

L 5 KR 458/15 ZVW

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 28 KR 1157/09

Datum

12.06.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 458/15 ZVW

Datum

15.03.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Verfahrensbesonderheiten einer Nichtzulassungsbeschwerde wie der Hinweis der Revisionsinstanz, die vom Kläger begehrte Entbindung des beigeordneten Rechtsanwaltes werde zum Verlust der anwaltlichen Vertretung führen, haben keine Auswirkung auf die Wirksamkeit einer Zurückverweisung an die Berufungsinstanz.

2. Auch im Falle einer Auslandsbehandlung (hier: Ungarn) ist nach dem SGB V eine Zahnersatzversorgung mit Implantaten nur in den gesetzlich normierten Sonderfällen zu erbringen.

3. Es verstößt nicht gegen EU-Recht, dass der Anspruch auf Kostenerstattung für im EU-Ausland beschafften Zahnersatz nur im Umfange eines von der Krankenkasse vor Behandlungsbeginn genehmigten Heil- und Kostenplanes besteht.

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 12.06.2012 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt weitere Kostenerstattung für Zahnbehandlungen in Ungarn.

Der 1940 geborene Kläger ist gesetzlich krankenversichertes Mitglied der Beklagten. Im Frühjahr 2009 entschloss sich der Kläger zur Durchführung erforderlicher Zahnbehandlungen und fasste dazu den Plan, von der Rechtsvorgängerin der Beklagten [Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 16.6.2010 - Bl. 111-113 erstinstanzliche Gerichtsakte; im Folgenden: Beklagte] einen Festzuschuss zu erhalten und diesen zur Implantat-Behandlung bei einem kostengünstigeren Zahnarzt in Ungarn zu verwenden. Per e-mail vom 24.3.2009 erbat er dazu Auskunft von der Beklagten, die ihm am Folgetag antwortete, Implantate seien außervertragliche, von den Versicherten selbst zu tragende Leistungen - es sei denn, es lägen spezifische Ausnahmeindikationen wie Tumor- oder Unfallfolgen etc. vor. Es sei für einen Zuschuss im Rahmen der Regelversorgung ein Heil- und Kostenplan zu erstellen und einzureichen, auf welchem die Höhe des Zuschusses zur Regelversorgung vermerkt werde; darüber hinausgehende Kosten seien direkt mit dem Zahnarzt abzurechnen.

Daraufhin veranlasste der Kläger drei Heil- und Kostenpläne wie folgt:

1. Heil- und Kostenplan der I. in S-Stadt, Ungarn vom 30.3.2009; dieser wurde von der Beklagten nicht genehmigt und wegen der nachfolgend dargestellten Vorgänge nicht weiter bearbeitet, auch der Kläger verfolgte die dortigen Pläne und Behandlungen nicht weiter.

2. Heil- und Kostenplan Zahnarzt M. S., A-Stadt vom 27.3.2009 über gesamt 6.143,42 EUR, eingegangen bei der Beklagten am 30.3.2009 - zu den Einzelheiten wird auf Blatt 17-19 der erstinstanzlichen Gerichtsakte Bezug genommen. Hierzu erklärte die Beklagte nach Schriftwechseln mit dem Kläger mit Schreiben vom 23.4.2009, dass sie im Falle einer Auslandsbehandlung die Festzuschüsse nach [§§ 55 SGB V](#) übernehmen werde, wobei in Deutschland geltende außervertragliche Leistungen außerhalb der Regelversorgung nicht zuschussfähig seien und dass sie Abschläge für Praxisgebühr sowie Verwaltungskosten vornehmen werde.

3. Kostenzusammenstellung, Plan Nr. 1 des Dr. B. M., G-Stadt, Ungarn vom 10.5.2009 über 5.700 EUR, der Beklagten vorgelegt mit e-mail vom 25.5.2009.

Mit e-mail vom 14.5.2009 teilte der Kläger der Beklagten mit, seine Zahnbehandlung in G-Stadt, Ungarn habe am 11.5.2009 begonnen, es seien drei Implantate gesetzt, er sei seit 13.5.2009 wieder in A-Stadt und verbringe eine Wartezeit bis zur Fortsetzung der Behandlung. Am 25.5.2009 übermittelte der Kläger die unter 3. benannte Kostenzusammenstellung des Dr. M ...

Am 22.7.2009 übersandte der Kläger drei Leistungsabrechnungen des Dr. M. vom 12.5.2009, 16.6.2009 sowie 22.7.2009 über gesamt 3.235,00 EUR und beantragte unter Bezug auf den Heil- und Kostenplan des Zahnarztes S. die Erstattung der entsprechenden Kosten. Mit Bescheid vom 28.7.2009 lehnte die Beklagte die Erstattung von Behandlungskosten des Dr. M. insoweit ab, als dieser eine Implantat-Versorgung vorgenommen hatte. Diese seien nicht dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zu geordnet, eine Ausnahmeindikation bestehe beim Kläger nicht. Mit weiteren Bescheiden vom 28.7.2008 bewilligte die Beklagte auf die Leistungen des Dr. M. 74,05 EUR für Zahnbehandlung sowie für Zahnersatzbehandlung von 1.906,87 EUR. Dabei hatten jeweils Abschläge für Praxisgebühr, Verwaltungskosten sowie für Wirtschaftlichkeitsprüfung Berücksichtigung gefunden.

Im dagegen gerichteten anschließenden Widerspruchsverfahren begehrte der Kläger volle Kostenübernahme mit der Begründung, der übersandten Kostenzusammenstellung des Dr. M. sei nicht widersprochen worden, die ihm - dem Kläger - zur Verfügung gestellten Informationen sowie zugänglichen Merkblätter beinhalteten eine volle Kostenerstattung. Mit Schreiben vom 30.7.2009 erläuterte die Beklagte die Zusammenstellung der erstattungsfähigen Kosten näher.

Mit Schreiben vom 3.9.2009 teilte der Kläger mit, die Behandlung des Dr. M. sei nunmehr abgeschlossen und beantragte die Erstattung der weiteren Kosten gem. Rechnung vom 2.9.2009 über 2.070,00 EUR. Er wies darauf hin, dass die Gesamtbehandlungskosten iHv 5.305,00 EUR die genehmigten Kosten iHv 6.132,07 EUR um 827,07 EUR unterschritten. Es seien damit die Gesamtkosten sowie Portokosten von 9.50 EUR zu erstatten. Mit Bescheid vom 10.9.2009 bewilligte die Beklagte auf die Rechnung vom 2.9.2009 nach Abzug von Verwaltungskosten von 50,00 EUR einen Erstattungsbetrag von 2.003,61 EUR unter Zugrundelegung der in Deutschland erstattungsfähigen Behandlungskosten. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und begehrte vollumfängliche Kostenerstattung.

Mit Widerspruchsbescheiden vom 17.11.2009 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers als unbegründet zurück, weil weitere Kosten nicht zu erstatten seien.

Gegen beide Widerspruchsbescheide hat der Kläger zum einen zwei Eilverfahren angestrengt (Aktenzeichen Sozialgericht München S 18 KR 1156/09 ER sowie S 18 KR 239/09 ER - beide ohne Erfolg) und zum Anderen Klage zum Sozialgericht München erhoben im Wesentlichen mit folgender Begründung:

Ihm stehe ein Anspruch zu auf Erstattung der Kosten nach dem Voranschlag des Zahnarztes S. iHv 6.231,07 EUR
Hierauf habe die Beklagte gesamt geleistet 3.984,53 EUR
so dass offen seien 2.246,54 EUR
Hinzu käme der zweimalige unrechtmäßige Abzug für Wirtschaftlichkeit iHv 100,00 EUR
Hinzu kämen Rechtsverfolgungskosten nach einem Stundenhonorar für eigene Leistungen des Klägers iHv 75,00 EUR
für 20 Stunden iHv 1.500,00 EUR
zuzüglich Post- und Portopauschale 20,00 EUR
Vorauslagtes Porto sei zu erstatten iHv 9,15 EUR
Das ergebe die Klageforderung iHv Summe 3.875,69 EUR

Er habe vorab sowie im Laufe des Verfahrens alles getan, um die Behandlungskosten zu erhalten, die er als Empfänger von geringen Rentenleistungen nicht tragen könne und sich an alle Stellen um Aufklärung gewandt. Er habe der Beklagten durch die Auslandsbehandlung Kosten erspart, weil diese andernfalls die Kosten des Zahnarztes S. iHv 6.231,07 EUR hätte übernehmen müssen. Dass er eine kostengünstigere Leistung in Form der qualitativ höherstehenden Behandlung des Dr. M. ins Werk gesetzt habe dürfe nicht zum Vorteil der Beklagten gereichen. Die Beklagte müsse den bewilligten Festzuschuss leisten. Dies ergebe sich aus mehreren offiziellen Informationsquellen, namentlich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Beklagte hat eingewandt, der Kläger erfülle nicht die Ausnahmevoraussetzungen der Implantatversorgung, so dass er auch keinen Kostenerstattungsanspruch für die entsprechenden Leistungen des Dr. M. habe. Die Beklagte hat das Antwortschreiben vom 22.3.2010 des Bundesversicherungsamtes auf das Aufsichtsbegehren des Klägers vorgelegt, wonach diesem kein weiterer Zahlungsanspruch zustehe. Vielmehr habe der Kläger mehr als den erstattungsfähigen Betrag erhalten, nämlich 680,00 EUR zu viel. Insoweit wird wegen der Einzelheiten auf Bl. 4-6 des Antwortschreibens, Bl. 105 -107 der erstinstanzlichen Gerichtsakte Bezug genommen.

In der mündlichen Verhandlung vom 12.6.2012 hat das Sozialgericht dem Kläger folgenden Antrag empfohlen: "Der Bescheid der Beklagten vom 28.07.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.11.2009 wird aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die Kosten für die in Ungarn vorgenommene Zahnersatzbehandlung (3 Implantate) iHv 1.140,00 EUR dem Kläger zu erstatten." Diesen Antrag hat der Kläger abgelehnt. Der Kläger hat stattdessen beantragt: "Der Bescheid der Beklagten vom 28.07.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.11.2009 wird aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die Kosten für die in Ungarn vorgenommene Zahnersatzbehandlung hinsichtlich befundbezogener Festzuschüsse iHv 1.140,00 EUR dem Kläger zu erstatten."

Mit Urteil vom gleichen Tag hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, weil kein Anspruch auf Implantatversorgung als Sachleistung bestanden habe und daher ein Kostenerstattungsanspruch nicht weiter gehen könne. Darüber sei der Kläger von der Beklagten mit Schreiben vom 25.3.2009 sowie vom Bundesversicherungsamt mit Schreiben vom 25.3.2010 hingewiesen worden.

Dagegen hat der Kläger Berufung eingelegt und mit Schriftsatz vom 16.6.2012 vorgetragen, er habe "NIE" die Übernahme einer Implantatbehandlung gefordert, sondern nur die Erstattung des Festzuschusses nach dem Heil- und Kostenplan S ... Eine Behandlung der I. habe er weder beantragt noch sei diese streitgegenständlich. Wörtlich hat der Kläger vorgetragen: "Streit- und sachgegenständlich aber ist eine beantragte und genehmigte Zahnbehandlung in Ungarn und die daraus resultierende Tatsache einer Nichtzahlung von befundbezogenem FESTzuschuss in Höhe von 1.140,00 EUR ...". Insoweit sehe die gesetzliche Regelung entsprechend den dazu öffentlich gemachten Informationen eine Zahlungspflicht der Beklagten vor.

Mit Beschluss vom 24.6.2014 hat das Bayerische Landessozialgericht die Berufung zurückgewiesen, weil dem Kläger der geltend gemachte Zahlungsanspruch nicht zustehe, weil dieser sich auf eine nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Sachleistung in Gestalt der Implantatversorgung beziehe.

Gegen die Nichtzulassung der Revision hat der Kläger Nichtzulassungsbeschwerde eingelegt. Das Bundessozialgericht (BSG) hat dem Kläger dazu Prozesskostenhilfe unter Beordnung der Rechtsanwälte B., G-Stadt bewilligt. Dazu hat der Kläger erklärt:

" Mit dem mir zugeordneten Anwalt vor dem Bundessozialgericht hatte ich überhaupt keinen direkten Kontakt, ich habe mit ihm kein Gespräch geführt, es gibt nur Schriftverkehr mit ihm. Er war der Meinung, dass ich keinen Anspruch auf Bezahlung der drei Implantate in Höhe von 1.140,- EUR habe. Mein Begehren vor dem Sozialgericht war es aber, die 1.140,- EUR zu erhalten, zuzüglich Reisekosten und weitere entstandene Auslagen. Mittlerweile weiß ich, dass die Reiskosten nicht erstattet bekomme, weil ich sie selbst zu tragen habe. Das wusste ich damals in der ersten Instanz nicht. Die Kosten der Reise und die weiteren Auslagen sind nicht Gegenstand der Berufung. Ich habe mich wegen meines Begehrens, 1.140,- EUR zu erhalten, an das Bundessozialgericht gewandt. Ich habe von dort den Hinweis erhalten, dass die Beordnung meines Anwalts aufrechterhalten werden muss, weil ich nicht in der Lage bin, mein Begehren in der dritten Instanz weiterzuverfolgen. So kam es dann zu dem Vortrag, der aber nicht auf meinen Informationen beruht hat." (Niederschrift vom 12.1.2016 -Bl. 297 Berufungsakten).

Das BSG hat die Revision zugelassen und mit Beschluss vom 8.9.2015 den Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 24.6.2014 aufgehoben sowie die Sache zurückverwiesen. Das Sozialgericht habe nicht auf einen sachdienlichen Antrag hingewirkt. Es habe eine Antragsbeschränkung empfohlen obwohl dies weder dem klägerischen Begehren noch der materiellen Rechtslage entsprochen habe. Der Umgang mit dem Klageziel habe gegen das Gebot effektiven Rechtsschutzes, das Rechtsstaatsprinzip und das Recht auf ein faires Verfahren verstoßen. Dadurch sei der Berufungsinstanz eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung verwehrt gewesen.

Das Bayerische Landessozialgericht hat am 12.1.2016 einen Termin zur Erörterung des Sachverhalts durchgeführt. dort hat der Kläger sein Begehren auf Festzuschuss wiederholt und betont, alles getan zu haben, um sein Vorgehen rechtlich abzusichern. Er begehre Erstattung weiterer 1.100,00 EUR und wende sich gegen die mehrfachen Abzüge wegen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verwaltungskosten. Er werde einen bezifferten Antrag binnen Monatsfrist vorlegen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Niederschrift Bl. 97-99 Berufungsakte Bezug genommen. Daraufhin hat der Kläger seinen Standpunkt weiter erläutert sowie eine Entschädigung wegen erlittener immaterieller Schäden geltend gemacht.

In der mündlichen Verhandlung vom 15.3.2016 hat der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 12.6.2012 sowie die Bescheide der Beklagten vom 28.7.2009 sowie vom 10.09.2009 jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 17.11.2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger weitere 2.355,69 EUR für Zahnbehandlungen des Dr. M. zuzüglich 9 % Zinsen hieraus über dem Basiszinssatz seit dem 30.11.2009 zu erstatten sowie die die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger immaterielle Schäden nach billiger Festsetzung durch das Gericht abzugelten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die Verwaltungsakten der Beklagten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten der Rechtszüge wird zur Ergänzung des Sachverhaltes Bezog genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung (§§ 143, 151 SGG) des Klägers ist nicht begründet.

1. Streitgegenstand ist nach dem Beschluss des BSG vom 8.9.2015 der Bescheid vom 28.7.2009 (Erstattung 1.906,87 EUR auf Rechnung vom 12.5.2009 mit Abschlag 48,13 EUR), der Bescheid vom 28.7.2009 (Erstattung 74,50 EUR auf Rechnung vom 16.6.2009 mit Abschlag 1,87 EUR), der die Erstattung von Implantatkosten ablehnende Bescheid vom 28.7.2009 sowie der Bescheid vom 10.9.2009 (Erstattung 2.003,61 EUR auf Rechnung vom 2.9.2009 mit Abschlag 50,00 EUR) jeweils in der Gestalt der beiden abschlägigen Widerspruchsbescheide vom 17.11.2009.

a) Zwar kann den erstinstanzlichen Akten sowie den glaubhaften Angaben des Klägers im Erörterungstermin vom 12.1.2016 entnommen werden, dass der Kläger sein ursprüngliches Begehren auf Erstattung fiktiver Kosten sowie von Rechtsverfolgungskosten vor dem Sozialgericht in der mündlichen Verhandlung nicht mehr weiterverfolgt hatte. Das seinem Willen entsprechende, nach Verwerfung eines gerichtlichen Antrags-Vorschlages protokollierte und nach Vorlesen genehmigte Begehren hatte sich auf 1.140,00 EUR beschränkt.

In Anbetracht der Gesamterstattung durch die Beklagte iHv 3.984,53 EUR war mit dem genehmigten Prozessantrag eine Erstattungssumme iHv 5.084,53 EUR erreicht, so dass zu den tatsächlich gezahlten Behandlungskosten des Dr. M. iHv 5.305,00 EUR nur noch eine Differenz von 220,47 EUR bestand. Vor dem Hintergrund der durch das Bundesversicherungsamt errechneten Überzahlung von 680,00 EUR, die in das erstinstanzliche Verfahren durch die Beklagte eingeführt und zum Streitgegenstand gemacht worden war, wäre der protokollierte Antrag somit auch als das wertbar, was dem Kläger aufgrund des Sachverhalts zusteht (BSG, Beschluss vom 8.9. 2015 - , Rn. 10 mwN - zitiert nach juris) oder zustehen kann.

b) Jedoch ist der Senat an die zurückverweisende Entscheidung des BSG gebunden.

Dies gilt vor dem Hintergrund der folgenden Verfahrensbesonderheiten nach den Angaben des Klägers im Erörterungstermin vom 15.1.2016:

Es war zu Vortrag gekommen, der nicht auf Informationen des Klägers beruht hatte. Der beigeordnete Anwalt hatte kein Mandantengespräch mit dem Kläger geführt. Der Kläger hatte sich wegen des Begehrens, 1.140,00 EUR zu erhalten, an das Bundessozialgericht gewandt, aber den von dort erhaltenen Hinweis so verstanden, die Beordnung sei aufrechtzuerhalten, weil er sein Begehren nicht selbst weiterverfolgen könne.

2. Der Kläger hat keinen Anspruch auf weitergehende Kostenerstattung für die im Jahre 2009 von Dr. M. vorgenommenen zahnärztlichen Behandlungen, weil die Beklagte darauf bereits mehr erstattet hat, als der Kläger erstattet verlangen kann.

Der strittige Anspruch ergibt sich nicht aus der allein in Betracht kommenden Rechtsgrundlage des [§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) (idF mWv 1.1.2007 in Kraft getretenen Änderung durch G v. 22.12.2006, [BGBl I S. 3439](#)). Danach sind gesetzlich Krankenversicherte wie der Kläger berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten der Europäischen Union - hier Ungarn -, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Die entsprechenden Voraussetzungen sind nicht erfüllt, weil der Kläger - wie ihm selbst nach seinem Berufungsvorbringen vom 16.6.2012 bewusst war - keinen Primärleistungsanspruch auf die entsprechende Sachleistung einer Implantatversorgung in Deutschland hatte und weil Dr. M. Leistungen über den genehmigten Heil- und Kostenplan S. hinausgehende Behandlungen erbracht hat. Der Primärleistungsanspruch setzt die Einhaltung eines bestimmten Verfahrens voraus: Die Prüfung des Heil- und Kostenplans und Genehmigung des Festzuschusses nach [§ 55, § 87 Abs. 1a Satz 2 ff SGB V](#) durch die Beklagte vor der zahnärztlichen Behandlung sowie das Einhalten der im Heil- und Kostenplan aufgeführten Behandlungen. Das Erfordernis, vor der Behandlung einen Heil- und Kostenplan vorzulegen, ist nicht zu beanstanden. Eine Festbetragsregelung im Sinne einer Abrechnung fiktiver Kosten auf Gutachtensbasis ist dem SGB V fremd.

a) Der Kläger hatte ausgehend von [§ 28 SGB V, § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V](#) Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Nach [§ 55 Abs. 1 SGB V](#) bestand damit ein Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) anerkannt ist.

Gem. [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) ist entsprechend dem Bundesmantelvertrag Zahnärzte vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan zu erstellen, der Befund, Regelversorgung und tatsächlich geplante Versorgungen nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Dieser Heil- und Kostenplan ist von der Beklagten vor Beginn der Behandlung zu prüfen und von dieser sind bei Versorgungsnotwendigkeit die Festzuschüsse gemäß [§ 55 SGB V](#) zu bewilligen. Nach Behandlung sind die Leistungen abzurechnen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung für einen im EG-Ausland beschafften Zahnersatz - wie vorliegend - setzt die Genehmigung der Versorgung nach Prüfung einer einem Heil- und Kostenplan vergleichbaren Unterlage durch die Krankenkasse vor der Behandlung voraus. Dies verstößt nicht gegen das Recht der Europäischen Union (BSG, Urteil vom 30.6.2009 - [B 1 KR 19/08 R](#)).

b) Zunächst ist festzuhalten, dass zum Heil- und Kostenplan der I., Ungarn vom 30.3.2009 vom Kläger der Beklagten zwar vorgelegt wurde, eine Genehmigung aber nicht erfolgt ist. Dies entspricht dem Vorgehen des Klägers, der mit diesem Dokument eine gewisse Vorabklärung der Vorgehensweise erreichen wollte, nicht aber eine Behandlung durch I. beabsichtigt hatte. Dementsprechend hatte der Kläger auch seit dem 30.3.2009 keinen Kontakt mehr mit der I. ...

Weiter ist festzustellen, dass die Beklagte die Kostenzusammenstellung für Zahnersatz, Plan Nr. 1 des Dr. M. vom 10.5.2009 nicht vor Beginn der dort aufgeführten Behandlung am 11.5.2009 erhalten hat. Den Verwaltungsakten der Beklagten ist vielmehr zu entnehmen, dass dieser Plan vom Kläger erst nach der Rückkehr von der Behandlung in G-Stadt, Ungarn vorgelegt wurde und zwar als Anlage der e-mail vom 25.5.2009 an die Mitarbeiterin der Beklagten, Frau R. ... Eine Genehmigung ist nicht erfolgt.

Rechtzeitig erstellt, vorgelegt und genehmigt wurde allein der Heil- und Kostenplan des Zahnarzt M. S., A-Stadt vom 27.3.2009 über gesamt 6.143,42 EUR, eingegangen bei der Beklagten am 30.3.2009. Diesen hat die Beklagte zwar nicht sofort genehmigt, sondern zunächst - im Endeffekt ohne Erfolg - versucht, eine sachverständige Stellungnahme einzuholen. Der Kläger hat sodann am 22.4.2009 telefonisch wie von ihm mit Bestätigungsschreiben vom gleichen Tage festgehalten von der Beklagten die Genehmigung erhalten, eine Behandlung entsprechend diesem Heil- und Kostenplan durchführen zu lassen.

Dazu hat die Beklagte unmissverständlich mit Schreiben vom 23.4.2009 erläutert, dass die tatsächlichen Kosten der entsprechenden Behandlung bei Auslandsbehandlung (nach Abschlägen) erstattungsfähig sind. Der Kläger kann sich somit nicht darauf berufen, die Beklagte habe ihn nicht ausreichen oder unzutreffend darüber informiert, auf welchem Wege und in welchem Umfang ein Erstattungsanspruch besteht.

c) Auf den so umschriebenen Leistungsanspruch des Klägers in der Gestalt des doppelten Festzuschusses wegen unzumutbarer (wirtschaftliche) Belastung, [§ 55 Abs. 2 SGB V](#), dessen tatbestandliche Voraussetzung von Seiten des Klägers erfüllt sind, hat die Beklagte zu Recht die Erstattung für Implantatversorgung abgelehnt.

aa) Der Kläger hat keinen Anspruch auf Implantatversorgung, die Beklagte hat zu Recht die Erstattung vom 1.140,00 EUR gem. Rechnung vom 12.5.2009 für drei Implantate (Zahn 35, 44, 46 je 380,00 EUR) abgelehnt. Denn im genehmigten Heil- und Kostenplan S. ist keine Versorgung mit Implantaten vorgesehen.

bb) Zahnimplantate zählen gem. [§ 29 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) darüber hinaus nicht zu den zahnärztlichen Behandlungsleistungen, die die Beklagte als gesetzliche Krankenversicherung zu erbringen hat. Der Kläger erfüllt nach der zahnmedizinischen Dokumentation sowie nach seinem eigenen Vorbringen nicht die Voraussetzungen einer Ausnahmeindikation gem. [§ 29 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) iVm der Richtlinie gem. [§ 92 Abs. 1 SGB V](#).

cc) Der Ausschluss der Implantatversorgung durch die Regelungen über die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) verstößt nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (vgl. [Art 3 Abs. 1 GG](#)). Welche Behandlungsmaßnahmen

in den GKV-Leistungskatalog einbezogen und welche davon ausgenommen und damit der Eigenverantwortung des Versicherten (vgl. [§ 2 Abs. 1 S 1 SGB V](#)) zugeordnet werden, unterliegt aus verfassungsrechtlicher Sicht einem weiten gesetzgeberischen Ermessen. Ein Gleichheitsverstoß kommt nur innerhalb der Regelungen zum Zahnersatz und gegebenenfalls zu den implantologischen Leistungen in Betracht. Mit der Richtlinie des GBA für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie, BAnz Nr. 226 vom 3.12.2003 S. 24966, idF d. Änd. vom 1.3.2006, BAnz Nr. 111 vom 17.6.2006 S. 4466) besteht selbst bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation kein Anspruch auf Implantate als Sachleistung, wenn - wie hier beim Kläger nach dem Heil- und Kostenplan S. - eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist (vgl. BSG, 2.9.2014 - [B 1 KR 12/13 R](#)). Anhaltspunkte für einen Ausnahmefall entsprechend einer medizinischen Gesamtbehandlung mit einem der Wiederherstellung der Kaufunktion übergeordneten Behandlungsziel (BSG, 7.5.2013 - [B 1 KR 19/12 R](#)) sind nicht erkennbar. Es ist damit im Fall des Klägers in der Ablehnung der Kostenerstattung für Implantatversorgung kein Verstoß gegen höherrangiges Recht zu erkennen.

b) Auf den weiteren Kostenerstattungsanspruch des Klägers hat die Beklagte mehr geleistet, als diesem zusteht.

aa) Auf die mit Rechnung vom 22.7.2009 über 1.955,00 EUR sowie auf die Rechnung vom 16.6.2009 über 140,00 EUR, welche wegen der Behandlungsart einheitlich zu sehen sind, hat der Kläger an Stelle der ihm zustehenden 1.861,79 EUR (vor Abschlägen 1.906,87 EUR) erhalten 1.981,37 EUR, so dass eine weitere Forderung nicht besteht. Im Einzelnen:

In der Rechnung vom 16.6.2009 waren 30,00 EUR für eine Bohrschablone nicht medizinisch erforderlich, im Heil- und Kostenplan S. nicht aufgeführt und im Zusammenhang mit der Implantatversorgung zu sehen. Für Röntgen waren nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen 34 Punkte vorzusehen, so dass sich ein Erstattungsbetrag von max. 28,91 EUR ergibt (entsprechend auch Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 22.3.2010). Für die Zahnextrahierungen Zahn 22 und 34 sind nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen 10 Punkte vorzusehen, so dass sich ein Erstattungsbetrag von max. 17,01 EUR ergibt (entsprechend Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 22.3.2010). In der Rechnung vom 22.7.2009 waren Kronenversorgungen des Oberkiefers für 11 Zähne (Zahn 11-15 sowie 21-26) abgerechnet. Der Heil- und Kostenplan S. beinhaltet hingegen eine Versorgung von 10 Zähnen des Oberkiefers (Zahn 11-15 sowie 21-25). Erstattungsfähig sind daher nur 1.785,00 EUR (vor Abschlägen). Der Kläger hat auf die erstattungsfähigen 1.861,79 EUR (vor Abschlägen) tatsächlich erhalten 1.981,37 EUR.

Somit liegt eine Überzahlung vor, ohne dass es auf die Rechtmäßigkeit der von der Beklagten vorgenommenen Abschläge ankäme.

Der Kläger kann im Ergebnis auf diese Rechnungen keine weitere Zahlung verlangen.

bb) Auf die Rechnung vom 2.9.2009 über 2.070,00 EUR hat der Kläger (nach Abschlag von 50,00 EUR) 2.003,61 EUR erhalten. Tatsächlich waren aber nur 1.543,61 EUR (vor Abschlag) erstattungsfähig.

Denn vorgenommen wurden Kronenbehandlungen der Zähne 31-36, im Heil- und Kostenplan S. ist die Behandlung des Zahnes 36 nicht vorgesehen. Vorgenommen wurden Kronenbehandlungen der Zähne 41-46, im Heil- und Kostenplan S. sind Behandlungen der Zähne 45 und 46 nicht vorgesehen. Damit sind drei Kronenbehandlungen à 170,00 EUR nicht erstattungsfähig, 510,00 EUR vom Rechnungsbetrag somit auszunehmen.

Für die Zahnsteinentfernung iHv 30,00 EUR sind nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen zu erstatten 13,61 EUR (vgl. Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 22.3.2010).

Anstelle des gezahlten Erstattungsbetrages von 2.003,61 EUR (nach Abschlag) hatte der Kläger lediglich Anspruch auf Erstattung von 1.543,61 EUR (vor Abschlag). Somit liegt eine Überzahlung vor, ohne dass es auf die Rechtmäßigkeit der von der Beklagten vorgenommenen Abschläge ankäme.

Der Kläger kann im Ergebnis keine weitere Zahlung verlangen.

c) Die Beklagte hat den Kläger rechtzeitig und zutreffend auf die Erstattungsmöglichkeiten und -wege sowie deren Umfang hingewiesen. Der Kläger wusste insbesondere um die Notwendigkeit der Vorabgenehmigung eines Heil- und Kostenplanes und hat sich in Bezug auf den Zahnarzt S., A-Stadt auch daran gehalten. Dass der Behandlungsplan des Dr. M. nicht vor Behandlungsbeginn der Beklagten zugegangen ist, wirkt sich somit nicht zu Lasten der Beklagten aus.

Auch eventuelle weitergehende Ansprüche in Folge unzutreffender oder unzureichender Aufklärung sowie Beratung kommen somit mangels erkennbaren Anknüpfungs-Sachverhaltes nicht in Betracht.

Damit entfallen weitere Ansprüche des Klägers wegen unzumutbarer oder unsachgemäßer Versagung von Leistungen.

Die Berufung des Klägers ist damit vollumfänglich zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-06-03