500 DM an den Kläger zahlte.

Der Kläger zeigte dem Beklagten am 18.07.2008 telefonisch an, dass er Zahnbehandlung benötige. Absprachegemäß übersandte der Beklagte am 21.07.2008 das Gebührenverzeichnis für Zahnärzte nach dem Abkommen, das dem Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes zu Grunde zu legen sei. Den am 11.08.2008 vorgelegten Kostenplan reichte der Beklagte an Dr. B. zurück mit der Bitte, einen dem beigefügten Abkommen entsprechenden Heil- und Kostenplan zu erstellen und zur Genehmigung einzureichen (Schreiben vom 20.08.2008). Am 03.09.2008 legte der Kläger den Behandlungsplan und die Kostenaufstellung von Dr. B. vom 01.08.2008 über voraussichtliche Gesamtkosten von 2461,40 EUR vor. Am 16.09.2008 übersandte er die Rechnung vom 29.08.2008 über die bei Dr. B. vom 18.08. bis 28.08.2008 durchgeführte Zahnbehandlung über 2223,48 EUR.

Der Beklagte holte einen beratungsärztlich erstellten Heil- und Kostenplan vom 25.09.2008 von der zahnärztlichen Praxis Dr. C. und S. ein, der geschätzte Gesamtkosten von 979,36 EUR auswies. Daraufhin teilte der Beklagte dem Kläger mit (Schreiben vom 25.09.2008), eine privat Zahnärztliche Behandlungsmaßnahme sei nach dem ihm auch zur Kenntnisnahme übersandten Abkommen nicht vorgesehen, auch Dr. B. sei hierüber informiert worden. Weiterhin habe der Kläger bereits am 01.08.2008 den privaten prothetischen Behandlungsplan unterschrieben und genehmigt. Ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bezuschusse sie die privat Zahnärztliche Behandlungsmaßnahme mit 1000,- EUR. Hiergegen wandte der Kläger über seinen Prozessbevollmächtigten ein, die uneingeschränkte Einstandspflicht für die Spätfolgen des Unfalls vom 14.10.1997 sei sogar vom Sozialgericht Braunschweig festgestellt worden, die nicht im Nachhinein durch ein Abkommen eingeschränkt oder modifiziert werden könne. Eine sofortige Behandlung sei unverzichtbar gewesen, da er beruflich ständigen Kundenkontakt habe und auf ein gepflegtes Äußeres angewiesen sei. Auf eine nachträglich eingereichte Rechnung von Zahnarzt Dr. S. vom 21.10.2008 (Behandlung am 17. und 23.07.2008) über 171,79 EUR zahlte der Beklagte weitere 105,48 EUR.

Mit Schreiben vom 16.10.2008 teilte der Beklagte mit, aus den genannten Gründen sei es nicht möglich, eine vollständige Erstattung des Rechnungsbetrags in Höhe von 2223,48 EUR vorzunehmen. Trotz der generellen Eintrittsverpflichtung sei zwingend vor Behandlungsbeginn

entsprechend dem Abkommen ein Kostenplan vorzulegen und von ihm zu genehmigen. Der eingereichte Behandlungsplan vom 01.08.2008 mit privatärztlicher prothetischer Versorgung sei nicht uneingeschränkt genehmigungsfähig gewesen. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Der Beklagte holte die ärztliche Äußerung von Dr. B. vom 15.12.2008 ein, wonach die Implantatkronen am Zahn 11 frakturiert gewesen sei, die Krone am Zahn 21 einen mangelhaften Kronenrand aufgewiesen und Sekundärkaries bestand habe. Die prothetische Versorgung sei nach GOZ abgerechnet worden, da der Kläger eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung gewählt habe. Mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2009 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen das als Verwaltungsakt bewertete Schreiben vom 25.09.2008 zurück. Die Behandlung hätte nach dem maßgebenden Abkommen durchgeführt werden können, ohne dass dem Kläger ein Eigenanteil verblieben wäre. Allein aus der Tatsache heraus, dass der Kläger privatärztliche Behandlung gewählt habe, sei es zu der privatärztlichen Abrechnung gekommen. Bei der abkommensgemäßen Versorgung wären Kosten in Höhe von ca. 1000 EUR entstanden, die dem Kläger auch zur Verfügung gestellt worden seien.

Hiergegen erhob der Kläger beim Sozialgericht Freiburg Klage und begehrte noch weitere Zahlung über 1118 EUR. Der Beklagte habe keine Einzelfallprüfung vorgenommen, welche Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen geeignet und zumutbar seien. Es habe keine andere Möglichkeit zur Versorgung der Zähne bestanden, als diejenige, die Dr. B. gewählt habe. Mit Gerichtsbescheid vom 26.10.2009 wies das Sozialgericht die Klage ab. Der Kläger habe sich ohne Genehmigung des Kostenplans privatärztlich behandeln lassen. Auf Erstattung von Privatbehandlungskosten bestehe kein Rechtsanspruch. Der eingereichte Kostenplan von Dr. B. habe nicht den Anforderungen des Abkommens entsprochen. Der behandelnde Zahnarzt habe in seinem Schreiben vom 15.12.2008 selbst darauf hingewiesen, dass die über die Regelversorgung hinausgehende Behandlung, die so nicht erforderlich gewesen sei, auf ausdrücklichen Wunsch des Klägers vorgenommen worden sei. Ob die Behandlung unaufschiebbar gewesen sei, was in Ausnahmefällen einen Erstattungsanspruch begründen könne, könne dahinstehen. Die Kammer habe zwar bereits Zweifel, ob die Behandlung unaufschiebbar gewesen sein, da es sich bei den vom Kläger angegebenen Gründen der Eilbedürftigkeit eher um ein kosmetisches Problem gehandelt habe. Die Unaufschiebbarkeit der Behandlung könne jedenfalls nicht die Übernahme höherer, über die im Abkommen festgesetzten Beträge hinausgehende Kosten rechtfertigen.

Gegen den ihm am 02.11.2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 02.12.2009 Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, entgegen der Auffassung des Gerichts könne das Abkommen aus dem Jahr 2007 nicht dazu führen, die vorbehaltlose Anerkennung des Arbeitsunfalls aus dem Jahre 1997 dahingehend einzuschränken, dass eine Behandlung lediglich nach der Regelversorgung zu erfolgen habe. Richtigerweise wäre auf den Zeitpunkt 1997 abzustellen. Es komme nicht auf das Abkommen aus dem Jahr 2007 an. Eine kostengünstigere Versorgung habe nicht durchgeführt werden können. Eine einfache Brückenversorgung sei medizinisch sinnlos gewesen. Auf die Genehmigung des Heil- und Kostenplans komme es nicht an, der Beklagte müsse für die weiteren Kosten aufkommen. Das Sozialgericht gehe auch unzutreffend davon aus, dass kein besonders gelagerter Ausnahmefall vorliege. Es habe sich nicht um ein lediglich kosmetisches Problem gehandelt, da er beruflich im täglichen Kundenkontakt stehe und seinen Kunden nicht mit einem fehlerhaften Gebiss gegenüberzutreten könne.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 26.10.2009 aufzuheben und den Bescheid des Beklagten vom 25.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2009 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, über bereits gezahlte 1105,48 EUR hinaus weitere 1118,00 EUR zu zahlen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Maßgebend für die Leistungsgewährung sei das zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Recht. Eine für den Kläger günstigere Kostenerstattung hätte sich im Übrigen auch nicht aus dem Zahnärzteabkommen von 1997 ergeben. Nach dem fiktiven Kostenvoranschlag der Beratungsärzte Dr. C. und S. sei bei einer fiktiven Kronenversorgung der Zähne 11 und 21 ein Betrag von 979,36 EUR entstanden, was auf den Betrag von 1000 EUR aufgestockt worden sei. Weshalb der fiktive Kostenvoranschlag medizinisch sinnlos gewesen sein soll, sei nicht zu erkennen. Ein besonders gelagerter Ausnahmefall habe ebenfalls nicht vorgelegen. Der Kläger habe nach seinem Telefonat am 18.07.2008 einen Monat Zeit gehabt, seinem Zahnarzt das ihm übersandte Zahnärzteabkommen vorzulegen und die mögliche Behandlungsmaßnahmen zu besprechen. Stattdessen habe er eine über die Regelversorgung hinausgehende bessere Versorgung gewählt.

Der Senat hat die Verwaltungsakten der Beklagten und die Akte des Sozialgerichts beigezogen. Auf diese Unterlagen und die beim Senat angefallene Berufsakten wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Berufungsausschlussgründe nach [§ 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegen nicht vor.

Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Der angefochtene Gerichtsbescheid des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden, denn die Klage auf Erstattung von Behandlungskosten ist vom Sozialgericht zutreffend abgewiesen worden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte Kostenerstattung.

Unfallversicherte haben nach [§ 26 Abs. 1 SGB VII](#) Anspruch auf Heilbehandlung, die die zahnärztliche Behandlung umfasst ([§ 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#)), einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen werden als Dienst- und Sachleistungen den Versicherten vom Unfallversicherungsträger zur Verfügung gestellt, soweit die Regelungen des SGB VII oder SGB IX keine Abweichungen vorsehen ([§ 26 Abs. 4 Satz 2 SGB VII](#)). Die Unfallversicherungsträger bestimmen im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung ([§ 26 Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#)). Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit der Zahnärzte, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist ([§ 28 Abs. 3 SGB VII](#)).

Zur Durchführung der geschuldeten sachgemäßen Heilbehandlung haben die Unfallversicherungsträger alle Maßnahmen einer geeigneten unfallmedizinischen Versorgung zu treffen ([§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Zu diesem Zweck können sie von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllende Voraussetzungen hinsichtlich fachlicher Befähigung, sächlicher und personeller Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen ([§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Verbände der Unfallversicherungsträger können nach [§ 34 Abs. 3 SGB VII](#) mit der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Ärzteabkommen über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung abschließen, wovon die Verbände der Unfallversicherungsträger und der Ärzteschaft auch Gebrauch gemacht haben. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die gesetzliche Verpflichtung, die Durchführung der ihren Mitgliedern übertragenen Heilbehandlung entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen zu gewährleisten (§ 34 Abs. 4 SGB VII). Die Beziehungen zwischen den Unfallversicherungsträgern und anderen als den in Abs. 3 (die ärztlichen Bundesvereinigungen) genannten Stellen, die Heilbehandlung durchführen, sind durch Vertrag zu regeln (§ 34 Abs. 8 Satz 1 SGB VII).

In Anwendung dieser Vorschriften haben der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und der Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung den Vertrag zur Durchführung der zahnärztlichen Versorgung vom 01.03.1996, in Kraft ab 01.03.1996, geschlossen. Die prothetische Behandlung von Unfallverletzten wird vom Unfallversicherungsträger nach Nr. 1.2 des Zahnärzteabkommens als Sachleistung gewährt, wofür der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung erstellt und auf Anforderung eine zahnärztliche Auskunft zu erteilen hat. Den Heil- und Kostenplan gibt der Unfallversicherungsträger mit dem Vermerk über die Höhe der zu übernehmenden Kosten an den Zahnarzt zurück. Nach Nr. 2.1 erfolgt die zahnärztliche Vergütung auf der Grundlage der Gebührentarife der Angestellten-Ersatzkassen für Zahnärzte. Aus der vertraglichen Protokollnotiz zu 2.1 ergibt sich, dass Einigkeit bestand über die Vergütung zahnärztlicher Leistungen ab dem 01.01.1997 auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte. In Nr. 2.3 ist vereinbart, dass für den Zahnarzt gegenüber dem Unfallversicherungsträger gleichwohl nur ein Anspruch auf Honorierung in Höhe des Abkommens besteht, wenn der Unfallverletzte private Behandlung wünscht.

Diese zum Zeitpunkt der Behandlung der unmittelbaren Unfallfolgen des Klägers im Januar 1998 geltenden Regelungen nach Nummer 2.1 und 2.3 sind in den Folgeabkommen fortgeschrieben worden (vgl. Abkommen vom 01.03.1998, in Kraft ab 01.07.1998, zuletzt vom 01.01.2009). Zum Zeitpunkt der Behandlung des Klägers im Juli 2008 galt das Zahnärzteabkommen vom 01.07.2007, das für den Zeitpunkt der Leistungserbringung maßgeblich ist. Das Abkommen enthält unter Nrn. 1.2 und 2.1 annähernd gleich lautende Regelungen zum Abkommen von 1996. Eine Honorarabsprache wegen besonderer Schwierigkeiten bei der prothetischen Versorgung nach Nr. 2.2 des Abkommens von 2007 ist vor Behandlungsbeginn zwischen Zahnarzt und Beklagten nicht getroffen worden. Solche Schwierigkeiten wurden auch nicht vom behandelnden Zahnarzt Dr. B. geltend gemacht. Die zahnärztliche Vergütung für die prothetische Behandlung erfolgt nach dem dem Abkommen beigefügten Gebührenverzeichnis (vgl. Abkommen vom 01.07.2007 Nr. 2.1 Abs. 2; wie auch das aktuelle Abkommen vom 01.01.2009). Danach ist weder eine Implantatversorgung noch eine privatärztliche Behandlung vorgesehen (vgl. u.a. Abkommen vom 01.07.2007 und vom 01.09.2009 jeweils unter Nr. 2.4).

Der Beklagte hat dem Kläger die Sachleistung nicht gewährt. Der Kläger begehrt auch nicht die Heilbehandlung als Sachleistung, sondern macht die ihm entstandenen Kosten der von ihm eigenverantwortlich begonnenen zahnärztlichen Behandlung geltend.

Eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation findet nach ständiger Rechtsprechung allein unter den Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren § 13 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) statt, da die Regelungen über die Gewährung von Heilbehandlung als Sachleistung insoweit eine Lücke enthalten. Für eine weitere Ausdehnung des Kostenerstattungsanspruchs ist kein Raum (vgl. insgesamt BSG Urte. vom 20.03.2007, [SozR 4-1300 § 48 Nr. 10](#); Urte. vom 24.02.2000, [SozR 3-2200 § 567 Nr. 3](#)).

Die Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren § 13 Abs. 3 SGB V sind vorliegend nicht gegeben. Eine Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Leistung kommt nur dann in Betracht, wenn der Unfallversicherungsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Zusätzlich muss ein Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung begründenden Umstand (bei der Alternative 1.: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2.: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) bestehen (vgl. BSGE Urteile vom 20.03.2007 und 24.02.2000 a.a.O., jeweils m.w.N.).

Vorliegend handelte es sich nicht um eine unaufschiebbare Sach- bzw. Dienstleistung im Sinne der ersten Alternative. Es sind keine Gründe ersichtlich, die das Beantragen und Abwarten einer Entscheidung des Beklagten für den Kläger als unzumutbar hätten erscheinen lassen. Eine medizinische Notwendigkeit für den sofortigen Beginn der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme mit dem Ziel einer endgültigen prothetischen Versorgung bestand nicht, denn die Gefahr einer gesundheitlichen Verschlechterung ist weder erkennbar noch vom Kläger geltend gemacht worden. Soweit berufliche Nachteile wegen des ständigen Kundenkontakts vorgetragen sind, ist damit eine unaufschiebbare zahnärztliche Behandlung des frakturierten Schneidezahns nicht substantiell begründet worden und darüber hinaus auch nicht nachvollziehbar, da bis zur Aufnahme der endgültigen prothetischen Versorgung auch üblicherweise ein Provisorium angepasst wird (vgl. Zahnarztrechnungen von Dr. S. von 14.08.1998 und von Dr. B. vom 29.08.2008). Ein Abwarten bis zur Genehmigung des Heil- und Kostenplans wäre daher zumutbar gewesen, zumal dem Kläger die Bedingungen einer aus der gesetzlichen Unfallversicherung resultierenden zahnärztlichen Behandlung aus der Vorgeschichte im Jahr 1997/1998 und durch die frühzeitige Übersendung des Gebührenverzeichnisses durch den Beklagten bekannt waren.

Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach der zweiten Alternative des § 13 Abs. 3 SGB V sind ebenfalls nicht gegeben. Danach ist es erforderlich, dass der Unfallversicherungsträger rechtzeitig von der Notwendigkeit einer solchen Maßnahme erfährt und somit auch rechtzeitig seine Zuständigkeit und die Geeignetheit in Betracht kommender Maßnahmen vor deren Beginn prüfen kann. Erfährt der Unfallversicherungsträger hingegen erst im Nachhinein hiervon, so kann er das ihm zustehende Auswahlmessen allenfalls noch theoretisch ausüben. Dem Unfallversicherungsträger muss vielmehr für die anzustellenden Ermittlungen und Erwägungen eine angemessene Zeitspanne eingeräumt werden (vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2000 a.a.O.). Die Genehmigung einer mit Behandlungs- und Kostenplan belegten, dem Abkommen entsprechenden zahnärztlichen Behandlung war dem Beklagten vor Behandlungsbeginn nicht möglich. Dem Kläger war am 18.07.2008 das maßgebende Abkommen für die Weitergabe an den behandelnden Zahnarzt Dr. B. per Mail übersandt worden. Am 18.08.2008 hatte der Kläger die Behandlung bei Dr. B. aufgenommen. Der prothetische Behandlungsplan mit Kostenaufstellung vom 01.08.2008 war dem Beklagten am 07.08.2008 übersandt worden, der ihn am 20.08.2008 als nicht mit dem Abkommen vereinbar zurücksandte. Hiergegen wurde nichts eingewandt. Erst nach Behandlungsbeginn ging am 03.09.2008 erneut ein Kostenplan unter dem Datum 01.08.2008 ein. Dieser war außerdem nicht genehmigungsfähig, da er privatärztliche Kostenansätze enthielt.

Zudem ist der geforderte notwendige Kausalzusammenhang zwischen Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung bzw. der Leistungsablehnung und dem Nachteil des Versicherten (vorläufige Kostentragung) nicht gegeben. Eine - nach dem Abkommen nicht genehmigungsfähige - privatärztliche Behandlung war weder zur Abwendung einer unzumutbaren Härte bei unaufschiebbarer Behandlungsmaßnahme geboten noch war sie zwingende Folge einer - die Notwendigkeit einmal unterstellt - vorzeitig aufgenommenen Behandlung. Hinsichtlich der zweiten Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) kann ein solcher Zusammenhang nur dann gegeben sein, wenn die Entscheidung des Unfallversicherungsträgers getroffen worden ist, bevor der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat (BSG, Urteil vom 24.02.2000, a.a.O.).

Das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren rechtfertigt keine andere Beurteilung. Insbesondere ist dem Prozessvergleich vom 15.02.2001 nicht zu entnehmen, dass die Versorgung mit Zahnimplantat oder eine privatärztliche Behandlung vom Beklagten geschuldet wäre.

Liegen demnach die Voraussetzungen für die ausnahmsweise zu gewährende Kostenerstattung einer selbstbeschafften Maßnahme nicht vor, hat der Unfallversicherungsträger grundsätzlich keine Kostenerstattung zu gewähren. Soweit die bei rechtmäßiger Gewährung der Sachleistung entstandenen Auslagen für Gebühren des behandelnden Zahnarztes dem Versicherten als Kostenersatz im Rahmen des Ermessens erstattet werden, ist dies vom Senat nicht zu prüfen. Vorliegend bestehen aber auch keine Zweifel an der ermittelten Höhe der Auslagen für eine fiktive, dem Abkommen entsprechende Sachleistung, wie sie sich aus der beratungsärztlichen Stellungnahme der Zahnarztpraxis Dr. C. und S. vom 25.09.2008 ergibt. Hiergegen hat der Kläger auch keine Einwendungen erhoben. Grundsätzlich wäre der Unfallversicherungsträger aber nicht gehindert, eine etwaige sichere Kenntnis des Versicherten von der fehlenden Genehmigungsfähigkeit der selbstbeschafften Behandlung bei seiner Ermessensbetätigung zulasten des Versicherten zu berücksichtigen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-09-14