

L 5 KR 1576/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 7 KR 1298/18
Datum
31.03.2021
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 1576/21
Datum
18.05.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31.03.2021 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Im Streit steht die Kostenerstattung für kieferorthopädische Leistungen.

Der im Jahr 1963 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Am 17.02.2006 genehmigte die Beklagte die Kostenübernahme einer kieferorthopädischen Behandlung auf Grundlage des kieferorthopädischen (KFO)-Behandlungsplans der Zahnärzte K1 und O1 vom 31.01.2006. Als voraussichtliche Dauer der Therapie waren 16 Quartale angegeben. Am 07.05.2009 genehmigte die Beklagte einen KFO-Verlängerungsantrag vom 27.04.2009/01.05.2009 mit einer voraussichtlichen Therapiedauer von vier Quartalen. Der Kläger ließ in der Folge kieferorthopädische Behandlungen noch bis zum dritten Quartal 2010 bei L1 durchführen.

Im Jahr 2013 wandte sich L1 an den Kläger (Schreiben vom 06.08.2013). Es sei aufgefallen, dass der Kläger längere Zeit nicht mehr zur Behandlung in der Praxis gewesen sei. Um die Behandlung abschließen zu können, bedürfe es einer weiteren Kontrolle zur Überprüfung der Stabilität des Behandlungsergebnisses und der Erstellung von Abschlussunterlagen. Dies sei Voraussetzung für den Krankenkassenabschluss und somit der Erstattung des Eigenanteils des Klägers.

Unter dem 05.02.2016 erstellte L1 einen privatärztlichen Behandlungsplan über eine kieferorthopädische Behandlung des Klägers.

Am 29.02.2016 sprach der Kläger bei der Beklagten unter Vorlage der Privatvereinbarung vor. Er gab laut Aktenvermerk an, dass diese Behandlung im Zusammenhang mit der früheren Behandlung stehe und begehrte die Kostenbeteiligung der Beklagten. Die Beklagte wertete das Anliegen des Klägers als Neuantrag und lehnte die Kostenübernahme mündlich ab.

Mit Schreiben vom 26.04.2016 teilte die Beklagte dem Kläger mit, nachdem er sich „heute“ bzgl. einer weiteren Kostenübernahme der durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung erkundigt habe, benötige die Beklagte zur Beurteilung des Anliegens eine KFO-Planung, die als Kassenleistung beantragt werde.

Unter dem 10.05.2016 bestätigte L1 dem Kläger, dass die Behandlung nicht kosmetischen Belangen diene. Der Zahn 45 müsse intrudiert werden, um eine funktionelle Okklusion mit den geplanten prothetischen Maßnahmen im Gegenkiefer zu erreichen.

Am 07.11.2016 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Erstattung von Behandlungskosten für kieferorthopädische Leistungen bei K1 und O1 im Zeitraum vom 30.08.2005 bis 26.05.2010 in Höhe von 1.819,63 € (Rechnungen vom 10.10.2005 bis zum 16.07.2010). Ein gegen die Ablehnung geführtes Klageverfahren beim Sozialgericht Karlsruhe (SG; S 14 KR 1223/17) endete mit dem klageabweisenden Gerichtsbescheid vom 21.12.2017. Die Berufung hiergegen nahm der Kläger im Erörterungstermin vom 27.02.2019 zurück (L 4 KR 384/18).

Mit Schreiben vom 05.04.2017 beantragte der Kläger die Kostenerstattung von Rechnungen über weitere Behandlungen bei L1 vom 18.04.2016, 10.10.2016 und 09.01.2017 für kieferorthopädische Behandlungen in der Zeit vom 21.01.2016 bis 01.12.2016 in Höhe von insgesamt 541,89 €. Er verwies auf die am 17.02.2006 erteilte Genehmigung.

Mit Bescheid vom 10.04.2017 lehnte die Beklagte diesen Antrag mit der Begründung ab, dass die im Jahr 2006 genehmigte kieferorthopädische Behandlung bereits im Jahr 2009 abgeschlossen worden sei.

Unter dem 22.05.2017 bescheinigte L1 dem Kläger, dass die kieferorthopädische Behandlung nunmehr beendet sei. Unter Vorlage dieser Bescheinigung beantragte der Kläger bei der Beklagten am 07.06.2017 die Erstattung der Eigenanteile verschiedener Abrechnungen aus den Jahren 2009 und 2010. Nach zunächst erfolgter Ablehnung (Bescheid vom 19.06.2017), bewilligte die Beklagte schließlich die Erstattung (Schreiben vom 10.07.2017).

Des Weiteren übersandte die Beklagte dem Kläger den weiteren Bescheid vom 04.09.2017, in dem sie die Übernahme der in der eingereichten Rechnung ausgewiesenen Kosten (erneut) ablehnte, da es sich um außervertragliche private Leistungen handele.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 07.09.2017 Widerspruch ein. Die Beklagte sei verpflichtet, die Kosten in geltend gemachter Höhe von 541,89 € zu erstatten. Die kieferorthopädischen Behandlungen seien medizinisch notwendig gewesen. Die Behandlungen gem. dem Behandlungsplan aus dem Jahr 2009 seien im Jahr 2016 auch noch nicht abgeschlossen gewesen, sondern erst seit 22.05.2017. Die im Jahr 2016 durchgeführten Behandlungen seien allesamt Kassenleistung und keine Privatleistung gewesen.

Die Beklagte setzte sich telefonisch mit der Praxis L1 in Verbindung. Von dort erhielt sie die Auskunft, dass die im Jahr 2006 genehmigte und im Jahr 2009 verlängerte kieferorthopädische Behandlung im 3. Quartal 2010 abgeschlossen gewesen sei. Es sei zwar erst am 22.05.2017 eine Abschlussbescheinigung ausgestellt worden, dies hätte aber bereits schon im Jahr 2010 erfolgen müssen. Dort sei zudem vermerkt, dass die letzte Abrechnung im dritten Quartal 2010 erfolgt sei. Hinsichtlich der kieferorthopädischen Behandlung im Jahr 2016 sei seitens der Praxis kein Antrag bei der Beklagten gestellt worden, da die medizinischen Voraussetzungen nicht vorgelegen hätten und der Kläger eine Privatbehandlung gewünscht habe. Der Kläger habe diesbezüglich am 05.02.2016 eine Vereinbarung über eine Privatbehandlung unterschrieben.

Mit diesem Sachverhalt konfrontiert, trug der Kläger gegenüber der Beklagten unter dem 07.12.2017 schriftlich vor, die Geschäftsstelle C1 der Beklagten habe ihm gegenüber geäußert, die Kosten für die weitere kieferorthopädische Behandlung im Jahr 2016 könnten nicht übernommen werden, da der Behandlungsplan aus dem Jahr 2009 nicht genehmigt sei. Er habe sich die notwendigen Leistungen daher selbst beschaffen müssen. Die im Behandlungsplan 2009 gestellte Diagnose umfasse auch die Behandlung der Zähne 43, 45, 46. Den streitigen Rechnungen sei zu entnehmen, dass diese Region behandelt worden sei. Die Behandlung sei im medizinisch erforderlichen Umfang erst im Mai 2017 abgeschlossen gewesen. Die Beklagte sei auch nach der sog. Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) verpflichtet, ihm die Kosten zu erstatten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.03.2018 wies die Beklagte den Widerspruch „gegen den Bescheid vom 10.04.2017“ als unbegründet zurück. Der Kläger habe mit der Praxis L1 am 05.02.2016 eine Vereinbarung über eine Privatbehandlung geschlossen. Schon allein deshalb sei eine Kostenerstattung ausgeschlossen. Darüber hinaus sei eine Kostenerstattung nicht möglich, weil der Kläger vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung im Jahr 2016 die Kostenübernahme nicht beantragt habe und eine mögliche Entscheidung der Krankenkasse nicht abgewartet habe. Eine Beantragung der Kostenübernahme für die im Jahr 2016 durchgeführten Behandlung bereits im Jahr 2009 habe der Kläger nicht nachgewiesen. Auf die Genehmigungsfiktion könne sich der Kläger nicht berufen, da es hierfür im Jahr 2009 noch gar keine gesetzliche Grundlage gegeben habe.

Am 16.04.2018 hat der Kläger Klage beim SG erhoben und beantragt, die Kosten gemäß den drei Rechnungen vom 18.04.2016, 10.10.2016 und 09.01.2017 in Höhe von 541,89 € zu erstatten. Zur Begründung hat er nochmals darauf verwiesen, dass die im Jahr 2006 noch bei den Zahnärzten K1 und O1 begonnene kieferorthopädische Behandlung, die bei L1 fortgesetzt worden sei, im Jahr 2016 noch nicht beendet gewesen sei, da noch Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe. Insbesondere sei der Zahn 45 nur provisorisch fixiert gewesen. Nicht entscheidend sei hierbei die Laufzeit des genehmigten kieferorthopädischen Behandlungsplans. Am 26.04.2016 habe er bei der Beklagten wegen der Kostenübernahme vorgesprochen und erklärt, dass er noch in Behandlung sei. Da die Beklagte eine Kostenübernahme verweigert habe, sei er gezwungen gewesen, sich die notwendigen Leistungen selbst zu beschaffen. Mit Schriftsatz vom 19.11.2018 hat der Kläger seine Klage erweitert und nunmehr beantragt, die gesamten Behandlungskosten gem. dem Behandlungsplan vom 05.02.2016 in Höhe von 1.032,17 € zu erstatten. Der Sachverhalt sei nicht aufgeklärt. Es sei noch gutachterlich aufzuklären, ob ein Zusammenhang zwischen den Behandlungen in den Jahren 2009 und 2016 bestanden habe. Der Leistungsanspruch des Versicherten sei zwar von der Genehmigung der Behandlung und deren Befristung abhängig. Der Verlängerungsantrag vom 01.05.2009 sei von der Beklagten nicht genehmigt worden. Die Beklagte habe fälschlicherweise auf dem Antrag vermerkt, dass eine Genehmigung erfolgt sei. Wegen fehlender Genehmigung entfalle auch die Befristung der Genehmigung, so dass die Genehmigungsfiktion gem. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) die gesamte Behandlung, einschließlich der im Jahr 2016 durchgeführten Maßnahmen umfasse.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten.

Das SG hat L1 schriftlich als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat ausgeführt, dass sich die streitgegenständlichen drei Rechnungen nicht auf Leistungen aus dem Behandlungsplan aus dem Jahr 2009 bezögen, sondern auf Leistungen aus einem privaten Kostenplan vom 05.02.2016. Sämtliche Leistungen im Behandlungsplan aus dem Jahr 2009 seien im Zeitraum vom 26.11.2008 bis 02.09.2010 abgerechnet worden. Am 02.09.2010 seien die Retentionsmaßnahmen eingesetzt worden. Danach sei der Kläger trotz Aufforderung nicht mehr zu den notwendigen Kontrollen erschienen. Im Allgemeinen sei eine ein- bis zweijährige Retentionskontrolle üblich, insofern sei die Behandlung zum 30.09.2012 als abgeschlossen anzusehen. Der Kläger habe sich erst wieder am 21.01.2016 in der Praxis vorgestellt mit der Bitte um Intrusion von Zahn 45, um ein besseres prothetisches Ergebnis zu erreichen. Nachträglich habe seine Praxis auf Wunsch des Klägers am 22.05.2017 eine Erfolgsbescheinigung für die Behandlung vom 26.11.2008 bis 02.09.2010 ausgestellt.

Mit Beschluss vom 11.12.2018 hat das SG den Antrag des Klägers auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe (PKH) wegen fehlender

Erfolgsaussichten abgelehnt (S 7 KR 1298/18). Die hiergegen gerichtete Beschwerde des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg mit Beschluss vom 20.09.2019 zurückgewiesen (L 4 KR 4559/18 B).

Mit Gerichtsbescheid vom 31.03.2021 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, soweit der Kläger sich gegen den Bescheid vom 10.04.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.03.2018 wende und die Erstattung der Kosten aus den Rechnungen vom 18.04.2016, 10.10.2016 und 09.01.2017 in Höhe von 541,89 € begehre, sei die Klage als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig, jedoch unbegründet. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung lägen nicht vor. Das Gericht verweise diesbezüglich auf die schlüssigen und umfassenden Ausführungen im Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 20.09.2019 im PKH-Verfahren, denen es sich vollumfänglich anschließe und die es im Folgenden nochmals darstelle: Gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) seien, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen können oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden seien, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Eine unaufschiebbare Leistung in diesem Sinne mache der Kläger selbst nicht geltend. Ein Kostenerstattungsanspruch folge aber auch nicht aus [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 2. Var. SGB V wegen unrechtmäßiger Verweigerung der Sachleistung durch die Krankenkasse. Ein solcher Anspruch scheide nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) regelmäßig aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt habe, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (BSG, Urteil vom 20.05.2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -; BSG, Urteil vom 17.06.2008 - [B 1 KR 31/07 R](#) -). Dies sei vorliegend der Fall. Ausweislich des Schreibens der Beklagten vom 26.04.2016, welches der Kläger vorgelegt habe, habe er sich an diesem Tag wegen einer weiteren Kostenübernahme der durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung erkundigt. Ob er zu diesem Zeitpunkt den kieferorthopädischen Behandlungsplan vom 05.02.2016 oder einen Behandlungsvertrag mit der kieferorthopädischen Praxis unterschrieben hatte, könne vorliegend offenbleiben, denn der vorliegenden Rechnung vom 10.10.2016 sei zu entnehmen, dass zumindest am 11.07.2016 mit der Behandlung begonnen worden sei. Zu diesem Zeitpunkt habe eine Ablehnungsentscheidung der Beklagten nicht vorgelegen. Das Schreiben der Beklagten vom 26.04.2016 stelle keine Ablehnungsentscheidung dar, denn dort werde der Kläger lediglich aufgefordert, eine KFO (kieferorthopädische) Planung vorzulegen, die als Kassenleistung beantragt werde; die Unterlagen sollten zur Prüfung übersandt werden. Eine verbindliche Entscheidung über einen Sachleistungsanspruch sei damit nicht getroffen. Vielmehr werde eine Prüfung des Anspruchs erst in Aussicht gestellt. Auch der äußeren Form nach handele es sich nicht um einen regelnden Verwaltungsakt (keine Bezeichnung als Bescheid o.ä., kein Verfügungssatz, keine Rechtsbehelfsbelehrung). Weder der Verwaltungsakte noch den weiteren vom Kläger vorgelegten Schreiben sei eine verbindliche Ablehnungsentscheidung der Beklagten vor dem 11.07.2016 zu entnehmen. Der Kläger habe eine solche auch nicht substantiiert vorgetragen. Nach dem vorgelegten kieferorthopädischen Behandlungsplan vom 05.02.2016 handele es sich um eine einheitliche Behandlung, auf deren Durchführung sich der Kläger mit Behandlungsaufnahme vor einer Ablehnungsentscheidung der Beklagten festgelegt hatte. Es fehle damit an dem nötigen Ursachenzusammenhang zwischen einem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast). Nichts anderes ergebe sich aus dem nach Ansicht des Klägers nicht genehmigten KFO-Verlängerungsantrag vom 01.05.2009. Dieser habe nämlich nicht die nun durchgeführte Behandlung beinhaltet. Der kieferorthopädische Behandlungsplan vom 05.02.2016 beziehe sich, wie auch der Kläger anführe, auf die Diagnose „UK 45 extrudiert“ und die Therapie „UK 45 Intrusion“. Dagegen habe der Verlängerungsantrag vom 01.05.2009 bei der Diagnose „UK Infraokklusion 45,46; 45,46 auch mesial gekippt; 32 elongiert“ die Therapie „UK ... 45,46 körperlich aufrichten, 32 intrudieren“ umfasst. Eine Intrusion sei mithin an einem anderen Zahn (32) vorgesehen gewesen, nicht an dem nun behandelten Zahn 45, für den erst und nur ein körperliches Aufrichten vorgesehen gewesen sei. Die nun durchgeführte Behandlung sei mithin nicht dieselbe, wie im Verlängerungsantrag vorgesehen. Ob in der Folge der dort vorgesehenen Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt eine Intrusion auch des Zahnes 45 nötig werden könnte (und ggf. einen weiteren Verlängerungsantrag erforderlich gemacht hätte), sei insoweit nicht relevant. Insofern sei vorliegend auch nicht die Einholung eines Sachverständigengutachtens erforderlich zur Klärung der Frage, ob ein Zusammenhang zwischen den Behandlungen in den Jahren 2009 und 2016 bestanden habe. Denn maßgeblich sei allein, dass die nun durchgeführte Behandlung nicht Inhalt des Verlängerungsantrags vom 01.09.2009 gewesen sei und daher nicht mit der Entscheidung über diesen abgelehnt oder bewilligt gewesen sei. Der Kläger könne sein Begehren auch nicht auf die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a S. 6](#) und 7 SGB V stützen. Die Regelung sei auf den Antrag des Klägers sachlich anwendbar. Sie erfasse u.a. Ansprüche auf Krankenbehandlung, wie die vom Kläger begehrte kieferorthopädische Behandlung. Auf die vom Kläger angeführte Nichtbewilligung des KFO-Verlängerungsantrags vom 01.05.2009 könne der Anspruch nicht gestützt werden, da zu diesem Zeitpunkt die zum 26.02.2013 eingeführte Regelung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) noch nicht in Kraft gewesen sei. Ein weiterer Antrag, dessen Genehmigung über [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) fingiert werden könne, sei vorliegend nicht ersichtlich. Die Genehmigungsfiktion setze einen hinreichend bestimmten Antrag im Sinne des [§ 33 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) voraus. Dies sei dann der Fall, wenn die auf der Grundlage des gestellten Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne des [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) hinreichend bestimmt ist. Dies sei zu bejahen, wenn sein Adressat objektiv in der Lage sei, den Regelungsgehalt des Verfügungssatzes zu erkennen. Es genüge hierfür, dass das Behandlungsziel klar sei (BSG, Urteil vom 07.11.2017 - [B 1 KR 24/17 R](#) -). Dass der Kläger am 26.04.2016 einen in diesem Sinne bestimmten Antrag gestellt habe, sei nicht ersichtlich. Weder der Verwaltungsakte noch den vom Kläger vorgelegten Schreiben lasse sich der tatsächliche Inhalt seines Antrags entnehmen. Der Kläger habe auch nicht behauptet, an diesem Tag den kieferorthopädischen Behandlungsplan vom 05.02.2016 vorgelegt zu haben. Eine solche Vorlage ergebe sich auch nicht aus dem Schreiben der Beklagten vom 26.04.2016 oder dem weiteren Akteninhalt. Ein Anspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) scheitere auch daran, dass der Kläger die begehrte Leistung nicht habe für erforderlich halten dürfen, da sie offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung liege (BSG, Urteil vom 11.07.2017 - [B 1 KR 26/16 R](#) -). Bei dem kieferorthopädischen Behandlungsplan vom 05.02.2016 handele es sich um einen rein privatärztlichen. Eine Vorlage bei der Beklagten am 26.04.2016 unterstellt, hätte sich dieser Antrag gerade nicht auf Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bezogen. Soweit der Kläger mit seiner erweiterten Klage die Erstattung weiterer Kosten über den Betrag von 541,89 € hinaus begehre, sei diese Klage lediglich als allgemeine isolierte Leistungsklage, gestützt auf die Genehmigungsfiktion gem. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) zulässig, da die angefochtenen Bescheide hierüber keine Regelung getroffen hätten. Für eine diesbezügliche Anfechtungs- und Leistungsklage fehle es an einem entsprechenden Verwaltungs- und Vorverfahren als Sachurteilsvoraussetzung. Die allgemeine Leistungsklage sei jedoch ebenfalls unbegründet, da die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) - wie dargelegt - nicht vorlägen.

Gegen den ihm am 09.04.2021 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 05.05.2021 Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt. Er macht geltend, das SG habe es versäumt aufzuklären, ob es sich bei den streitigen Leistungen um Privatbehandlungen gehandelt habe. Die Behauptung, er habe eine Privatbehandlung gewünscht, sei falsch. Mit der sachkundigen Auswertung seiner Röntgenaufnahmen könne er beweisen, dass es sich um Kassenleistungen gehandelt habe. Es seien nicht „sämtliche“ Leistungen aus dem Behandlungsplan von 2009 bis 02.09.2010 abgerechnet gewesen. Die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen gewesen. Die Okklusion sei

noch nicht hergestellt gewesen, wie sich aus den Röntgenaufnahmen ergebe. Der Behandlungsplan 2009 umfasse das Behandlungsziel der Herstellung der Okklusion. L1 habe falsche Angaben gemacht. Weil die KFO-Behandlung nachweislich nicht abgeschlossen gewesen sei, habe er sich die Leistungen gutgläubig selbst beschafft. Die Beklagte sei von ihm über das Ziel und die beabsichtigte Fortsetzung der KFO-Behandlung informiert und der Behandlungsplan sei vorgelegt worden. Die Beklagte habe im Termin den Behandlungsplan vom 05.02.2016 für die Unterlagen fotokopiert. Die Beklagte hätte sein Vorsprechen als Antragstellung werten müssen. Wenn jetzt der Vorgang aus den Verwaltungsakten nicht zu entnehmen sein sollte, dürfe das nicht zu seinem Nachteil gereichen. Die Beklagte habe nachweislich die Akten manipuliert, Unterlagen entfernt und durch andere ersetzt, wie bei dem Behandlungsplan 2009. Das SG hätte zudem nicht durch Gerichtsbescheid entscheiden und nicht auf die Entscheidungsgründe des PKH-Beschlusses des LSG verweisen dürfen. Außerdem habe es nicht die aktuelle Rechtsprechung zum [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) berücksichtigt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31.03.2021 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 10.04.2017 und 04.09.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.03.2018 zu verurteilen, ihm Kosten für kieferorthopädische Leistungen in Höhe von 1.032,17 € zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid und ihre Bescheide für zutreffend.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten des Senats, die Akten des SG und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs. 1, 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit 87 Abs. 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist statthaft und zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

1. Die Klage ist bereits unzulässig, soweit der Kläger mit ihr die Erstattung höherer Kosten für kieferorthopädische Behandlungen als 541,89 € (Rechnungen vom 18.04.2016, 10.10.2016 und 09.01.2017) geltend macht. Insoweit fehlt es schon an einem Verwaltungsverfahren und einer Entscheidung der Beklagten. Es liegen insoweit keine in diesem Verfahren gerichtlich überprüfbaren Verwaltungsentscheidungen der Beklagten vor. Die den angefochtenen Entscheidungen der Beklagten zugrundeliegenden Anträge des Klägers bezogen sich ausschließlich auf die Erstattung der ihm in der Zeit vom 21.01.2016 bis 01.12.2016 in Höhe von insgesamt 541,89 € (Rechnungen vom 18.04.2016, 10.10.2016 und 09.01.2017) entstandenen Kosten. Die Unzulässigkeit der Anfechtungsklage zieht die Unzulässigkeit der mit ihr kombinierten (unechten) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)) nach sich. Diese Leistungsklage setzt voraus, dass der Sozialleistungsträger die begehrte Leistung abgelehnt hat. Sie kommt vor dem Erlass einer entsprechenden Verwaltungsentscheidung nicht in Betracht. Die auf eine Genehmigungsfiktion gestützte isolierte Leistungsklage geht ins Leere, weil die Genehmigungsfiktion nach der neueren Rechtsprechung des BSG kein fingierter Verwaltungsakt ist (BSG, Urteil vom 26.05.2020 - [B 1 KR 9/18 R](#) -; BSG, Urteil vom 18.06.2020 - [B 3 KR 14/18 R](#) -; beide in juris).

2. Im Übrigen ist die Klage zwar zulässig, aber unbegründet. Die Bescheide der Beklagten vom 10.04.2017 und 04.09.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.03.2018 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihm mit Rechnungen vom 18.04.2016, 10.10.2016 und 09.01.2017 entstandenen Kosten in Höhe von insgesamt 541,89 €.

Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit dies das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch vorsieht. Da der Kläger nicht nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommen als Rechtsgrundlagen für das Erstattungsbegehren nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) oder [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) in Betracht.

a) Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung aufgrund fingierter Genehmigung nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#).

Die Krankenkasse hat gem. [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) 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 Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß [§ 87 Abs. 1c SGB V](#) durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden ([§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse Fristen nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 oder Satz 4 SGB V](#) nicht einhalten, hat sie dies nach [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet ([§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#)).

Die Beklagte hat den Antrag des Klägers vom 05.04.2017 auf Erstattung der 541,89 € fristgemäß mit Bescheid vom 10.04.2017 abgelehnt. Darüber hinaus hat der Kläger sich die kieferorthopädischen Leistungen nicht „nach Ablauf der Frist“, sondern bereits vor Antragstellung selbst beschafft. Auch deshalb scheidet ein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) aus.

Der Kläger kann einen Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) mit Erfolg auch nicht auf seinen mündlich gestellten Antrag vom 29.02.2016 auf Kostenbeteiligung am Behandlungsplan vom 05.02.2016 stützen. Die Regelung ist zwar auf den Antrag aus Februar 2016 zeitlich anwendbar. Die Leistungen waren zu diesem Zeitpunkt ausweislich der Rechnungen bis auf die Erstellung des privatärztlichen Behandlungsplans und den Plan vorbereitende Leistungen auch noch nicht erbracht. Die Beklagte hat diesen Antrag auf Kostenbeteiligung aber laut Aktenvermerk vom 29.02.2016 mündlich gegenüber dem Kläger abgelehnt. Damit hat die Beklagte fristgemäß über den Antrag des Klägers vom 29.02.2016 entschieden. Dem steht nicht entgegen, dass die Entscheidung nicht schriftlich erteilt wurde. Ein Verwaltungsakt im Sinne von [§ 31 Satz 1 SGB X](#) ist nicht an eine bestimmte Form gebunden.

Darüber hinaus scheitert ein Anspruch aus [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) in Bezug auf den Antrag des Klägers vom 29.02.2016 aber auch daran, dass der Kläger keinen materiellen Anspruch auf die selbst beschafften kieferorthopädischen Leistungen hatte und der Kläger hiervon im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung Kenntnis, jedenfalls aber grob fahrlässige Unkenntnis, hatte. Das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse besteht bei materieller Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung nur, sofern der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung keine Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruchs hatte („Gutgläubigkeit“; BSG, Urteil vom 26.05.2020 - [B 1 KR 9/18 R](#) -, in juris; Fortentwicklung von BSG, Urteil vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) -, in juris). Grob fahrlässig handelt nach der Legaldefinition des [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#), wer die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt, d.h. wer schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellt und daher nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss. Kieferorthopädische Leistungen werden nach § 1 Anlage 15 zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z; vorliegend in der bis 30.06.2018 geltenden Fassung) nur nach Vorlage und Genehmigung eines vom Zahnarzt auszustellenden Heil- und Kostenplans nach Anlage 8 zum BMV-Z erbracht. Dies war dem Kläger aus den Behandlungen in der Vergangenheit und aufgrund seines Berufs als Zahntechniker bekannt. Zudem wurde er am 29.02.2016 und auch später von der Beklagten darauf hingewiesen, dass er einen solchen Heil- und Kostenplan beizubringen hat und der privatärztliche Behandlungsplan nicht genügt. Er war damit im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung bösgläubig und konnte nicht, ohne dass ihm jedenfalls grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen wäre, annehmen, dass er von der Beklagten die im privatärztlichen Behandlungsplan vom 05.02.2016 ausgewiesenen Leistungen beanspruchen kann.

b) Der Kläger kann den geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung auch nicht auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) stützen.

Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind Kosten, die dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung einer Leistung entstanden sind, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt. 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt. 2), von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Das Gesetz sieht damit in Ergänzung des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise Kostenerstattung vor, wenn der Versicherte sich eine Leistung auf eigene Kosten selbst beschaffen musste, weil sie von der Krankenkasse als Sachleistung wegen eines Mangels im Versorgungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt worden ist (vgl. etwa BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -; Urteil vom 14.12.2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -; beide in juris). Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht hierbei nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (hier auf kieferorthopädische Behandlung nach [§ 29 SGB V](#) in der bis 10.05.2019 geltenden Fassung). Die Krankenkasse muss Aufwendungen des Versicherten nur erstatten, wenn die selbstbeschaffte Leistung (nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Rechts, BSG, Urteil vom 08.03.1995 - [1 RK 8/94](#) -, in juris) ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen gewesen wäre oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 08.09.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris, m.w.N.).

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V](#) lag nicht vor; dies macht auch der Kläger nicht geltend.

Die Beklagte hat die beantragte Leistung auch nicht im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V](#) zu Unrecht abgelehnt. Ohne Heil- und Kostenplan durfte die Beklagte die beantragten Leistungen nicht genehmigen. Die Vorlage des eingereichten privatärztlichen Behandlungsplans vom 05.02.2016 genügte nicht. Die (mündliche) Ablehnung der Kostenübernahme am 29.02.2016 ist somit zu Recht erfolgt.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem genehmigten KFO-Behandlungsplan vom 31.01.2006 und dem KFO-Verlängerungsantrag vom 27.04.2009. Der KFO-Behandlungsplan vom 31.01.2006 scheidet als Grundlage für die streitgegenständlichen Behandlungsleistungen schon deshalb aus, weil er in Folge des Verlängerungsantrags vom April 2006 als überholt anzusehen ist. Die KFO-Verlängerungsplanung beinhaltet indes nicht die streitgegenständlichen Leistungen. Die abgerechneten Leistungen auf Grundlage des privatärztlichen Behandlungsplans vom 05.02.2016 beziehen sich auf die Diagnose „UK 45 extrudiert“ und die Therapie „UK 45 Intrusion“. Hingegen umfasste der Verlängerungsantrag vom 27.04.2009/01.05.2009 bei der Diagnose „UK Infraokklusion 45, 46; 45, 46 auch mesial gekippt; 32 elongiert“ die Therapie „UK... 45, 46 körperlich aufrichten, 32 intrudieren“. Eine Intrusion war mithin an einem anderen Zahn (32) vorgesehen, nicht an dem nun behandelten Zahn 45, für den erst und nur ein körperliches Aufrichten vorgesehen war. Die nun durchgeführte Behandlung ist mithin nicht dieselbe, wie im Verlängerungsantrag vorgesehen. Dies hat auch L1 in seiner Aussage als sachverständiger Zeuge gegenüber dem SG bestätigt. Ob in der Folge der dort vorgesehenen Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt eine Intrusion auch des Zahnes 45 nötig werden könnte (und gegebenenfalls einen weiteren Verlängerungsantrag erforderlich gemacht hätte), ist insoweit nicht relevant. Maßgeblich ist lediglich, dass die nun durchgeführte Behandlung nicht Inhalt des Verlängerungsantrags vom 27.04.2009/01.05.2009 war und daher nicht mit der Entscheidung über diesen abgelehnt oder bewilligt war.

Die Einholung eines Sachverständigengutachtens war nicht erforderlich. Dass die Behandlungsplanungen von 2006 und 2016 nicht deckungsgleich sind, kann ohne besonderen medizinischen Sachverstand durch einen Vergleich der angegebenen Diagnosen und Therapien beantwortet werden.

Aber selbst wenn die streitgegenständlichen Leistungen von der KFO-Verlängerungsplanung von 2006 umfasst gewesen wären, könnte ein

Leistungsanspruch im Jahr 2016 nicht mehr auf diese Planung gestützt werden. Bei einer so langen Zeit ohne Behandlung ist nicht von einer Fortsetzung der damals begonnenen Maßnahmen auszugehen, auch wenn nach wie vor dieselbe Kieferanomalie die Behandlungsnotwendigkeit begründen sollte (vgl. zu einer zweijährigen Behandlungsunterbrechung BSG, Urteil vom 09.12.1997 - [1 RK 11/97](#) -, in juris; zu einer erst nach Jahren begonnenen Behandlung BSG, Urteil vom 25.03.2003 - [B 1 KR 17/01 R](#) -, in juris).

Der Senat hatte auch dem vom Kläger erhobenen Vorwurf, die Beklagte habe die Verwaltungsakte manipuliert, nicht weiter nachzugehen. Es ist nicht ersichtlich, dass die vom Kläger angenommene Fälschung der Genehmigung des KFO-Verlängerungsantrags von 2006 zu seinem Nachteil gereichen könnte. Abgesehen davon, enthält die Verwaltungsakte einen Abdruck des im handschriftlichen Vermerk vom 04.12.2017 in Bezug genommenen EDV-Eintrags, wonach der Verlängerungsantrag am 07.05.2009 genehmigt wurde.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-06-03