

L 11 KR 373/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 7 KR 646/17
Datum
03.01.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 373/18
Datum
15.05.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Gelten ein Heil- und Kostenplan über die Versorgung mit Zahnersatz sowie ein gleichzeitig gestellter Antrag des Versicherten auf Übernahme auch des Eigenanteils als (fiktiv) genehmigt, besteht (nur) ein Anspruch auf den doppelten Festzuschuss.

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 03.01.2018 aufgehoben, soweit die Beklagte verurteilt wird, Kosten der Klägerin für Zahnersatzbehandlung gemäß Heil- und Kostenplan vom 02.03.2016 von mehr als insgesamt 1.668,08 EUR zu übernehmen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte erstattet 1/5 der außergerichtlichen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Versorgung mit Zahnersatz über den bereits bewilligten Festzuschuss hinaus.

Die 1953 geborene Klägerin ist als Rentnerin bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Mit Heil- und Kostenplan der Zahnärztin Dr. P. vom 02.03.2016 begehrte die Klägerin die Versorgung eines Lückengebisses mit Brücke oder Prothese. Die Gesamtkosten waren mit 3.834,31 EUR angegeben. Abzüglich des Festzuschusses von 1.084,24 EUR betrage der voraussichtliche Eigenanteil 2.750,07 EUR. Mit Schreiben vom 02.03.2016, eingegangen bei der Beklagten am 07.03.2016, bat die Klägerin um Überprüfung. Sie sei 2011 an einem Mammakarzinom erkrankt. Infolge der Chemotherapie und Bestrahlungen seien ihre Zähne erkrankt. 2014 habe sie Brücken und neue Kronen erhalten und dafür ca 5.000 EUR zugezahlt. Ihre jetzigen Kosten würden sich auf ca 2.700 EUR belaufen. Sie fragte, ob es sein könne, dass sie als ehemalige Chemo- und Bestrahlungspatientin alle paar Jahre so viel Geld für ihre Zähne aufbringen müsse.

Mit Bescheid vom 31.03.2016 bewilligte die Beklagte der Klägerin den Festzuschuss iHv 1.084,24 EUR. Mit Schreiben vom 02.04.2016 erinnerte die Klägerin die Beklagte an die Beantwortung ihrer ursprünglichen Frage.

Mit Bescheid vom 02.05.2016 verwies die Beklagte auf den bereits bewilligten Festzuschuss. Ein Anspruch auf Übernahme des Eigenanteils iHv 2.750,07 EUR bestehe nicht. Das Vorbringen, die Zahnschäden seien durch die Strahlenbehandlung der Krebserkrankung verursacht, rechtfertige keine weitere Kostenübernahme. Die Ansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz seien in § 55 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) abschließend geregelt; es würden lediglich Zuschüsse in Höhe der ausgewiesenen Regelversorgung geleistet. Ein ursächlicher Zusammenhang mit anderen Erkrankungen führe nicht zu einem weitergehenden Zuschuss.

Mit ihrem Widerspruch vom 13.05.2016 machte die Klägerin das Vorliegen eines Härtefalls geltend. Mit Widerspruchsbescheid vom 01.02.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Unter Berücksichtigung des 30 vH Vorsorgebonus seien Festzuschüsse von 1.084,24 EUR bewilligt worden. Eine weitere Kostenbeteiligung dürfe auch unter Berücksichtigung der Härtefallregelung nicht erfolgen. Eine unzumutbare Belastung liege vor, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten 40 vH der monatlichen Bezugsgröße nicht überschreiten. 2016 betrage die Härtefallgrenze für Versicherte mit einem Angehörigen im Haushalt 1.597,75 EUR. Die monatlichen Bruttoeinkünfte der Klägerin (und ihres Ehemannes) zum Lebensunterhalt beliefen sich auf 2.935,22 EUR, so dass der doppelte Festzuschuss nicht gewährt werden könne. Die gesetzlichen Bestimmungen und die dazu ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung ließen eine höhere Kostenbeteiligung aufgrund des schweren Krankheitsbildes nicht zu. Auch der Hinweis auf das Patientenrechtegesetz

könne zu keinem anderen Ergebnis führen. Vom Versicherten zu tragende Zuzahlungen und Eigenanteile seien nicht von der Kasse zu übernehmen.

Hiergegen richtet sich die am 01.03.2017 zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhobene Klage. Die beantragte Leistung gelte nach [§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) bereits als genehmigt, so dass es auf die mit Bescheid vom 02.05.2016 erfolgte Ablehnung der Übernahme des Eigenanteils nicht mehr ankomme. Schon zum Zeitpunkt der erstmaligen Entscheidung am 31.03.2016 sei die dreiwöchige Frist abgelaufen. Die Genehmigungsfiktion gelte auch für Leistungen, zu deren Erbringung keine Verpflichtung bestehe. Außerdem habe ein Härtefall nach [§ 55 Abs 2 SGB V](#) geprüft werden müssen. Danach bestehe zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Abs 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in gleicher Höhe, wenn die Versicherten ansonsten unzumutbar belastet würden. Da die Klägerin die Erkrankung ihrer Zähne nicht verschuldet habe, sondern diese eine Folge der Chemo- und Strahlentherapie sei, sei von einer unzumutbaren Belastung im Sinne der Vorschrift auszugehen. Diese treffe die Klägerin umso härter, als die Problematik vor erst zwei Jahren schon einmal aufgetreten sei und zu einer erheblichen finanziellen Belastung der Klägerin geführt habe.

Mit Gerichtsbescheid vom 03.01.2018 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 02.05.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.02.2017 verurteilt, die Kosten der dem Heil- und Kostenplan vom 02.03.2016 zugrundeliegenden Zahnersatzbehandlung zu übernehmen. Ein Anspruch auf die beantragte Kostenübernahme ergebe sich aufgrund einer fingierten Genehmigung nach [§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#). Der Heil- und Kostenplan vom 02.03.2016 mit dem Schreiben der Klägerin vom gleichen Tag bilde einen hinreichend bestimmten Antrag, aus dem klar hervorgehe, dass die Klägerin vom Eigenanteil befreit werden wolle, welche Behandlung durchgeführt werden solle und wie hoch der Eigenanteil prognostisch sein werde. Der Antrag habe auch eine Leistung betroffen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liege. Zwar sei die Kostenübernahme beim Zahnersatz über den Festzuschuss hinaus nur in eng begrenzten Ausnahmefällen nach [§ 55 Abs 2 SGB V](#) möglich, jedoch nicht völlig ausgeschlossen. Die Beklagte habe nicht innerhalb der Frist von drei Wochen nach [§ 13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) entschieden; ein Gutachterverfahren sei nicht eingeleitet worden. Da der Antrag laut Eingangsstempel am 07.03.2016 eingegangen sei, ende die Frist am Dienstag 29.03.2016 nach Ostern. Die Beklagte habe erst später entschieden, die Verspätung der Klägerin aber nicht mitgeteilt. Nach alledem sei die Genehmigungsfiktion eingetreten.

Gegen den ihr am 08.01.2018 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 26.01.2018 eingelegte Berufung der Beklagten. Die Zuschusshöhe für Zahnersatz sei spezialgesetzlich in [§§ 55 ff SGB V](#) geregelt. Danach könnten dem Versicherten Eigenanteile verbleiben. Im Rahmen des Patientenrechtegesetzes seien jedoch vom Versicherten zu tragende Zuzahlungen und Eigenanteile nicht von der Kasse zu übernehmen (unter Hinweis auf [BT-Drs 17/11710 S 30](#); Schifferdecker in Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn 142; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rn 580).

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 03.01.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs 3a SGB V](#) diene der Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens. Dabei seien die Versicherten so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt ([BT-Drs 17/10488](#)). Der Antrag der Klägerin auf Übernahme der Kosten über den Festbetrag hinaus habe eine Leistung betroffen, welche die Klägerin für erforderlich halten dürfen. Tatsächlich sei es nicht ausgeschlossen, dass eine Leistung unter Freistellung vom Eigenanteil über den Festbetrag hinaus übernommen werde. Dies werde gerade in [§ 55 SGB V](#) geregelt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)), hat überwiegend Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft, zulässig und in der Sache überwiegend begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nur insoweit rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihrem sich aus der fiktiven Genehmigung ihres Antrags ergebenden Leistungsanspruch, als nicht der doppelte Festzuschuss nach [§ 55 Abs 2 SGB V](#) gewährt wird. Einen weitergehenden Anspruch als auf Übernahme des doppelten Festzuschusses iHv 1.668,08 EUR hat die Klägerin jedoch nicht, so dass insoweit die angefochtenen Bescheide nicht zu beanstanden sind. Das SG hat die Beklagte daher zu Unrecht in der Sache zur Übernahme des gesamten Eigenanteils iHv 2.750,07 EUR verurteilt. Angesichts des bereits bewilligten Festzuschusses iHv 1.084,24 EUR hat die Beklagte der Klägerin lediglich noch einen weiteren Zuschuss iHv 583,84 EUR zu gewähren.

Der Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Zahnersatzbehandlung in Höhe des doppelten Festzuschusses ergibt sich aus [§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V](#) (idF vom 20.02.2013, [BGBl I 277](#)). Nach [§ 13 Abs 3a Satz 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Hält die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden. Nach [§ 13 Abs 3a Satz 5 SGB V](#) hat die Krankenkasse, sofern sie Fristen nach Satz 1 oder Satz

4 nicht einhalten kann, dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7).

Der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Gewährung des doppelten Festzuschusses ist kraft fingierter Genehmigung des Antrags entstanden (§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V). Anschließend war die Klägerin berechtigt, "nach Ablauf der Frist", dh nachdem die Genehmigungsfiktion eingetreten war, den Anspruch zu realisieren (§ 13 Abs 3a Satz 7 SGB V). Nach dem Regelungssystem entspricht dem Naturalleistungsanspruch der im Anschluss hieran geregelte, den Eintritt der Genehmigungsfiktion voraussetzende naturalleistungsersetzende Kostenerstattungsanspruch. § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V begrenzt den sich aus der Genehmigungsfiktion ergebenden Anspruch schon nach seinem Wortlaut nicht, sondern erweitert die Handlungsoptionen neben der Inanspruchnahme der Leistung in Natur um die Selbstbeschaffung mit Kostenerstattung. Dies vermeidet eine sachwidrige Ungleichbehandlung iS von Art 3 Abs 1 GG. Denn nur der Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion ermöglicht auch mittellosen Berechtigten, die nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, ihren Anspruch zu realisieren (BSG 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R, für BSGE und SozR 4 vorgesehen, juris Rn 16). Vorliegend hat die Klägerin den Zahnersatz noch nicht eingliedern lassen, so dass es nicht um Kostenerstattung, sondern den Naturalleistungsanspruch geht.

Die Regelung des § 13 Abs 3a Satz 6 SGB V ist auf den Antrag der Klägerin sachlich anwendbar. Die Regelung erfasst ua Ansprüche auf Krankenbehandlung, nicht dagegen Ansprüche, die unmittelbar auf Geldleistungen gerichtet sind (BSG 11.07.2017, B 1 KR 26/16 R, SozR 4-2500 § 13 Nr 36). Für den hier streitigen Zahnersatz sieht § 55 SGB V lediglich Ansprüche der Versicherten auf befundbezogene Festzuschüsse vor. Zwar gewähren die Krankenkassen insoweit Geldleistungen, gleichwohl handelt es sich bei der Gewährung befundbezogener Festzuschüsse um eine Sachleistung (BSG 29.06.1994, 1 RK 40/93, SozR 3-2500 § 30 Nr 3; BSG 06.10.1999, B 1 KR 9/99 R, SozR 3-2500 § 30 Nr 10; offengelassen aber in BSG 30.06.2009, B 1 KR 19/08 R, SozR 4-2500 § 55 Nr 1; Altmiks in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 55 Rn 37 ff; Blöcher in Hauck/Noftz, SGB V, § 55 Rn 35; Nebendahl in Spickhoff, Medizinrecht, SGB V, § 55 Rn 7; Niggehoff in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl, § 55 Rn 5; Wagner in Krauskopf, SGB V, § 55 Rn 4, 8; aA Nolte in Kasseler Kommentar, SGB V, § 55 Rn 67). Dafür spricht der Wortlaut der Norm ("Versicherte haben Anspruch auf") und insbesondere das komplexe öffentlich-rechtliche Regelungssystem für die Leistungen beim Zahnersatz. So wird die Regelversorgung nach § 56 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt, die Vergütungen der Leistungserbringer werden durch Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bzw dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen festgelegt (§ 57 SGB V). Auch der Gesetzgeber geht offensichtlich davon aus, dass die Regelung des § 13 Abs 3a SGB V auf Leistungen für Zahnersatz anwendbar ist, da in der Gesetzesbegründung hierauf Bezug genommen wird (BT-Drs 17/11710 S 30).

Als bei der Beklagten Versicherte ist die Klägerin leistungsberechtigt iSv § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V. Sie beantragte die Leistung hinreichend bestimmt unter Vorlage des Heil- und Kostenplanes. Dabei hat sie in ihrem Begleitschreiben ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es ihr (auch) um die Übernahme des Eigenanteils iHv 2.750,07 EUR durch die Beklagte geht.

Der Antrag der Klägerin betraf allerdings nur in Höhe des doppelten Festzuschusses eine Leistung, die sie befundgestützt für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Klägerin die Voraussetzungen des § 55 Abs 2 SGB V für den Anspruch auf doppelte Festzuschüsse kannte. Die gesetzliche Regelung sieht diese Leistung unter bestimmten Bedingungen vor, so dass sie nicht grundsätzlich außerhalb des Leistungskatalogs liegt. Eine höhere Leistung als doppelte befundbezogene Festzuschüsse ist in § 55 SGB V jedoch schlechterdings nicht vorgesehen (vgl Abs 1 Satz 6, Abs 2, Abs 3 Satz 3). Die Versorgung mit Zahnersatz ist abschließend in § 55 SGB V geregelt, darüber hinaus gehende Ausnahmen gibt es nicht. Das gilt auch dann, wenn die Ursache der Behandlungsbedürftigkeit auf anderen Erkrankungen beruht und nicht auf zahnmedizinischen Gründen (vgl BSG 29.06.1994, 1 RK 40/93, SozR 3-2500 § 30 Nr 5). Durch die Beschränkung der Kostenerstattung nach § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V auf die "hierdurch (durch die Selbstbeschaffung) entstandenen Kosten" wird sichergestellt, dass die Krankenkasse auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat (so ausdrücklich die Gesetzesbegründung BT-Drs 17/11710 S 30). Die Versicherten sollen durch die Regelung so gestellt werden, als hätte die Kasse die beantragte Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Von den Versicherten zu tragende Eigenanteile oder Zuzahlungen sind daher auch im Rahmen des § 13 Abs 3a SGB V nicht von den Krankenkassen zu tragen (so auch BSG 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R, SozR 4-2500 § 13 Nr 33 = BSGE 121, 40; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rn 580; Schifferdecker in Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn 142). Mehr als insgesamt 1.668,08 EUR für ihren Zahnersatz kann die Klägerin daher nicht verlangen. Dies entspricht nach dem vorliegenden Heil- und Kostenplan vom 02.03.2016 dem doppelten Festzuschuss, was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist.

Die Beklagte beschied den Antrag nicht innerhalb der ab 08.03.2016 beginnenden Drei-Wochen-Frist (§ 13 Abs 3a Satz 1 Alt 1 SGB V), die am 29.03.2016 endete (§ 26 Abs 1 SGB X iVm § 188 Abs 2 BGB), sondern frühestens mit Bescheid vom 31.03.2016 nach Fristablauf. Ein Gutachterverfahren nach § 13 Abs 3a Satz 4 SGB V hat die Beklagte nicht eingeleitet. Die entstandene Genehmigung ist auch nicht später erloschen. Die Beklagte regelte mit der Ablehnung der Leistung weder ausdrücklich noch sinngemäß, weder förmlich noch inhaltlich eine Rücknahme, eine Aufhebung oder einen Widerruf (vgl hierzu §§ 45, 47 SGB X) der fingierten Genehmigung. Im Übrigen lägen auch die Rücknahmevoraussetzungen nach § 45 SGB X nicht vor (dazu BSG 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R, aaO).

Die Klägerin hat nach alledem über den bereits bewilligten Festzuschuss hinaus Anspruch auf einen weiteren Festzuschuss iHv 583,84 EUR.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-06-11