

L 5 KR 163/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 3 KR 830/03

Datum

11.05.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 163/05

Datum

10.03.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11. Mai 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Kostenerstattung für eine kieferorthopädische Behandlung ab 13. Mai 2003.

1.

Die 1980 geborene Klägerin ist versichertes Mitglied der Beklagten. Mit Bescheid vom 26. Januar 1998 bewilligte die Beklagte einen kieferorthopädischen Behandlungsplan des Dr. S. vom 20. Januar 1998. Dieser teilte am 10. Februar 1998 mit, die kieferorthopädische Behandlung werde nicht begonnen. Die Klägerin gab an, Dr. S. habe plötzlich die Behandlung verweigert, so dass sie eine Behandlung des Z. K. in Gestalt der Korrektur eines Backenzahnes erhalten habe. In der Folgezeit habe sie bei mehreren Kieferorthopäden vergeblich versucht, die vorgesehene Behandlung zu erhalten. U.a. führte am 23.02.1999 der Kieferorthopäde Dr. S. eine eingehende kieferorthopädische Untersuchung und Beratung durch.

2.

Am 27. Februar 2003 teilte die Beklagte der Klägerin mündlich mit, dass eine jetzt aktuell begehrte kieferorthopädische Behandlung aufgrund des 1998 erstellten Behandlungsplanes nicht übernommen werde.

Am 13. und 20. Mai 2003 sowie am 26. Juni 2003 nahm die Klägerin kieferorthopädische Leistungen des Dr. M. in Anspruch, welche dieser mit an den Vater der Klägerin gerichteter Liquidation vom 30. Juni 2003 mit Euro 879,22 entsprechend "Behandlungs- und Kostenplan vom 5. Mai 2003" abrechnete. Die Erstattung dieser Kosten beantragte die Klägerin unter dem 11. Juli 2003 und erhob Widerspruch gegen die mündliche Ablehnung vom 27. Februar 2003 mit der Begründung, Genehmigung und Behandlungsplan aus dem Jahre 1998 seien nach wie vor gültig. Sie trage keine Verantwortung dafür, dass der Behandlungsplan nicht in die Tat umgesetzt worden sei, weil kein Kieferorthopäde zur entsprechenden Versorgung bei gesetzlichem Honorar bereit gewesen sei.

Mit Schreiben vom 21. Juli 2003 lehnte die Beklagte die begehrte Kostenübernahme ab. Hiergegen erhob die Klägerin am 26. Juli 2003 Widerspruch. Auf Anfrage der Beklagten teilte der behandelnde Kieferorthopäde Dr. M. unter dem 25. August 2003 mit, dass bei der Klägerin nur eine geringe Bisslagediskrepanz bestehe, so dass eine kombinierte kieferorthopädische/kieferchirurgische Therapie nicht erforderlich und auch nicht ratsam sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. September 2003 wies die Beklagte die Widersprüche gegen die Entscheidung vom 27. Februar 2003 sowie den Bescheid vom 21. Juli 2003 zurück mit der Begründung, die Genehmigung vom 26. Januar 1998 habe sich dadurch erledigt, dass die Behandlung nicht durchgeführt worden und zwischenzeitlich ein Leistungsanspruch verjährt sei. Der Antrag auf Kostenübernahme vom 27. Februar 2003 sei abzulehnen, weil die Klägerin damals bereits 22,5 Jahre alt und die gesetzliche Voraussetzung einer kombinierten kieferorthopädischen/kieferchirurgischen Therapie für Erwachsene nicht erfüllt gewesen sei.

3.

Dagegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München erhoben und beantragt, die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung durch Dr. M. ab 20. Mai 2003 zu erstatten. Sie habe bereits Ende 1997 eine kieferorthopädische Behandlung des Dr. S. erhalten. Dessen im Januar 1998 aufgestellten Behandlungsplan habe die Beklagte genehmigt, daran müsse sie sich halten. Sie treffe kein Verschulden an den erlittenen Behandlungsverweigerungen. Allein Dr. M. habe sich bereit erklärt, die begehrte und genehmigte Behandlung fortzuführen.

Die Beklagte hat demgegenüber darauf hingewiesen, dass die Behandlungsplanung die damals noch nicht volljährige Klägerin betroffen habe. Diese Behandlung sei nicht durchgeführt worden. Der Behandlungsplan habe entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seine Wirksamkeit verloren, weil die Behandlung nicht innerhalb von wenigstens sechs Monaten durchgeführt worden sei. Eine Neubewilligung scheitere daran, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für eine kieferorthopädische Behandlung Erwachsener nicht erfüllt seien.

Mit Urteil vom 11. Mai 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen im wesentlichen mit der Begründung, die Klägerin sei bei Beginn der Behandlung durch Dr. M. im Mai 2003 bereits älter als 18 Jahre gewesen, so dass die gesetzliche Voraussetzung der Notwendigkeit einer kombinierten kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Behandlung nicht erfüllt sei. Die Behandlung des Kieferorthopäden Dr. M. sei aufgrund dessen liquidiertem Behandlungsplan vom 5. Mai 2003 erfolgt und nicht aufgrund des Behandlungsplanes des Dr. S. vom 20. Januar 1998, welcher zudem durch Zeitablauf nicht mehr relevant gewesen sei.

4.

Dagegen hat die Klägerin Berufung eingelegt und ausgeführt, die Beklagte habe kieferorthopädische Leistungen auch nach Abbruch der Behandlung des Dr. S. erstattet, insbesondere durch Z. K. (Beginn 29. Mai 1998) sowie auch in den Folgejahren, was sich aus den Behandlungsnachweisen ergebe. Die grundlose Behandlungsverweigerung durch Dr. S. dürfe ihr nicht angerechnet werden. Erst nach langer vergeblicher Suche habe sie in Dr. M. einen Kieferorthopäden gefunden, der die Behandlung durchgeführt habe. Die Beklagte müsse sich an die einmal gegebene Kostenzusage halten, die keine Vorbehalte enthalten habe und noch immer Gültigkeit besitze. Im übrigen hat die Klägerin Bezug genommen auf e-mail-Auskünfte mehrerer Krankenkassen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 11. Mai 2005 sowie der Bescheide vom 27. Februar 2003 und vom 21. Juli 2003 jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. September 2003 zu verurteilen, die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung des Dr. M. ab 13. Mai 2003 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11. Mai 2005 zurückzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 10. März 2006 waren die Verwaltungsakten der Beklagten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)), aber nicht begründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der mündliche Bescheid vom 27. Februar 2003, der ein Verwaltungsakt im Sinne der [§§ 31, 33 Abs.2 SGB X](#) ist, sowie der Bescheid vom 21. Juli 2003, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. September 2003. Darin hat die Beklagte zu Recht die Übernahme der Kosten des Dr. M. über Euro 879,22 aus der Zeit vom 13. Mai bis 26. Juni 2003 abgelehnt, wie auch das Sozialgericht München zutreffend entschieden hat. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung der kieferorthopädischen Behandlung des Dr. M. ...

1.

Als versichertes Mitglied der Beklagten hat die Klägerin einen Leistungsanspruch, der hier gem. [§ 13 Abs.3 SGB V](#) in einen Kostenerstattungs- bzw. -übernahmeanspruch umgewandelt ist. Die von der Klägerin im Laufe des Jahres 2003 in Anspruch genommene kieferorthopädische Behandlung (KFO-Behandlung) zählt allerdings nicht zu den von der Beklagten nach [§§ 2, 11, 27 SGB V](#) geschuldeten medizinischen Leistungen, weil sie nach [§ 28 Abs.2 SGB V](#) ausgeschlossen ist. Die Klägerin erfüllt auch nicht die gesetzlichen Ausnahmen von diesem Leistungsausschluss. Denn die Behandlung ist zum einen nicht entsprechend [§ 28 Abs.2 Satz 7](#) i.V.m. [§ 29 SGB V](#) aufgrund ganz besonderer Kieferanomalien bedingt. Die Zahnstellung der Klägerin entspricht nicht den Erkrankungen, die in den gem. [§ 29 Abs.4 SGB V](#) i.V.m. [§ 92 Abs.1 SGB V](#) erlassenen KFO-Richtlinien vom 05.11.1993 in der Fassung vom 17.08.2001 aufgelistet sind. Dies behauptet auch die Klägerin nicht.

Auch die zweite gesetzliche Ausnahme vom Ausschluss der kieferorthopädischen Leistungen ist nicht erfüllt, denn die Klägerin hatte bei Beginn der kieferorthopädischen Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet. Maßgeblicher Behandlungsbeginn ist insoweit das Jahr 2003, in welchem Dr. M. seine Leistungen erbracht und sich dabei gemäß Rechnung vom 30.06.2003, deren Erstattung die Klägerin begehrt, auf einen Behandlungs- und Kostenplan vom 05.05.2003 bezogen hat.

2.

Entgegen der Behauptung der Klägerin ist die KFO-Behandlung des Dr. M. nicht auf den Behandlungsplan des Dr.S. vom 20.01.1998 zu stützen, welchen die Beklagte genehmigt hatte. Denn diese Behandlung hatte entsprechend schriftlicher Mitteilung des Dr.S. an die Beklagte vom 10.02.1998 bei diesem nicht begonnen. Soweit Z. K. 1998 KFO-Leistungen erbracht haben sollte und damit der Beginn der KFO-Behandlung entsprechend genehmigtem Plan angenommen werden könnte, ändert dies das Ergebnis für die Klägerin nicht. Denn in der

Folgezeit hat die Klägerin bis zum Jahr 2003 keine kieferorthopädischen Leistungen mehr erhalten. Die von ihr vorgelegten Behandlungsbescheinigungen belegen lediglich zahnärztliche, nicht jedoch kieferorthopädische Behandlungen. Damit hatte der Behandlungsplan jedenfalls im Jahre 2003 seine Wirkung verloren. Denn wie das Bundessozialgericht mit Urteil vom 25.03.2003 - [B 1 KR 17/01 R](#) - ausgeführt hat, dient der KFO-Behandlungsplan dazu, auf der Grundlage des aktuellen Gesundheitszustandes die Absichten des Arztes zu dokumentieren und dadurch insbesondere der Krankenkasse eine Kontrolle zu ermöglichen. Da der Gesundheitszustand, insbesondere der kieferorthopädische Status, Änderungen unterworfen ist, kann ein zunächst aufgestellter Plan für eine erst nach Jahren beginnende Behandlung keine medizinische Grundlage sein. Da der Behandlungsplan anspruchsbegründende Bedeutung hat, ist vor dem Hintergrund der Altersgrenze in [§ 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) bei nicht in die Realität umgesetzten KFO-Behandlungsplänen eine Grenze von einem Jahr zu ziehen. Diese Jahresgrenze ist bei Behandlungsbeginn im Jahre 2003 jedenfalls überschritten gewesen.

Entsprechend den Ausführungen des Bundessozialgerichts in der zitierten Entscheidung ist die Klägerin durch die gesetzliche Altersgrenze für KFO-Behandlungen in Verbindung mit der nur zeitlich begrenzten Geltung von KFO-Behandlungsplänen nicht rechtswidrig benachteiligt, weil es ihr durch Ergreifung rechtlicher Mittel offen gestanden hätte, den Behandlungsplan durchzusetzen. Die gleichwohl bestehende Möglichkeit, dass die Betroffenen letztlich doch für eine Maßnahme bezahlen müssen, die sie möglicherweise nur für den Fall in Anspruch nehmen wollten, dass die Krankenkasse zur Leistung verpflichtet ist, hat das Bundessozialgericht im Hinblick auf die gesetzgeberischen Entscheidungen als hinzunehmen bezeichnet. Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass die Klägerin behauptet, kein Kieferorthopäde sei bereit gewesen, die von Dr.S. geplante Behandlung gegen gesetzliches Honorar auch durchzuführen. Insbesondere sind Anhaltspunkte dafür, dass das gesetzliche System der zur Verfügungstellung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung versagt hätte, nicht gegeben.

Die Berufung musste deshalb im vollen Umfange ohne Erfolg bleiben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-04-27