L 6 KR 1119/14

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Meiningen (FST)
Aktenzeichen
S 22 KR 2310/13
Datum
07.03.2014
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 1119/14
Datum
04.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 7. März 2014 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die Kosten für die Reparatur des Zahn-ersatzes und Kosten für eine Funktionsanalyse zu erstatten hat.

Der 1945 geborene Kläger ist bei der Beklagten freiwillig versichert. Im Februar 2012 gliederte der Zahnarzt Dr. H. ihm entsprechend einem im Mai 2011 erstellten Heil- und Kostenplan einen Zahnersatz im Oberkiefer ein. Die Beklagte zahlte hierfür den Festzuschuss in Höhe von 3.330,04 Euro.

Im November 2012 erstattete der Kläger eine Mängelanzeige bei der Beklagten. Diese beauf-tragte Dipl.-Stom. M. mit einer Mängelbegutachtung nach § 4 der Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Dr. M. führte in seinem Gutachten vom 9. Januar 2013 u.a. aus, der Kläger habe bis zur Neuanfertigung des Oberkiefer-Zahnersatzes eine zirkuläre festsitzende Brücke getragen. Als Mängel habe er angegeben, dass das Teleskop auf Zahn 23 sich schon mehrmals gelockert habe und er unter Kopfschmerzen und Kiefergelenksbeschwerden leide. Die klinische Untersuchung zeige, dass die ausgeführte prothetische Versorgung frei von Herstellungsmängeln sei. Dass Innenteleskop 23 könne wieder befestigt werden. Die Kunststoffabplatzungen im 2. Quadranten könnten nachgebessert, die Druckstelle durch Nachbesserung beseitigt werden. Bei der Herstellung des neuen Zahnersatzes nach Entfernung der 30 Jahre alten zirkulären Brücke könne es zu einer Bissumlage gekommen sein. Bei den Beschwerden im Kiefergelenk handle es sich vermutlich um eine funktionelle Problematik. Dr. H. sei bereit, die entsprechenden Reparaturmaßnahmen und auch eine funktionelle Nachsorge zu übernehmen. Die Beklagte informierte den Kläger über das Ergebnis der Begutachtung. Der Kläger teilte daraufhin mit, er sei nicht bereit, nochmals Dr. H. aufzusuchen. Die Beklagte wies ihn unter dem 14. Februar 2013 darauf hin, dass Dr. H. auf seinem Recht zur Nachbesserung bestehe, daher könne zum jetzigen Zeitpunkt einem Wechsel des Behandlers nicht zugestimmt werden. Für die prothetische Neuversorgung übernehme der Erstbehandler die zweijährige Gewährleistung; bei einem Wechsel des Behandlers entfalle dieser Anspruch. Er möge sich mit dem behandelnden Zahnarzt in Verbindung setzen.

Unter dem 9. Juli 2013 (Betreff "Behandlungsplan Kiefergelenkserkrankung/Kieferbruch vom 28. 06. 2013 - Schienentherapie") teilte die Beklagte dem Kläger u.a. mit: "Ihr Zahnarzt hat uns den Behandlungsplan Kiefergelenkserkrankung/Kieferbruch eingereicht. Für ihre Behandlung übernehmen wir die Kosten der zahnärztlichen Vertragsleistungen entsprechend dem uns vorliegenden Behandlungsplan". Laut Aktenvermerk wurde die Schienentherapie danach abgerechnet.

Am 22. August 2013 überreichte der Kläger einen Kostenvoranschlag des Zahnarztes D. vom 11. Juni 2013 bezüglich funktionsanalytischer Maßnahmen über 1.208,09 EUR und eine Rechnung vom 21. Juni 2013 über 243,78 EUR für die Reparatur der vorhandenen Prothese. Der Kläger wisse, dass es sich bei der Funktionsdiagnostik um eine Privatleistung handle. Die Reparatur der Prothese habe er dem Kläger privat in Rechnung gestellt, weil er den Zahnersatz nicht gefertigt habe und demzufolge auch keine Garantieleistung erbringe.

Mit Bescheid vom 29. August 2013 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Nach Rücksprache mit der Zahnarztpraxis D. sei er darüber informiert, dass es sich bei der Funkti-onsdiagnostik um eine privatzahnärztliche Leistung handle. Auf seinen Wunsch sei die Reparatur der vorhandenen Prothese durch den Zahnarzt D. durchgeführt worden. Die Kosten habe er privat zu tragen.

Im Widerspruchsverfahren führte der Kläger aus, er sei mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht einverstanden. Nach den Arbeiten des Zahnarztes D. an der Prothese seien die starken Schmerzen entfallen. Es könne von ihm nicht verlangt werden, nochmals Dr. H. aufzusuchen, der die Prothese nicht sachgemäß hergestellt und seine zwei Zahnbrücken (Zahngold) verloren habe. Mit Schreiben vom 25. September 2013 wies die Beklagte erneut darauf hin, dass die auf eigenen Wunsch erfolgte Reparatur durch den Zahnarzt D. von ihm selbst zu tragen sei. Eine Mängelbegutachtung sei nunmehr nicht mehr möglich, da durch die Korrekturen des Zahnarztes D. die Gewährleistungsansprüche gegenüber Dr. H. verloren gegangen seien.

Im Oktober 2013 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht (SG) erhoben. Seine gesamten gesundheitlichen Störungen seien durch die falsch hergestellte Zahnprothese verursacht worden. Er habe jetzt eine Anzahl Rechnungen von dem behandelnden Zahnarzt D. erhalten, die die Beklagte zu begleichen habe. Er hat die Rechnung vom 1. Oktober 2013 über 701,92 EUR (Behandlungszeitraum vom 28. Juni bis 13. September 2013) überreicht. Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, sie sei nicht die richtige Beklagte. Sie sei ihrer Leistungsverpflichtung nach § 55 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) nachgekommen. Bei der Anforderung eines Mängelgutachtens und der Einleitung eines Prothetik-Einigungsgespräches handle es sich nicht um einen Verwaltungsakt, sondern lediglich um einen unterstützenden Vorgang zur Durchsetzung etwaiger Ansprüche des Versicherten gegen seinen Zahnarzt. Wenn der Kläger mit der Leistung des Zahnarztes nicht einverstanden sei, wäre der Zivilrechtsweg zu bestreiten. Hiergegen hat der Kläger u.a. eingewandt, er könne nicht dazu gezwungen werden, von einem Zahnarzt weiterhin behandelt zu werden, der die vorherige Gold-Zahn-Prothese angeblich verloren habe, womit ein krasser Vertrauensbruch eingetreten sei. Es hätte ein weiterer Gutachter eingeschaltet werden müssen. Er könne kein privatrechtliches Verfahren finanzieren, dürfe deswegen aber nicht von seinem Recht ausgeschlossen werden. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat er erklärt, die von Dr. H. angefertigte Zahnprothese passe nicht. Die Verblendungen würden stetig abbrechen. Er habe sie bereits selbst wieder aufgeklebt. Er beiße sich nachts immer auf die Zähne; dies habe er auch Dr. H. erklärt. Der Zahnarzt D. habe die Prothesenzähne bearbeitet, damit die Prothese selbst schmerzfrei einzusetzen sei.

Mit Urteil vom 7. März 2014 hat das Sozialgericht (SG) die Klage als unzulässig abgewiesen. Selbst wenn das Schreiben der Beklagten vom 25. September 2013 als Verwaltungsakt auszu-legen wäre, sei ein Widerspruchsverfahren durch die Beklagte durchzuführen. Die Durchführung eines Vorverfahrens stelle nach § 78 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) eine unverzichtbare Sachurteilsvoraussetzung dar.

Hiergegen hat der Kläger Berufung eingelegt und wiederholt zur Sache sein Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren. Im Übrigen hat er unter Fristsetzung u.a. eine "schriftliche, ausführliche Erklärung" verlangt, "um welches und in welchem völkerrechtsmäßigen Status das Thüringer Landessozialgericht handelt".

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 7. März 2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 29. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. April 2017 zu verurteilen, ihm die Kosten für die Reparatur des Zahnersatzes durch den Zahnarzt D. in Höhe von 243,78 EUR sowie die Kosten für die weitere Behandlung des Zahnarztes D. in Höhe von 701,92 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlich ergangenen Gerichtsbescheides.

Nach entsprechendem Hinweis des Senats hat die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen ihre Entscheidung vom 25. September 2013 mit Widerspruchsbescheid vom 7. April 2017 zurückgewiesen. Dieser habe dem Dr. H. keine Möglichkeit zur Nachbesserung innerhalb der Frist gegeben, obwohl er über den Weg aufgeklärt worden sei. Nachdem er im Zeitraum 27. bis 28. Mai 2013 sich von dem Zahnarzt D. eine Reparatur an der Prothese habe vornehmen lassen und die Rechnung vom 21. Juni 2013 über 243,78 EUR erstmals am 22. August 2013 eingereicht habe, sei der gesetzlich vorgegebene Beschaffungsweg nicht eingehalten worden. Hinsichtlich der Erstattung der Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen handle es sich dabei um privatärztliche Leistungen. Sie gehörten nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürften von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden (§ 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V). Mit der Behandlung sei bereits am 28. Juni 2013 begonnen worden, eine Kostenerstattung scheide damit aus, weil er sich die Leistung selbst beschafft habe, ohne die Krankenkasse im Vorfeld einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten, obwohl ihm das zumutbar gewesen wäre.

Der Zahnarzt D. hat auf Anfrage des Senats nach einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen ihm und dem Kläger u.a. eine Patientenerklärung nach § 4 Abs. 5b des Bundesmantelvertrages Zahnärzte (BMV-Z - Funktionsanalyse inklusive Schiene) sowie eine Vereinbarung der Vergütungshöhe nach § 2 der Gebührenverordnung für Zahnärzte, beide vom Kläger am 27. Juni 2013 unterzeichnet, zu den Akten gereicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Ge-richtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Ge-genstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Für die Entscheidung über die Berufung ist das Thüringer Landessozialgericht zuständig.

Nach § 1 SGG wird die Sozialgerichtsbarkeit durch unabhängige, von den Verwaltungsbehörden getrennte, besondere Verwaltungsgerichte ausgeübt. Nach § 2 SGG werden als Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit in den Ländern Sozialgerichte und Landessozialgerichte, im Bund das Bundessozialgericht errichtet. Nach § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung. Weitere Ausführungen zu den nicht im Ansatz nachvollziehbaren Rechtsansichten des Klägers, u.a. zu "Sondergerichten" oder der Behauptung, in Deutschland gebe es keine gesetzlichen Richter, erübrigen

sich.

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Senat hat den Beteiligten in entsprechender Anwendung des § 114 Abs. 2 Satz 2 SGG die Möglichkeit eingeräumt, dass Vorverfahren nachzuholen (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 4. März 2014 - Az.: B 1 KR 43/13 B Rn. 6 m.w.N., nach juris). Die Beklagte hat das Vorverfahren durch Erlass des Widerspruchsbescheides vom 7. April 2017 abgeschlossen. Dieser ist nach § 96 SGG Gegenstand des Rechtsstreits geworden. Die Voraussetzungen für eine Sachentscheidung liegen damit vor.

Der Bescheid der Beklagten vom 29. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. April 2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten, die ihm durch die Inanspruchnahme des Zahnarztes D. in dem streitigen Zeitraum entstanden sind.

Als Anspruchsgrundlage kommt allein § 13 Abs. 3 Alt. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22. Juni 2011 (BGBl. I Seite 1202 ff) in Betracht, nachdem sich der Kläger die Behandlung auf einem anderen als dem gesetzlich vorgesehenen Weg - der Inanspruchnahme einer Sachleistung - beschafft hat. Nach § 13 Abs. 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch vorsieht. Nach § 13 Abs. 3 SGB V ist eine Krankenkasse zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

Wie sich aus § 13 Abs. 1 SGB V ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung; er besteht deshalb nur, soweit die selbst be-schaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Kranken-kassen als Sachleistung zu erbringen sind. Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes (§ 2 Abs. 2 SGB V) trägt § 13 Abs. 3 SGB V dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1, § 27 Abs. 1 Satz 1, § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist (vgl. Bundessozialgericht (BSG) in SozR 3-2500 § 135 Nr. 4 S. 10, 11 m.w.N). Die Bestimmung erfasst hier nur Kosten, die dem Versicherten bei regulärer Leistungserbringung nicht entstanden wären. Andere Kosten, etwa die Verpflichtung gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer oder Zahlungen, die einem Leistungserbringer ohne Rechtsgrund zugewendet werden, lösen keinen Kostenerstattungsanspruch aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - Az.: B 1 KR 14/07 m.w.N., nach juris). Voraussetzung für eine Kostenerstattung in beiden Fällen des § 13 Abs. 3 SGB V ist auch, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Alternative 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang besteht, ohne den die Bedingung des § 13 Abs. 1 SGB V für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist. Dies bedeutet einmal, dass Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung abgelehnt hatte; ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen (vgl. BSG, Urteile vom 14. Dezember 2006 - Az.: B 1 KR 8/06, 19. Juni 2001 - Az.: B 1 KR 23/00 R, 15. April 1997 - Az.: 1 BK 31/96, nach juris).

a) Ein Kostenerstattungsanspruch bezüglich der von dem Zahnarzt D. in Rechnung gestellten Kosten für die Reparatur der Prothese (Rechnung vom 21. Juni 2013) scheidet bereits deshalb aus, weil dem Kläger keine erstattungsfähigen Kosten entstanden sind. Er war keiner rechtswirksamen Vergütungsforderung ausgesetzt, weil es diesbezüglich an einer privatzahn-ärztlichen Honorarvereinbarung fehlt und damit die formalen Voraussetzungen eines ärztlichen Vergütungsanspruchs nicht vorliegen. Ein Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes gegen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Ausnahme. Grundsätzlich wird die Leistung des Vertragszahnarztes von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vergütet, die ihrerseits die Mittel dafür in Form einer Gesamtvergütung von den Krankenkassen erhält (vgl. u.a. § 2 Abs. 2 SGB V, § 75 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V, § 85 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V). Ein weiterer Vergütungsanspruch kann nur entstehen, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Arzt schriftlich bestätigt (§ 4 BMV-Z, vgl. BSG, Urteil vom 15. April 1997 - Az.: 1 RK 4/96, LG Mannheim, Urteil vom 18. Januar 2008 - Az.: 1 S 99/07, nach juris). An einer schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Kläger und dem Leistungserbringer über die zu erbringenden Leistungen fehlt es hier. Der Zahnarzt D. hat eine solche bzgl. der Reparatur der Prothese nicht vorgelegt. An Stelle von Honoraransprüchen kommen in solchen Situationen nach der Rechtsprechung des BSG auch keine gesetzlichen Ansprüche - insbesondere auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) - gegen den Versicherten in Betracht. Dies würde auch die gesetzliche Regelung des Naturalleistungsprinzips unterlaufen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - Az.: B 1 KR 24/05 R m.w.N., nach juris).

Darüber hinaus fehlt es auch an einem Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kostenübernahme mit Bescheid vom 29. August 2013 und den Reparaturkosten im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V. Der Kläger hat sich bereits im Mai 2013 die Leistung selbst beschafft, ohne bei der Beklagten einen Antrag auf Übernahme der Reparatur der Zahnprothesen durch den Zahnarzt D. zu stellen. Diese hatte ihn mit Schreiben vom 14. Februar 2013 darauf hingewiesen, dass eine Mängelbeseitigung durch Dr. H. erfolgen müsse, der auch auf sein Recht zur Nachbesserung bestehe. Sollten die Probleme durch Nachbesserungen nicht behoben werden können, möge er sie informieren.

b) Ebenso fehlt ein Kausalzusammenhanghang zwischen der Ablehnung der Kostenübernahme mit Bescheid vom 29. August 2013 und den entstandenen Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen entsprechend der Rechnung vom 1. Oktober 2013. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten vom 29. August 2013 war nicht ursächlich für den Anfall der Kosten. Der Kläger hat mit der Behandlung bereits am 28. Juni 2013 begonnen, ohne sich zuvor mit der Beklagten in Verbindung zu setzen und deren Entscheidung

abzuwarten.

Unerheblich ist, dass die Behandlung zum Zeitpunkt der Ablehnungsentscheidung noch nicht abgeschlossen war. Ob die Entscheidung der Krankenkasse noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen (vgl. BSG, Urteile vom 19. Juni 2001 - Az.: B 1 KR 23/00 R, nach juris) kann hier letztlich dahinstehen, weil ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers bezüglich der am 12. September 2013 ausgewiesenen Laborkosten, auch daran scheitert, dass die erbrachten Leistungen nicht von der vertragszahnärztlichen Leistung umfasst sind.

Für eine Notfallbehandlung i. S. d. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder eine sonstige unaufschiebbare Behandlung, die es dem Kläger unzumutbar machte, die Krankenkasse vorher einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten, liegen keine Anhaltspunkte vor.

Die Beklagte hat die Übernahme der Kosten auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Zahnärztliche Behandlungen werden, wie bereits ausgeführt, grundsätzlich als Sachleistung erbracht (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V), ggf. aufgrund eines vertragszahnärztlichen Heil- und Kostenplans (HKP). Die entsprechenden vertragsärztlichen Leistungen des Zahnarztes D. im Zusammenhang mit der Behandlung des Klägers sind von der Beklagten nach den vertragsärztlichen Abrechnungsbestimmungen mit dem Zahnarzt abgerechnet worden. Hier geht es allein um die Kosten für die funktionsanalytischen Maßnahmen. Unabhängig von deren medizinischer Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit, die als gegeben unterstellt werden kann, enthält § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V einen Leistungsausschluss der zahnärztlichen Behandlung für funktionsanalytische Maßnahmen. Dies bedeutet, dass solche Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht zu den von der Krankenkasse zu gewährenden zahnärztlichen Leistungen gehören und auch nicht bezuschusst werden dürfen.

§ 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V begegnet auch keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 10. Mai 2005 - B 1 KR 20/03 R m.w.N., nach juris) ergibt sich aus der Verfassung kein Anspruch gegen die Krankenkassen auf Bereitstellung oder Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen. Vielmehr hat der Gesetzgeber bei der Festlegung des Umfangs des Krankenbehandlungsanspruchs einen weiten Gestaltungsspielraum (vgl. auch Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 15. Dezember 1997 - 1 BvR 1953/97).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
FST
Saved
2017-09-15