L 5 KR 156/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 4168/10
Datum
30.11.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 156/12
Datum
10.12.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 30.11.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung mit Invisalign-Schienen.

Bei der Invisalign-Technik handelt es sich um eine Zahnkorrekturmethode durch auf die Zähne aufgesetzte, aber herausnehmbare Schienen. Die Schiene soll Druck auf die Zähne ausüben und diese minimal verschieben. Nach einigen Wochen muss die bisherige Schiene durch eine neue Schiene, die weiteren Schiebedruck auf die Zähne ausübt, ersetzt werden. Die Schienen, die nach computergestützter Vermessung jeweils neu erstellt werden, sind durchsichtig und fallen optisch wenig auf.

Die 1981 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert und hat das Kostenerstattungsverfahren nicht gewählt. Am 02.04.2009 bewilligte die Beklagte auf der Grundlage des kieferorthopädischen Behandlungsplanes des Fachzahnarztes für Kieferorthopädie Dr. R. vom 16.03.2009 mit voraussichtlichen Gesamtkosten von 2883,- EUR (nach Begutachtung durch die Kieferorthopädin Dr. T.) eine kieferorthopädische Behandlung. Hierbei ist unter den zu verwendenden Geräten die konventionelle Zahnspange "Multiband" aufgeführt und eine voraussichtliche Behandlungsdauer von 16 Quartalen angegeben. Im Rahmen eines stationären Klinikaufenthalts erfolgte am 07.05.2009 durch den Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr. R. eine chirurgische Gaumennahtsprengung sowie eine Kinnosteotomie (Rückverlagerung der Kinnspitze). Durch den Kieferorthopäden Dr. R. erhielt die Klägerin im September 2009 eine konventionell festsitzende Zahnspange eingesetzt.

Ausweislich eines Aktenvermerkes (Bl. 14) beantragte die Klägerin am 05.10.2009 die Fortsetzung der Behandlung mit sog. Invisalign-Zahnschienen durch den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Dr. S ...

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dr. L. teilte in seinem Gutachten vom 03.11.2009 mit, dass eine Behandlung mit einer unsichtbaren Zahnspange nach der Invisalign-Methode nicht indiziert sei. Ungeachtet der Frage der Wirksamkeit der Methode im Vergleich zur etablierten Behandlungsform komme eine Kostenübernahme aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht in Betracht.

Mit Schreiben vom 06.11.2009 teilte die Klägerin unter Vorlage eines Fotos mit, dass ihre Zahnspange "ein Makel" sei, mit dem sie nicht zurechtkomme. Ihr zunächst behandelnder Kieferorthopäde Dr. R. hätte sie über die Invisalign-Technik informieren müssen. Sie habe Angst um ihre bisher gepflegten weißen Zähne, weil die Zahnpflege erschwert sei. Sie habe laufend offene Wunden im Mundraum wegen der Zahnspange und das Abbeißen von Brot sei unmöglich, da alles hängen bleibe. Sie traue sich nicht mehr aus dem Haus. Sie wolle die kieferorthopädische Behandlung nicht abbrechen, sondern auf eine erträgliche Weise fortführen. Dem Schreiben ist ein auf den 04.11.2009 datierter und von der Klägerin unterzeichneter privatzahnärztlicher kieferorthopädischer Behandlungsplan der Praxis Dr. S. mit voraussichtlichen Gesamtkosten in Höhe von 5.732,48 EUR beigefügt.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine erneute Begutachtung durch den MDK. Dr. L. kam in seinem zweiten Gutachten vom 18.11.2009 zum Ergebnis, dass die Klägerin in der Folge eines kieferchirurgischen Eingriffes mit einer effektiven und medizinisch notwendigen Zahnbehandlung versorgt sei. Zum bestmöglichen Erhalt und zur Unterstützung des Operationsergebnisses sei die begonnene

kieferorthopädische Behandlung sinnvoll und angezeigt. Es sei nicht plausibel, weshalb Dr. S. die durchgeführte kieferorthopädische Versorgung durch eine andere ersetzen wolle. Eine medizinische Indikation für die von der Klägerin beantragte Weiterbehandlung mittels Invisalign-Schienen bestehe nicht. Es sei weder wirtschaftlich noch notwendig, eine bereits bestehende effektive kieferorthopädische Maßnahme durch eine teure andere, nicht indizierte Maßnahme zu ersetzen. Die Bewertung erfolge nach Diskussion mit dem kieferchirurgischen Fachgutachter.

Mit Bescheid vom 08.12.2009 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme ab. Die Klägerin sei kieferchirurgisch durch die derzeitige Zahnspangenbehandlung effektiv versorgt. Eine medizinische Indikation, die Versorgung zu ändern, liege nicht vor und sei damit nicht notwendig bzw. unwirtschaftlich.

Hiergegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin. Sie befinde sich in der psychiatrischen Klinik in R. in Behandlung. Andere Krankenkassen übernähmen die Kosten der in Rede stehenden Behandlung. Sie sei psychisch stark durch die Zahnspange belastet. Sie hätte sich von Anfang an auf die gesamte Behandlung nicht eingelassen, wenn man ihr gesagt hätte, dass Invisalign-Schienen von der Krankenkasse nicht erstattet würden.

Unter dem 08.02.2010 teilte Dr. S. mit, dass er die Klägerin am 05.10.2009 über die Möglichkeit des Invisalignsystems informiert habe, nachdem sie aus psychischen Gründen eine Entfernung der festsitzenden Spange gewünscht habe. Eine kieferorthopädische Weiterbehandlung sei notwendig, aber eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung nicht sichergestellt. Nach reiflicher Überlegung der Klägerin habe er erst am 21.01.2010 die festsitzende Spange entfernt. Unter dem 16.02.2010 teilte die Ärztin und Psychotherapeutin Dr. von St. der Beklagten mit, dass der depressive Einbruch der Klägerin mit Tagesklinikaufenthalt nach "einer erneuten Erfahrung von Missachtung in einer Beziehung mit nachfolgender Trennung" erfolgt sei. Aufgrund der biographischen Erfahrungen der Klägerin sei die Vorstellung, 1½ Jahre eine sichtbare Zahnspange tragen zu müssen, eine dauernde Verletzung ihrer emotionalen und körperlichen Integrität. Bei traumatischen Erlebnissen sei das Sich-Wehren gegen Missachtungen der emotionalen und körperlichen Integrität ein erwünschter Schritt, der sich auf den Therapiefortschritt auswirke und daher auch wirtschaftlich vertretbar erscheine.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine erneute Begutachtung durch den MDK. Dr. med. Dr. med. dent. U. kam in seinem Gutachten vom 02.03.2010 zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Invisalign-Methode um ein außervertragliches Behandlungsverfahren handele. Mit dieser Methode wären nur Zahnfehlstellungsanomalien beschränkter Ausprägung korrigierbar. Sozialmedizinisch dürften die Kosten nicht übernommen werden. Es bestünden erhebliche Bedenken, ob die Voraussetzungen einer kieferorthopädischen Behandlung der inzwischen fast 29-jährigen Klägerin überhaupt vorgelegen hätten, da die kieferchirurgische Intervention nur von geringem Umfang gewesen sei. Dem von der Klägerin vorgelegten Bildmaterial könne entnommen werden, dass das bislang erreichte Behandlungsergebnis zu einem regelrechten Zustand (frontaler Überbiss) geführt habe und ein zwingender Weiterbehandlungsbedarf nicht bestehe. Sofern die Klägerin aus psychischen Gründen die Multibandapparatur nicht vertrage, könne die Behandlung mit dem erreichten Ergebnis beendet werden.

Die Beklagte wies nach persönlicher Anhörung der Klägerin in der Sitzung des Widerspruchsausschusses den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2010 zurück. Zur Begründung wurde angeführt, dass die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nicht vorliegen würden. Zum Einen habe die Klägerin den Behandlungsvertrag bereits unterzeichnet ehe eine Entscheidung durch die Beklagte vorgelegen habe. Darüber hinaus habe die Klägerin auch keinen Sachleistungsanspruch auf die beantragte Weiterbehandlung. Nach den gutachtlichen Feststellungen bestehe bereits kein Behandlungsbedarf mehr; vielmehr sei davon auszugehen, dass das Behandlungsziel des ursprünglich genehmigten Behandlungsplanes erreicht worden sei. Selbst wenn man dem nicht folgen würde, wäre die Behandlung mit dem Invisalign-System unwirtschaftlich, weil es zu keinem besseren Behandlungsergebnis führe als die Behandlung mit konventionellen Zahnspangen. Die geltend gemachten Beschwerden beim Essen und der Zahnpflege würden nicht die medizinische Wirksamkeit, sondern ausschließlich den Komfort der Benutzung betreffen. Eine entstellende Wirkung komme der Multibandapparatur nicht zu; eine Zahnspange wirke bei Erwachsenen allenfalls ungewöhnlich. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wären die Leistungen der Krankenkassen bei psychischen Problemen auf die Mittel der Psychotherapie beschränkt. Auch unter dem Gesichtspunkt etwaiger Beratungsfehler komme eine Erstattung der Kosten nicht in Betracht. Die Klägerin habe sich erstmals nach Beginn der Gesamtbehandlung an die Beklagte gewandt.

Hiergegen richtete sich die am 30.12.2010 zum Sozialgericht Reutlingen erhobene Klage.

Zur Begründung brachte die Klägerin vor, sie habe vor Inanspruchnahme der Leistung Ende Januar 2010 keine bewusste Entscheidung hinsichtlich des Kostenerstattungsverfahrens getroffen. Sie legte ihre Rechnungen vor (Bl. 14 ff. SG-Akte, Bl. 49 f.) Daraus ergibt sich, dass als erste kostenverursachende Behandlungsmaßnahmen am 18.01.2010 eine telefonische Beratung bzw. am 21.10.2010 die Entfernung der Spange durchgeführt wurden. Der Behandlungsplan von Dr. S. sei von der Klägerin nicht unterschrieben worden. Es befinde sich nur die Unterschrift des behandelnden Arztes auf dem Schreiben. Sie habe sich frühzeitig um die Genehmigung der Invisalign-Technik gekümmert. Die Inanspruchnahme der Leistung sei zeitgleich mit dem Beginn der Behandlung (Entfernen der Spange) erst ab Januar 2010 erfolgt. Für die Klägerin sei es unumgänglich gewesen, sich für die beantragte Behandlung zu entscheiden. Von ihrem zuvor behandelnden Kieferorthopäden Dr. R. sei die Klägerin nicht umfassend informiert worden. Aufgrund der extremen psychischen Belastungssituation habe mit Beginn der Behandlung nicht weiter zugewartet werden können.

Die Beklagte hielt an ihrer Entscheidung fest und verwies auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Eine Pflicht zur Beratung liege nur vor, wenn ein Beratungsbedürfnis offenkundig werde. Dies sei zunächst nicht der Fall gewesen. Außerdem habe die Klägerin den Behandlungsplan des Dr. S. vom 04.11.2009 unterschrieben (Bl. 26 VerwA).

Das Gericht befragte die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen zur Behandlung der Klägerin sowie dazu, ob ihre Befunde und Einschätzungen von denjenigen der beigefügten MDK-Gutachten abweichen. Der Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Dr. R. teilte unter dem 21.09.2011 mit, dass die Klägerin die Behandlung nach dem Einsetzen der Multibandapparatur abgebrochen habe und sich in der Praxis Dr. S. zur Weiterbehandlung vorgestellt habe. Ihre Beweggründe hierfür habe sie nicht mitgeteilt. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sich der Behandlungsablauf unauffällig gestaltet. Die gutachtliche Stellungnahme des MDK zur medizinischen Indikation der beantragten Weiterbehandlung könne nachvollzogen werden.

Der Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Dr. S. teilte unter dem 22.09.2011 mit, dass sich die Klägerin erstmalig am 05.10.2009 in seiner Praxis vorgestellt habe. Am 21.01.2010 habe er auf stärkstes Insistieren der Klägerin die Multibandapparatur ausgebaut. Sie habe sich an der Multibandapparatur gestört und diese als zusätzliche Belastung für ihr Leben und ihre Psyche empfunden. Am 06.04.2010 seien die Invisalign-Schienen eingesetzt worden, um die postoperative Therapie weiterzuführen. Der Behandlungsverlauf bestätige, dass auch schwerwiegende Zahnfehlstellungsanomalien mit der in Rede stehenden Methode korrigiert werden könnten. Die Klägerin sei darüber aufgeklärt worden, dass es sich um eine Privatbehandlung handele und das Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenkassen eine Kostenübernahme ausschließe. Die Befunde der MDK-Gutachten seien zutreffend. Es sei aber der Auffassung, dass die Invisalign-Methode durchaus auch bei stärkeren Fehlstellungen - wie bei der Klägerin - geeignet sei.

Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr. R. teilte unter dem 27.09.2011 mit, dass die von ihm erhobenen Befunde von den gutachtlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes nicht abweichen.

Das Sozialgericht Reutlingen wies daraufhin mit Urteil vom 30.11.2011 die Klage ab. Es führte zur Begründung aus, die Klage sei zwar als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig, aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 08.12.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.12.2010 sei rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Kostenerstattung in der beantragten Höhe. Die Ablehnung ergebe sich bereits aus den tatsächlichen und rechtlichen Gründen der angefochtenen Bescheide. Die Beklagte habe unter Heranziehung der maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen den Sachverhalt geprüft und die Anträge zutreffend abgelehnt. Da die Kammer nach eigener Überprüfung die Begründung der angefochtenen Bescheide für zutreffend erachte, nehme sie - zur Vermeidung von Wiederholungen - gemäß § 136 Abs. 3 SGG hierauf Bezug. Ergänzend sehe sich die Kammer zu folgenden Ausführungen veranlasst: Rechtsgrundlage für den streitgegenständlichen Kostenerstattungsanspruch sei § 13 Abs. 3 S. 1 Fall 2 SGB V. Nach dieser Regelung habe die Krankenkasse, wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden seien, die für die selbstbeschaffte Leistung entstandenen Kosten zu erstatten, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Der Kostenerstattungsanspruch scheitere vorliegend bereits an der fehlenden Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und der daraus resultierenden Kostenbelastung. Ansprüche nach § 13 Abs. 3 S. 1 Fall 2 SGB V seien - wie bereits dargelegt - nur gegeben, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dem Versicherten "dadurch" Kosten für die selbst beschaffte Leistung entstanden seien. Dazu müsse die Kostenbelastung des Versicherten der ständigen Rechtsprechung des BSG zufolge wesentlich auf der Leistungsversagung der Krankenkasse beruhen. Hieran fehle es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Versorgung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst worden sei, obwohl dies möglich gewesen wäre oder wenn der Versicherte auf eine bestimmte Versorgung von vornherein festgelegt gewesen sei (vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 5/09 R; Urteil vom 17.12.2009, Az. B 3 KR 20/08 R). Ein Kausalzusammenhang und eine Kostenerstattung scheide aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt habe, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen. Ausnahmen vom Regelprinzip der vorherigen Beantragung und Bewilligung durch die Krankenkasse bestünden da, wo Eilbedürftigkeit gegeben sein könne (vgl. § 13 Abs. 3 S. 1 Fall 1 SGB V), wofür im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte sprächen. Auf eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung, könne nach dem eindeutigen Wortlaut des § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V nicht verzichtet werden. Anspruchshindernd sei die Selbstbeschaffung dann, wenn der Versicherte bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse eine endgültige rechtliche Verpflichtung eingegangen sei (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2009, Az.: B 3 KR 20/08 R). Dies sei der Fall, nachdem die Klägerin den auf 04.11.2009 datierten kieferorthopädischen Behandlungsplan bereits vor der ablehnenden Entscheidung der Beklagten unterzeichnet habe. Der Einwand des Bevollmächtigten der Klägerin, dass sich auf dem Schreiben nur die Unterschrift des behandelnden Arztes befinde, sei unrichtig. Die Klägerin sei unabhängig vom Verhalten der Beklagten auf die in Streit stehende Behandlungsmethode festgelegt gewesen. Die Kammer entnehme dies den Angaben des Dr. R. im Schreiben vom 21.09.2011, wonach die Klägerin letztmalig am 28.09.2009 in seiner Praxis behandelt worden sei. Bereits am 06.10.2009 seien durch die Zahnarztpraxis Dr. S. die Unterlagen zur Weiterbehandlung der Klägerin angefordert worden. Dr. S. habe in seinem Schreiben vom 22.09.2011 angeführt, dass letztendlich auf stärkstes Insistieren der Klägerin die Multibandapparatur entfernt worden sei. Da demzufolge der gesetzlich vorgeschriebene Beschaffungsweg nicht eingehalten sei, komme ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht in Betracht. Ungeachtet dessen bestünden die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht. Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V reiche nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Ein solcher setze voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehöre, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hätten. Vorliegend seien keine Anhaltspunkte erkennbar, die den eigenmächtigen Behandlungsabbruch durch die Klägerin rechtfertigen könnten. Nach den überzeugenden Ausführungen des Dr. R. habe sich der Behandlungsverlauf unauffällig gestaltet. Nach den gutachtlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes habe keinerlei medizinische Notwendigkeit für einen Wechsel der Behandlungsmethode bestanden. Weiter sei davon auszugehen, dass das Behandlungsziel des ursprünglich genehmigten Behandlungsplanes mit einem hinnehmbaren Ergebnis erreicht worden sei. Die durch den MDK erhobenen Befunde würden durch Dr. S. im Wesentlichen bestätigt. Die Frage, ob eine Indikation für die in Streit stehende Behandlungsmethode vorgelegen habe, bedürfe vorliegend keiner abschließenden Entscheidung. Entscheidend sei, dass eine als Kassenleistung angebotene Behandlungsform zur Verfügung gestanden habe und ohne zwingende medizinische Notwendigkeit durch die Klägerin beendet worden sei. Dr. S. führe aus, dass erst auf stärkstes Insistieren der Klägerin die Gaumennahterweiterungs- und Multibandapparatur ausgebaut worden sei. Die von der Klägerin geltend gemachten offenen Wunden seien durch Dr. S. nicht bestätigt worden. Vielmehr sei angegeben, dass sich die Klägerin an der Multibandapparatur gestört und diese als zusätzliche Belastung für ihr Leben und ihre Psyche empfunden habe. Die bei der Klägerin bestehende psychogene Intoleranz gegen die kieferorthopädische Multibandapparatur könne vorliegend zu keinem Kostenerstattungsanspruch führen. In diesem Zusammenhang sei auszuführen, dass psychische Beeinträchtigungen grundsätzlich mit den Mitteln der Psychotherapie zu behandeln seien und keinen Anspruch auf eine außervertragliche Behandlungsmethode begründeten. Eine entstellende Wirkung sei der Multibandapparatur nicht zugekommen. Dies sei nur bei körperlichen Auffälligkeiten, die sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen quasi "im Vorbeigehen" bemerkbar machten, anzunehmen. Durch Dr. S. sei die Klägerin im Vorfeld der Behandlung darüber aufgeklärt worden, dass es sich um eine Privatbehandlung handele, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen sei. Auch unter dem Gesichtspunkt eines möglichen Beratungsfehlers komme ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht in Betracht. Für das Gericht seien keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass die Beklagte eine gebotene Beratung unterlassen habe. Die Klägerin habe sich nachweislich des Akteninhalts erstmals nach Beginn der Gesamtbehandlung an die Beklagte gewandt. Gem. § 13 Abs. 2 S. 2 SGB V hätten Versicherte ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Die Klägerin habe sich vorliegend mit der Weiterbehandlung verpflichtet, ehe sie den privaten Kostenvoranschlag bei der Beklagten eingereicht habe. Zudem sei die Klägerin im Vorfeld der Behandlung darüber unterrichtet worden, dass eine Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nicht

bestehe. Ungeachtet dessen dürfe nach gefestigter Rechtsprechung die zweckentsprechende Eingrenzung des Kostenerstattungsanspruchs auf den gesetzlichen Leistungskatalog nicht dadurch unterlaufen werden, dass weitergehende Rechte aus seinem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abgeleitet würden. Deshalb finde der sozialrechtliche Herstellungsanspruch als Anspruchsgrundlage neben dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V keine Anwendung (vgl. BSG, Urteil vom 04.04.2006, Az.:B 1 KR 5/05 R).

Gegen das am 14.12.2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 12.01.2012 Berufung zum Landessozialgericht erhoben.

Sie trägt vor, mit der Behandlung mit Invisalign-Schienen gewartet zu haben, bis ihr das aus psychischen Gründen nicht mehr möglich gewesen sei. Die durch Dr. R. eingesetzte Spange sei ein Schock für sie gewesen. Sie habe auch Wunden verursacht. Mittlerweile habe sie die Behandlung mit Invisalign-Schienen auf eigene Kosten beendet. Dies sei die einzige in ihrem Fall mögliche und notwendige Therapie gewesen. Es stimme nicht, dass vor dem Wechsel zu Dr. S. schon keine Notwendigkeit der Fortsetzung einer kieferorthopädischen Behandlung mehr bestanden hätte.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 30.11.2011 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheids vom 08.12.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.12.2010 zu verurteilen, ihr die Kosten in Höhe von 7.352,92 EUR für die laut Behandlungsplan vom 04.11.2009 erfolgte Behandlung mit Invisalign-Schienen durch Dr. S. zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält ihre Entscheidungen und das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen für zutreffend. Die Kosten der zunächst genehmigten und durch die Klägerin abgebrochene Therapie habe sie in Höhe von 1.033 EUR übernommen. Sie habe der Klägerin ihren Eigenanteil in Höhe von 191,63 EUR hierfür zurückbezahlt, nachdem diese nachgewiesen habe, dass sie die privat finanzierte kieferorthopädische Therapie beendet habe. Damit sei man ihr entgegengekommen. Es habe aber keine Notwendigkeit für den Wechsel der Versorgung vorgelegen, nachdem diese medizinisch in Ordnung gewesen sei. Für behauptete Wunden durch die entfernte Spange gebe es keinerlei Nachweise. Die Spange sei dann auch erst im Januar entfernt worden. Eine Korrektur der Spange oder eine Behandlung von Verletzungen sei nicht dokumentiert. Eine Übernahme von Kosten einer nicht anerkannten Therapieform, deren Leistungsfähigkeit umstritten sei, komme nicht in Betracht. Dies könne auch nicht mit den seit Jahren dokumentierten Psychotherapien der Klägerin begründet werden.

Das Landessozialgericht hat das Sach- und Streitverhältnis mit den Beteiligten in der nichtöffentlichen Sitzung vom 28.08.2013 erörtert.

Weiter hat der Senat die behandelnde Psychotherapeutin Dr. von St., bei der sich die Klägerin von 26.06.2008 bis 03.05.2013 in Behandlung befand, als sachverständige Zeugin gehört. Sie berichtete am 25.09.2013, dass sich die Klägerin bereits 2004 in einer psychiatrischen Klinik befunden habe und bei ihr die Diagnosen Panikstörung, Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, somatoforme autonome Funktionsstörung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit dissoziativen und abhängigen Anteilen vorlägen. Die Diagnosen hätten sich im Therapieverlauf unterschiedlich stark dargestellt. Es sei eine kognitive Verhaltenstherapie erfolgt. Erschwert worden sei die Therapie in Zusammenhang mit einer "kieferorthopädisch erforderlichen Operation infolge Triggerung und Aktivierung extrem traumatischer Erfahrungen".

Der MDK (Dr. med. dent. H., Kieferorthopäde) äußerte sich am 03.04.2014 ablehnend zur Frage, ob die Invisalign-Methode bei der Klägerin medizinisch indiziert gewesen sei. Er ist der Auffassung, dass die Fotos das Anfangsmodells vom 27.10.2009 keine "schwere Kieferanomalie im Sinne einer skelettalen Dysgnathie" zeigten, also auch die genehmigte Versorgung eigentlich nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört hätte. Die Modelle vom 09.02.2010 zeigten nach dem Abbruch der Multibandtherapie ein ausreichendes Ergebnis. Die Invisalign-Technik sei überdies eine neue Behandlungsmethode, die vom gemeinsamen Bundesausschuss nicht befürwortet werde.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), Unterausschuss "Zahnärztliche Behandlung" teilte am 10.06.2014 mit, dass er bislang zur Invisalign-Technik (Kieferorthopädie) keine Empfehlung abgegeben habe und auch kein Antrag auf Methodenbewertung gestellt worden sei.

Dem Antrag auf Erstattung eines Gutachtens bei Dr. K., Kieferorthopädie, zur Frage, ob bei der Klägerin die Anwendung der Invisalign-Methode angesichts ihrer persönlichen Situation die allein angezeigte Therapie gewesen sei, hat der Senat nicht entsprochen.

Mit Schreiben vom 03.12.2014 trug die Klägerin unter Vorlage eines Schreibens von Dr. S. vor. dass die Behandlung mit Invisalign schon seit Jahren (erfolgreich) praktiziert werde. Die Methode sei absolut indiziert gewesen.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte, die Akte des Sozialgerichts Reutlingen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gem. §§ 143, 144, 151 SGG statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist aber nicht begründet.

Das Sozialgericht Reutlingen hat die Klage mit Urteil vom 30.11.2011 zu Recht abgewiesen. Die Klägerin ist auch durch den angefochtenen Bescheid vom 08.12.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.12.2010 nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG beschwert, denn dieser ist nicht rechtswidrig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr durch die kieferorthopädische Behandlung mit Invisalign-Schienen entstanden sind.

Da die Klägerin das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V ersichtlich nicht gewählt hat, kommt als einzige Anspruchsgrundlage § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Soweit die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, sieht § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V vor, dass diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten sind, soweit die Leistung notwendig war. Die Voraussetzungen einer Kostenerstattung nach Maßgabe dieser Vorschrift sind hier aber für die Behandlung der erwachsenen Klägerin mit Invisalign-Schienen nicht erfüllt.

Bei der streitigen kieferorthopädischen Behandlung handelte es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V. Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (vgl. BSG Urteil vom 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 22). Daran fehlt es. Die insoweit schlüssigen und auf den bei der Klägerin angefertigten Modellen, insbesondere dem vom 09.02.2010, beruhenden Aussagen des MDK belegen bereits, dass nach dem "Ausbauen" der konventionellen Zahnspange kein Behandlungsbedarf mehr bestand. Die Klägerin hat den Zeitpunkt, zu dem die konventionelle Zahnspange entfernt wurde (21.01.2010) auch selbst gewählt. Mit Invisalign-Schienen wurde sie dann im April 2010 versorgt. Es bestand also ein längerer Zeitraum, in dem keine Zahnspange getragen wurde. Zwischen Erstkontakt (Oktober 2009, Anforderung der Unterlagen beim früheren Behandler) und Behandlungsbeginn bei Dr. S. mit Invisalign-Schienen lagen damit einige Monate. Eine unaufschiebbare Leistung war daher ersichtlich nicht gegeben. Eine (zahn)medizinisch indizierte Änderung der Versorgung wegen etwaiger Wunden im Mund bzw. am Zahnfleisch ist nicht dokumentiert. Dass aufgrund einer fehlerhaften Versorgung ein "Umtausch" der Spange nötig wurde, beschreibt auch Dr. S. nicht. Vielmehr riet er der Klägerin wohl, die festsitzende Spange so lange wie möglich zu behalten und teilte mit, dass die Klägerin die Versorgung aus psychischen Gründen wechseln wollte (vgl. schriftliche Aussage als sachverständiger Zeuge gegenüber dem SG vom 22.09.2011).

Auch die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1, 2. Alt. SGB V liegen nicht vor. Entgegen der Auffassung der Beklagten und des SG kann der notwendige Kausalzusammenhang zwischen der Entscheidung der Krankenkasse und der Selbstbeschaffung (vgl. BSG Beschluss vom 01.04.2010 - B 1 KR 114/09 B -; BSG Urteil vom 30.06.2009 - B 1 KR 5/09 R - SozR 4-2500 § 31 Nr. 15) nicht verneint werden. An dem erforderlichen Kausalzusammenhang fehlt es regelmäßig, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (vgl. BSG Beschluss vom 15.04.1997 - 1 BK 31/96 - SozR 3-2500 § 13 Nr. 15; Urteil vom 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 22). Mit dem Behandlungsbeginn am 21.01.2010 mehrere Wochen nach dem Ablehnungsbescheid vom 08.12.2009 hat die Klägerin den Beschaffungsweg eingehalten.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), auf die sich die Beklagte und das SG berufen, soll im Regelfall die Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans als Beginn der Behandlung angesehen werden. Etwas anderes gilt allerding ausnahmsweise, wenn der Behandlungsplan nicht in angemessenem zeitlichem Abstand nach seiner Aufstellung umgesetzt wird (vgl. BSG Urteil vom 25.03.2003 - B 1 KR 17/01 R - SozR 4-2500 § 28 Nr. 1; Urteil vom 09.12.1997 - 1 RK 11/97 - SozR 3-2500 § 28 Nr. 3). Diese vom SG zitierte Rechtsprechung ist im Zusammenhang mit der Einhaltung der Altersgrenze von 18 Jahren in § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V ergangen; maßgebend wird dann auf das Datum des Behandlungsplans abgestellt und nicht auf das des Behandlungsbeginns. Darum geht es vorliegend aber nicht.

Grundsätzlich belegt ein Behandlungsplan die Behandlungsnotwendigkeit sowie den Behandlungswunsch eines Versicherten und die Behandlungsbereitschaft des Zahnarztes (BSG Urteil vom 25.03.2003 - B 1 KR 17/01 R - Juris Rn 17). Der Behandlungsplan ist dann wiederum die Grundlage für das sich anschließende Verfahren der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ohne nachprüfungsfähigen Behandlungsplan kann ein schlüssiger Antrag auf Kostenübernahme für eine kieferorthopädische Maßnahme nicht gestellt werden, wie sich auch aus § 1 Abs. 3 Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) ergibt. Der Umstand, dass der Behandlungsplan vor Einreichung bei der Krankenkasse gestellt wurde schließt deshalb den Kausalzusammenhang noch nicht aus (vgl. auch § 2 Abs. 2 Anlage 6 zum BMV-Z, wonach mit der Behandlung erst nach Rücksendung des Behandlungsplans an den Zahnarzt begonnen werden soll). Der eigentliche, Kosten verursachende Behandlungsbeginn ist in der Entfernung der im September 2009 eingesetzten Zahnspange am 21.01.2010 zu sehen. Dieser Zeitpunkt liegt deutlich nach Erlass des Ablehnungsbescheids vom 08.12.2009.

Allerdings sind die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alternative SGB V vorliegend schon deshalb nicht gegeben, weil die Beklagte die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt hat. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V die (ambulante) zahnärztliche Behandlung. Gemäß § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V beinhaltet die (ambulante) zahnärztliche Behandlung die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben (§ 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V). Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert (§ 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V).

Nach § 29 Abs. 4 Satz 1 SGB V hat der GBA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in § 29 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen vorliegen, zu bestimmen. Das sind Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Dabei hat der GBA auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben (§ 29 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Diesen gesetzlichen Auftrag zum Erlass normkonkretisierender und damit anspruchsbegründender Richtlinien hat der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (seit 01.01.2004: Gemeinsamer Bundesausschuss) mit den am 01.01.2004 in Kraft getretenen "Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung" in der Fassung vom 04.06.2003 und vom 24.09.2003 (BAnz Nr. 226, S. 24966 (KFO-Richtlinien)) erfüllt. Schwere Kieferanomalien im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V liegen nach Maßgabe der Anlage 3 zu diesen Richtlinien vor bei angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, skelettalen Dysgnathien und verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, sofern eine Einstufung mindestens in die Behandlungsbedarfsgrade A5, D4, M4, O5, B4 oder K4 der Indikationsgruppen festgestellt wird. In diesen Fällen ist ein aufeinander abgestimmtes kieferchirurgisches und kieferorthopädisches Behandlungskonzept zu erstellen (vgl. B.4 der KFO-Richtlinien).

In Anwendung dieser Regelungen ist ein Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Behandlungskosten, die ihr nach Abbruch der genehmigten Therapie durch die Invisalign-Methode entstanden sind, ausgeschlossen. Bei der Versorgung mit Invisalign-Schienen hat es sich um eine um eine neue kieferorthopädische Versorgung gehandelt. Jede Therapieänderung bedarf nach § 1 Abs. 2 Anlage 6 zum BMV-Z der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkassen. Dieses Umstands waren sich sowohl Dr. S. als auch die Klägerin bewusst.

Der Antrag auf eine neue Behandlung, diesmal mit Invisalign-Schienen, scheitert schon daran, dass die Klägerin zu Beginn der Behandlung

bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatte. Der umfassend geregelte Leistungsausschluss des § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V gilt grundsätzlich unabhängig von den Gründen, die im konkreten Fall zu einer Behandlungsnotwendigkeit erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres geführt haben. Aus diesem Grund bestehen Ansprüche des Versicherten weder bei Folgeerkrankungen noch im Hinblick auf Art oder Ursache der zu behandelnden Kieferanomalie.

Dass zuvor ein Behandlungsplan genehmigt wurde, obwohl die Klägerin zu diesem Zeitpunkt bereits das 18. Lebensjahr überschritten hatte und die Voraussetzungen nach Auffassung mehrerer des MDK-Gutachten eigentlich nicht vorlagen, ist irrelevant. Es geht nicht darum, eine genehmigte "halbfertige" Behandlung zu einem akzeptablen Ergebnis zu führen, sodass sich aus diesem Gesichtspunkt möglicherweise eine Verpflichtung der Beklagten ergäbe, ihre Auffassung bezüglich der Behandlungsnotwendigkeit nicht zu ändern. Vielmehr ist die Klägerin dem genehmigten Behandlungsplan aus eigenem Entschluss nicht mehr gefolgt und hat eine andere Behandlung gewählt. Dass es sich um eine Änderung handelt, zeigt sich schon daran, dass "Multiband" Bestandteil des genehmigten Plans war und die Kosten der neuen Behandlung mit Invisalign-Schienen die Kosten des Multibandes um mehr als das Doppelte übertreffen. Dies stand damit fest und die Klägerin hätte sich darüber informieren können und müssen. Es liegt damit auch fern, dass die Klägerin vor Beginn der Behandlung davon ausging, eine unsichtbare Zahnspange zu erhalten oder davon ausgehen konnte, dass insoweit ein "Spielraum" bestehe. Daher greift für die Invisalign-Behandlung § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V, der jegliche kieferorthopädische Behandlung im Erwachsenenalter außerhalb der aufgeführten Ausnahmeregelungen ausschließt (vgl. BSG Urteil vom 09.12.1997 - 1 RK 11/97 - a.a.O.; Höfler in KassKomm, 74. Ergänzungslieferung 2012, § 28 Rz. 20a). Der umfassende Leistungsausschluss ist nach der Rechtsprechung des BSG auch als verfassungsgemäß zu werten. Der Annahme eines Ausnahmetatbestandes im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V steht im Übrigen entgegen, dass die Therapie von Dr. S. nicht aus einer Kombination aus kieferchirurgischer und kieferorthopädischer Behandlung besteht.

Aber selbst wenn die Behandlung mit Invisalign-Schienen nur der Erfüllung der mit dem genehmigten Behandlungsplan vom 16.03.2009 festgelegten und medizinisch für notwendig erachteten Behandlungszielen gedient hätte, wäre die Nichtgenehmigung der Abänderung des Behandlungsplanes durch die Beklagte nicht zu beanstanden. Eine Notwendigkeit zur Änderung des Behandlungswegs bestand nicht. Aus den eingeholten Stellungnahmen der Ärzte des MDK ergibt sich übereinstimmend, dass die zunächst eingesetzte Zahnspange medizinisch ausreichend und zumutbar war und aus zahnmedizinsicher Sicht keine Notwendigkeit bestand, die von Dr. R. gefertigte Zahnspange zu entfernen; zahnmedizinische Gründe hat im Übrigen auch Dr. S. in seiner Aussage als sachverständiger Zeuge gegenüber dem SG nicht geltend gemacht. Die Behandlung mit den nicht notwendigen, aber zudem noch deutlich teureren Invisalign-Schienen erweist sich damit auch als unwirtschaftlich.

Darüber hinaus besteht der Anspruch aber auch deshalb nicht, weil § 135 SGB V eine Anerkennung der Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verlangt. Die von Dr. S. angewandte Versorgung mit unsichtbaren Invisalign-Schienen zur Zahnkorrektur ist nach der Stellungnahme des GBA nicht als eine sog. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode durch den GBA nach § 135 SGB V anerkannt und kann deshalb nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Besteht aber schon aus grundsätzlichen rechtlichen Gründen kein Anspruch auf Behandlung zu Lasten der Krankenkassen, so erübrigt sich auch die von der Klägerin beantragte Begutachtung der konkreten Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit der Behandlung durch Invisalign-Schienen nach § 109 SGG durch Dr. K ... Auch kann ein positives Votum eines Sachverständigen nicht einen Beschluss des GBA ersetzen.

Einen weitergehenden Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung kann die Klägerin auch nicht wegen etwaiger psychischer Erkrankungen oder aufgrund einer durch die psychische Erkrankung erhöhten Empfindlichkeit beanspruchen. Dies führt nicht zu einer Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV. Zu fragen ist allein, ob die Therapie eine solche ist, die zum Leistungskatalog der GKV gehört. Wegen Einzelheiten kann insoweit auf die zutreffenden Ausführungen des SG Bezug genommen werden.

Beratungsfehler der Krankenkasse bestehen nicht. Abgesehen davon könnte die Klägerin mit Hilfe des sog. Herstellungsanspruchs auch keine im Widerspruch zur materiellen Rechtlage bestehende Leistung zugebilligt erhalten. Wegen Einzelheiten wird erneut auf die zutreffenden Ausführungen des SG Bezug genommen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach Maßgabe des § 160 Abs. 2 SGG sind nicht ersichtlich.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-12-19