

L 4 KR 10/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 12 KR 272/02
Datum
07.08.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 10/04
Datum
19.01.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 7. August 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, in welcher Höhe sich die Beklagte an den Kosten des Zahnersatzes der Klägerin zu beteiligen hat.

Die 1940 geborene Klägerin ist bei Beklagten versichert. Ihre behandelnde Zahnärztin Dr.S. stellte am 01.02.2001 einen privatärztlichen Behandlungsplan für Zahnersatz auf und am 02.02.2001 einen Heil- und Kostenplan, den die Klägerin vorgelegt hat und den die Beklagte durch den Zahnarzt Dr.T. begutachten ließ. Der Gutachter stellte fest, die gute Mundhygiene und PAR-Vorbereitung sprächen für eine hochwertige prothetische Versorgung. Mit Ausnahme der Brücken 12 - 22 und der Krone 33 sei die Planung zu befürworten. Die behandelnde Zahnärztin legte mit Schreiben vom 22.03.2001 gegen das Begutachtungsergebnis Einspruch ein, nachdem sie dem Gutachten Dr.T. entsprechend am 19.03.2001 einen geänderten privaten Behandlungsplan mit erhöhtem Eigenanteil der Klägerin vorgelegt hat. Die Beklagte beauftragte daraufhin den Zahnarzt Dr.W. als Obergutachter. Dieser Gutachter stellte fest, eine nicht zufriedenstellende Mundhygiene lasse die Entscheidung zu einfacheren prothetischen Lösungen sinnvoll erscheinen. Dem Obergutachten entsprechend erstellte Dr.S. am 26.04.2001 einen geänderten Heil- und Kostenplan. Die Beklagte sicherte die Kostenbeteiligung in Höhe von 65 % der vertraglichen Kosten mit zu. Gegen diese, auch auf dem Heil- und Kostenplan vermerkte Zuschussfestsetzung vom 03.05.2001 richtete sich der mit Schreiben vom 28.05.2002 erhobene Widerspruch der Klägerin. Die Klägerin rügte den ihrer Ansicht nach zu geringen Kassenanteil für die im Oktober 2001 nach dem Ursprungsplan begonnene Behandlung.

Dr.S. hat der Klägerin am 13.02.2002 privat insgesamt 5.201,08 EUR in Rechnung gestellt. Laut Rechnung war der Zahnersatz am 20.12.2001 eingegliedert worden. Es wurden Mehrkosten gemäß Erklärung für Honorar und Fremdlabor in Höhe von 2.227,53 und 2.109,10 EUR verlangt sowie ein weiterer Betrag von 74,75 EUR für zahnärztliche Leistung.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 10.10.2002 zurückgewiesen. Der Widerspruchsausschuss wies darauf hin, dass die Beklagte auch nach zwei Begutachtungen der beantragten Versorgung nicht zustimmen konnte. Zum neuen Heil- und Kostenplan vom 26.04.2001 seien dann 65 % der vertraglichen Kosten bezuschusst worden. Abweichend von diesem Heil- und Kostenplan sei jedoch am 20.12.2001 eine feststehende Zahnersatzversorgung eingegliedert worden. Die Zahnärztin habe den seitens der Kasse bewilligten Anteil direkt mit der Kasse abgerechnet und den verbleibenden Eigenanteil mit Rechnung vom 13.02.2002 gefordert. Die Rechnung beinhalte auch Kosten für Leistungen, die zwischen der Klägerin und der Zahnärztin privat vereinbart wurden. Diese Leistungen seien im vollen Umfang von den Versicherten selbst zu tragen. Bei der zusätzlich in Rechnung gestellten Behandlung handele es sich um eine außervertragliche Laserbehandlung, die nicht zu Lasten der Kasse abgerechnet werden könne.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin am 05.11.2002 Klage zum Sozialgericht Augsburg. Sie wies darauf hin, dass nach ihrer Berechnung der Eigenanteil des Versicherten pro Heil- und Kostenplan prozentual deutlich gestiegen sei. Sie hielt diese Entscheidung für nicht angemessen. Sie legte eine Behandlungsabschrift vom 27.10.2002 vor, worin Dr.S. ausführt, der Zahnersatz sei mit deutlichen Einschränkungen hinsichtlich der ursprünglichen Planung genehmigt worden. Es sei dann definitiv Zahnersatz aus Titan eingegliedert worden, nämlich ein aufwendiger Kombinationszahnersatz (feststehender und herausnehmbarer Zahnersatz) im Ober- und Unterkiefer.

Auf Aufforderung des Sozialgerichts beschrieb Dr.S. den Zahnstatus vor Eingliederung und den tatsächlich eingegliederten Zahnersatz. Sie

legte außerdem Rechnungen über den Eigenanteil des tatsächlich eingegliederten Zahnersatzes, sowie weitere Privatrechnungen und eine Erklärung der Versicherten über die Mehrkostenvereinbarung vor.

Nach weiterem Schriftwechsel hat das Sozialgericht mit Urteil vom 07.08.2003 die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte weitere Kosten für den eingegliederten Zahnersatz erstattet. Nach [§ 27 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) hätten Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu ändern. Die Krankenbehandlung umfasse auch die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz. Zur Zahnersatzversorgung seien detaillierte Regelungen getroffen worden. In [§ 30 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) sei der Anspruch auf die medizinisch notwendige Versorgung beschränkt worden. Die Versicherten hätten einen Zuschuss hierzu zu leisten. Mehrkosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Abs.1 hinausgehenden Leistungen hätten die Versicherten selbst zu tragen. Die Klägerin habe bereits bei Eingang des ersten Heil- und Kostenplans bei der Beklagten eine Mehrkostenvereinbarung mit Dr.S. getroffen. Dies sei aus dem Kostenvoranschlag vom 01.02.2001 zum Behandlungsplan ersichtlich. Diese vereinbarten Mehrkosten seien von der Klägerin selbst zu tragen. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten für die Verwendung der Metalllegierung Titan. Eine Metallunverträglichkeit bestehe nicht und sei nicht belegt.

Gegen dieses Urteil richtet sich die am 15.01.2004 beim Landessozialgericht eingegangene Berufung der Klägerin, die ihre Bevollmächtigten damit begründen, das Erstgericht verkenne den Anspruch der Klägerin auf medizinisch notwendigen Zahnersatz. Wegen des guten Gebisszustands und der bestehenden Metallunverträglichkeit sowie ordentlicher Mundhygiene stelle der von Frau Dr.S. im ersten Heil- und Kostenplan vorgesehene Zahnersatz eine medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Lösung dar. Der Zahnersatz habe sich seit vier Jahren beanstandungslos bewährt. Dies beweise die Wirtschaftlichkeit. Die Bevollmächtigten legen ein Schreiben der Frau Dr.S. vom 20.05.2004 vor, worin ausgeführt wird, die Mehrkosten seien nur deshalb entstanden, weil der Zahnersatz in seiner ursprünglichen Planung hergestellt wurde und nur noch ein geringer Anteil seitens der Beklagten bezuschusst wurde. Die Patientin habe sich für die ursprüngliche hochwertige prothetische Versorgung entschieden, um damit u.a. einen längeren Erhalt der Zähne zu ermöglichen. Dies sei die beste Lösung, um der Patientin zu helfen. Die von der gesetzlichen Krankenversicherung bestellten Gutachter könnten in diesem medizinischen Fall anderer Meinung sein, natürlich agierten sie innerhalb der Richtlinien des Wirtschaftlichkeitsgebots der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Komplexität des Falles stelle ihr Therapiekonzept eine Variante der Versorgungsmöglichkeiten (ihrer Meinung nach die beste) dar, die der Gutachter eine andere Variante. Es obliege ihr nicht, Kritik an den Gutachtern zu üben. Die Bevollmächtigten der Klägerin vertreten weiter die Auffassung, es sei bis zum heutigen Tage aufklärbar, dass die von der Klägerin mit dem ersten Heil- und Kostenplan beantragte prothetische Versorgung nicht wegen starker Lockerung der Zähne oder unzureichender Mundhygiene aus zahnmedizinischen Gründen ungeeignet gewesen sei.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 19.01.2006 weist der Vorsitzende die Klägerin darauf hin, dass die Beklagte den ihr zuletzt vorgelegten Heil- und Kostenplan genehmigt hat und den höchstmöglichen Kassenzuschuss gewährt hat. Die Nichtgenehmigung des 1. (dann umgesetzten) Heil- und Kostenplanes sei nicht angefochten worden. Der Klägerevertreter ist der Auffassung, 65 % aller erbrachten Leistungen seien zu erstatten und errechnet seine Forderung von 2.231,50 EUR aus den geschätzten Gesamtkosten des Heil- und Kostenplanes vom 02.02.2001.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 07.08.2003 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 03.05.2001 in Gestalt des Widerspruchsbeseides vom 10.10.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 2.231,50 EUR für die anteilige Zahnsanierung zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Das angefochtene Urteil enthalte nach ihrer Auffassung eine zutreffende rechtliche Würdigung des Sachverhalts.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die nicht der Zulassung gemäß [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Die Klägerin hat über den von der Beklagten übernommenen Kostenanteil hinaus keinen Anspruch gegen die Beklagte.

Nach [§ 30 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) (geltendes Recht sowohl zum Zeitpunkt der Erstellung des Heil- und Kostenplanes wie im Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes) haben Versicherte Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Nach [§ 30 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) leisten Versicherte zu der Versorgung mit Zahnersatz nach Abs.1 einen Anteil von 50 v.H. der Kosten auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplanes an den Vertragszahnarzt. Dieser Anteil mindert sich nach [§ 30 Abs.2 Satz 3](#) und [§ 30 Abs.2 Satz 5](#) um insgesamt weitere 15 Prozentpunkte. Die gesetzlichen Voraussetzungen für diese weitere Minderung des Eigenanteils liegen bei der Klägerin vor, die Beklagte hat sich bereit erklärt, einen Anteil von 65 % zu übernehmen. Die Klägerin übersieht in ihrer Argumentation, dass sie nur Anspruch auf die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz hat. Die im nicht genehmigten Heil- und Kostenplan vom 02.02.2001 geplante und dann tatsächlich durchgeführte Versorgung überschreitet das Maß des Notwendigen. Zur Feststellung der notwendigen Versorgung ist die Beklagte dem Gesetz entsprechend vorgegangen. Sie hat demgemäß [§ 30 Abs.4 Satz 1 SGB V](#) den von der behandelnden Zahnärztin Frau Dr.S. vor Beginn der Behandlung vorgelegten ersten Heil- und Kostenplan gemäß [§ 30 Abs.4 Satz 5 SGB V](#) begutachten lassen. Die Befürwortung erfolgte nur mit Einschränkung, die Beklagte nahm keine Zuschussfestsetzung vor. Die auf Einspruch der behandelnden Zahnärztin durchgeführte weitere Begutachtung brachte ein für die Klägerin negatives Ergebnis, für notwendig erachtet wurde eine weniger aufwendige Versorgung. Den dann auf Grund dieses Gutachtens erstellten Heil- und Kostenplan vom 26.04.2001 genehmigte die Beklagte, sie setzte einen Zuschuss fest. Diesen Zuschuss hat die behandelnde Zahnärztin gemäß [§ 30 Abs.4 Satz 6](#) mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnet. Dass die Klägerin gemeinsam mit ihrer Zahnärztin beschlossen hat, dann die bestmögliche Versorgung zu wählen, und der Zahnersatz in seiner

ursprünglichen Planung hergestellt wurde, geht nicht zu Lasten der Beklagten. Die Klägerin hat nämlich, wie sich aus den vorgelegten privaten Kostenplänen ergibt, über die notwendige Versorgung hinaus gehenden Zahnersatz gewählt und hierüber eine Vereinbarung mit ihrer Zahnärztin getroffen. Diese Mehrkosten gehen gemäß [§ 30 Abs.3 Satz 2 SGB V](#) zu Lasten der Versicherten. Selbst die behandelnde Zahnärztin bezweifelt nicht, dass die von den Gutachtern vorgeschlagenen Versorgungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes Varianten der Versorgungsmöglichkeiten sind, also auch die vom Zweitgutachter Dr.W. vorgeschlagene Behandlung der notwendigen Versorgung entspricht.

Bei diesem materiell-rechtlich eindeutigen Ergebnis ist nicht mehr entscheidungserheblich, dass Zweifel bestehen können, ob die Klägerin überhaupt aus formellen Gründen einen höheren Kostenanteil durchsetzen könnte. Sie hat nämlich, wie in der mündlichen Verhandlung dargelegt, sich nicht gegen die Ablehnung des 1. Heil- und Kostenplanes gewendet sondern, dem Obergutachten entsprechend, einen weiteren Heil- und Kostenplan vorgelegt, den die Beklagte dann genehmigt hat. Ansprüche aus dem 1. und anschließend am 26.04.2001 ersetzten Heil- und Kostenplan kann sie damit nicht mehr geltend machen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Verfahrensausgang.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-03-27