S 8 KR 233/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Darmstadt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Genehmigungsfiktion Zahnersatz Seltenheitsfall
Leitsätze	1. Der Antrag auf Gewährung eines Zuschusses auf Zahnersatz ist umfassend zu verstehen und nicht auf die Geltendmachung des Eigenanteils begrenzt. 2. Bei nicht fristgemäßer Entscheidung bei einem Antrag auf Zahnersatz und Gutgläubigkeit des Versicherten hat die Krankenkasse einen weiteren Zuschuss bis zum Doppelten des Zuschusses zur Regelversorgung zu zahlen. Hintergrund dieser Regelung ist, dass die Krankenkasse durch die Einführung des § 13 Abs. 3a SGB V zu einer schnellen Entscheidung angehalten werden sollte. Sofern sie dieser Verpflichtung nicht nachkommt, kommt der ebenfalls in dieser Vorschrift enthaltene Sanktionsgedanke zum Tragen.
Normenkette	SGB V § 13 Abs. 3a

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 233/17
Datum	18.10.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Die Beklagte wird unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 24.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.04.2017 verurteilt, den Bescheid vom 24.05.2016 teilweise in HÃ¶he von 975,82 â¬ aufzuheben.

Die Beklagte wird verurteilt, dem KlÃ¤ger Kosten fÃ¼r Zahnersatz gemÃ¤Ã dem Heil- und Kostenplan vom 26.01.2016 in HÃ¶he von 975,82 â¬ zu erstatten.

Im Ãbrigen werden die Klagen abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine auÃergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ãigkeit der Ablehnung der Ãbernahme von Kosten fÃ¼r eine zahnÃ¤rztliche Behandlung.

Der Zahnarzt des KlÃ¤gers erstellte am 26.01.2016 einen Heil-und Kostenplan. Es war beabsichtigt, bei zwei ZÃ¤hnen eine Vollkrone nach einer TangentialprÃ¤paration zu versorgen und 22 ZÃ¤hne durch eine Teilkrone oder Veneer zu versorgen. Insgesamt berechnete die Zahnarztklinik einen Betrag von 11.232,53 â¬ fÃ¼r die zahnÃ¤rztlichen Leistungen, ein zahnÃ¤rztliches Honorar von 81,75 â¬ und Material- und Laborkosten von 19.000,-â¬ (Gesamtbetrag: 30.314,28 â¬) Nach Abzug des Festzuschusses der Krankenversicherung von 927,99 â¬ sollte der Eigenanteil des KlÃ¤gers 29.386,29 â¬ betragen. Der Zahnarzt informierte zudem Ã¼ber die Kosten der Regelversorgung. Die Kosten fÃ¼r eine dem Befund entsprechende Regelversorgung wÃ¼rde voraussichtlich in HÃ¶he des doppelten Festzuschusses liegen und wÃ¼rde 1.855,98 â¬ betragen; der Eigenanteil des KlÃ¤gers im Rahmen der Regelversorgung betrug dabei 927,99 â¬.Â

Nach dem Behandlungsvertrag vom 26.01.2016 wies der behandelnde Zahnarzt darauf hin, dass seitens der Krankenkasse ein Zuschuss zur Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen festgelegt werde. Der Zuschuss der Krankenkasse werde nur fÃ¼r die Regelversorgung gewÃ¤hrt. Sofern eine Versorgungsform auÃerhalb der Kassenrichtlinien gewÃ¤hrt werde, bleibe die HÃ¶he des Zuschusses unverÃ¤ndert. Die Kosten, die Ã¼ber die Regelversorgung hinausgehen, seien von dem Patienten zu tragen. Sofern der Patient eine Leistung auÃerhalb der Regelversorgung wÃ¤hle, erhalte er neben dem Kostenplan ein Beiblatt, welches die Mehrkosten entnommen werden kÃ¶nnen. Der KlÃ¤ger bezahlte fÃ¼r die im Zeitraum vom 24.05.2016 bis 23.06.2016 durchgefÃ¼hrte Behandlung BetrÃ¤ge i. H. v. 27.294,31 â¬.

Der KlÃ¤ger reichte diesen Heil- und Kostenplan am 31.03.2016 bei der Beklagten ein. Diese beauftragte einen Zahnarzt zur Begutachtung des Heil- und Kostenplanes; eine Information des KlÃ¤gers erfolgte nicht. Der begutachtende Zahnarzt kam zu dem Ergebnis, dass der vorliegende Heil- und Kostenplan

zahnmedizinischen GrundsÃ¤tzen entsprechen wÃ¼rde und nicht zu beanstanden sei, insbesondere seien die angefragten ZE-Richtlinien beachtet worden.

Die Beklagte gewÃ¤hrte dem KlÃ¤ger mit Bescheid vom 24.05.2016 einen Festzuschuss von 880,16 â¬. Er hÃ¤tte sich fÃ¼r eine sogenannte andersartige Versorgung entschieden. Der Festzuschuss wÃ¼rde sich an dem festgestellten Befund orientieren und die zahnÃ¤rztlichen und zahntechnischen Behandlungsumfang der jeweiligen Regelversorgung berÃ¼cksichtigen. Die dadurch entstandenen Mehrkosten seien von dem KlÃ¤ger zu tragen. Der KlÃ¤ger fÃ¼hrte die Behandlungen aus dem Heil- und Kostenplan im Zeitraum vom 24.05.2016 bis 23.06.2016 durch.

Der KlÃ¤ger legte mit Schreiben seiner ProzessbevollmÃ¤chtigten vom 07.11.2016 Widerspruch und stellte hilfsweise einen Ãberprüfungsantrag nach Â§ 44 SGB X. Mit Schreiben vom 24.11.2016 â Ã¼berschrieben mit â AnhÃ¶rungâ â erlÃ¤uterte die Beklagte ihre Sicht der Sach- und Rechtslage. Sie sei der beantragten PrÃ¼fung nach Â§ 44 Abs. 1 SGB X nachgekommen und mÃ¼sse mitteilen, dass eine weitere KostenÃ¼bernahme nicht mÃ¶glich sei. Seit dem 01.01.2005 wÃ¼rden sich die gesetzlichen Krankenversicherungen an der Versorgung mit Zahnersatz ihrer Versicherten mit befundbezogenen FestzuschÃ¼ssen beteiligen; jedem Befund werde eine bestimmte Regelversorgung zugeordnet. Die Mehrkosten fÃ¼r eine darÃ¼berhinausgehende Versorgung seien von den Versicherten zu tragen. Bei dem KlÃ¤ger lÃ¶se der angegebene Befund einen Festzuschuss fÃ¼r die Regelversorgung im Oberkiefer mit einer festsitzenden BrÃ¼cke von Zahn 24-27 aus. FÃ¼r zwei dieser ZÃ¤hne kÃ¶nnten zusÃ¤tzlich die Kosten fÃ¼r die vestibulÃ¤re Verblendung Ã¼bernommen werden. Im Unterkiefer kÃ¶nnten sie sich zusÃ¤tzlich an den Kosten fÃ¼r die Teilkronen der erkrankten ZÃ¤hne 47, 46 und 36 beteiligten. Der KlÃ¤ger habe sich jedoch fÃ¼r zusÃ¤tzliche private MaÃnahmen in Form von festsitzendem Zahnersatz entschieden (Oberkiefer Region 17-23 und Unterkiefer 45-43 und 33-35). Eine KostenÃ¼bernahme dieser ZÃ¤hne sei nicht mÃ¶glich, da diese nicht befundet seien und daher keinen Festzuschuss auslÃ¶sen. Diese Kosten mÃ¼sse der KlÃ¤ger selber tragen. Deshalb halte sie ihre Entscheidung aufrecht. Dieses Schreiben gelte gleichzeitig als AnhÃ¶rung. Es enthielt keine Rechtsbehelfsbelehrung.

Die ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers bat mit Schreiben vom 21.12.2016 um VerlÃ¤ngerung der Frist zur BegrÃ¼ndung des Widerspruchs, den sie mit Schriftsatz vom 08.03.2017 begrÃ¼ndete. Es wÃ¼rde sich um eine Ausnahmebehandlung handeln wÃ¼rde. Die Leistung sei als unterstÃ¼tzender Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung zu sehen. Er habe an erheblichen Kopf- und Nackenschmerzen gelitten, welche mit Schmerzmitteln medikamentÃ¶s behandelt werde mussten. Nach einer multimodalen Zusammenarbeit zwischen OrthopÃ¤den und Zahnarzt hÃ¤tte sich ergeben, dass die erheblichen und schmerzhaften jahrelangen Beschwerden ihre Ursache in der Kiefer- und Zahnstellung hÃ¤tten. Die zahnÃ¤rztliche Behandlung mit den in dem Heil- und Kostenplan aufgefÃ¼hrten Positionen sei notwendig, um die durch eine Krankheit der ZÃ¤hne des Mundes oder des Kiefers nach wissenschaftlich anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse zu heilen bzw. durch die Krankheit verursachten Beschwerden zu

lindern. Diese MaÃnahmen wÃ¼rden nicht der Eigenverantwortung des KlÃ¤gers obliegen und kÃ¶nne ihm auch nicht zugerechnet werden.

Es sei unbeachtlich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss keine Ausnahmeindikation fÃ¼r die von dem KlÃ¤ger bestehende Krankheit festgelegt hÃ¤tte, da es sich um einen sogenannten Seltenheitsfall handeln wÃ¼rde. Die Behandlungsrichtlinie stamme zudem aus dem Jahre 2006, sodass davon auszugehen sei, dass sich die Regeln der zahnÃ¤rztlichen und medizinischen Kunst und auch die Erfahrungen in Bezug auf Erkrankungen fortentwickelt habe. Der KlÃ¤ger habe eine regelrechte Odyssee hinter sich um Schmerzfreiheit bzw. wenigstens Schmerzlinderung zu erreichen. Sein schmerzhafter Zustand sei fÃ¼r ihn nicht mehr hinnehmbar gewesen, seine ErwerbstÃ¤tigkeit bereits erheblich gefÃ¤hrdet gewesen. Die durchgefÃ¼hrte zahnÃ¤rztliche Behandlung habe zu vollstÃ¤ndiger Schmerzfreiheit gefÃ¼hrt.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.04.2017 zurÃ¼ck. Der KlÃ¤ger habe nur einen Anspruch auf befundbezogene FestzuschÃ¼sse in HÃ¶he von 50 % der festgesetzten BetrÃ¤ge fÃ¼r die jeweilige Regelversorgung bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, soweit eine zahnprothetische Versorgung notwendig sei und einer nach Â§ 135 SGB V anerkannten Methode entspreche. Soweit der Versicherte einen Ã¼ber die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz wÃ¤hle, habe er die Mehrkosten gegenÃ¼ber den in Â§ 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen zu tragen. Die Krankenkasse habe zudem durch die GewÃ¤hrung eines Festbetrags nach Â§ 12 Abs. 2 SGB V ihre Leistungspflicht erfÃ¼llt. Zudem sei ein hÃ¶herer Zuschuss gesetzlich nicht vorgesehen wÃ¤re, sofern eine Versorgung mit Zahnersatz aus anderen als zahnmedizinischen GrÃ¼nden erfolge. Denn Â§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V knÃ¼pfe die BeschrÃ¤nkung der Kassenleistung an den Gegenstand (Zahnersatz) und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs an. Die Gesetzessystematik gehe von Ã¤rztlichen und zahnÃ¤rztlichen Behandlungen einerseits und der Versorgung mit Zahnersatz andererseits als jeweils selbststÃ¤ndige Leistung aus. Wegen der HÃ¤ufigkeit des Zusammenhangs mit anderen Ã¤rztlichen oder zahnÃ¤rztlich zu behandelnden Erkrankungen hÃ¤tte ansonsten die BeschrÃ¤nkung auf den Kostenzuschuss keine praktische Bedeutung.Â

Der KlÃ¤ger hat mit Schriftsatz seiner ProzessbevollmÃ¤chtigten vom 26.05.2017 dagegen Klage erhoben. Das Gericht hat mit EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten mit Beschluss vom 21.05.2019 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Der KlÃ¤ger ist der Ansicht, dass sich die Beklagte nicht damit auseinandergesetzt habe, ob ggf. hier eine Ausnahmegenehmigung vorliegen wÃ¼rde, welche die KostenÃ¼bernahme ebenfalls rechtfertigen wÃ¼rde. Er behauptet, dass er an einer selten auftretenden Erkrankung leiden wÃ¼rde. Bei dem Zahnersatz nach dem streitigen Heil- und Kostenplan wÃ¼rde es sich um eine neue Methode handeln, welche gerade nicht ausgeschlossen sei, weil der Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen dafÃ¼r keine Empfehlung abgegeben hÃ¤tte. Die medizinische Vorgehensweise wÃ¼rde keine Behandlungsmethode nach Â§ 135 SGB V

darstellen. Der voraussichtliche Nutzen der MaÃnahme wÃ¼rde die mÃ¶glichen Risiken Ã¼berwiegen. Es habe sich um eine auf Dauer nachhaltig beeintrÃ¤chtigende Erkrankung gehandelt, fÃ¼r die er Mediziner verschiedene Fachrichtungen aufgesucht habe.Â

Im Klageverfahren legte der KlÃ¤ger den Behandlungsvertrag vom 26.01.2016 vor. Der KlÃ¤ger beantragt die Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens auf zahnmedizinischem und orthopÃ¤dischem Gebiet an.

Der KlÃ¤ger beantragt (sinngemÃ¤Ã),

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 24.05.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.04.2017 zu verurteilen, den Bescheid vom 24.05.2016 aufzuheben.

die Beklagte zu verurteilen, ihm einen Betrag i. H. v. 26.414,15 â¬ zu zahlen.Â

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Sie bezweifelt, ob es sich bei dem eingereichten Heil- und Kostenplan um einen hinreichend bestimmten Antrag auf KostenÃ¼bernahme des Eigenanteils handele. Eine ausdrÃ¼ckliche Antragstellung sei erst mit Schreiben vom 07.11.2016 erfolgt. Zudem sei keine Genehmigungsfiktion eingetreten, da der KlÃ¤ger nicht davon ausgehen konnte, dass es sich bei dem Eigenanteil um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handele. Bei ZahnersatzantrÃ¤gen kÃ¶nne nur ein Anspruch im Rahmen des gesetzlich zustehenden Festzuschusses realisiert werden kÃ¶nne. Der Gesetzgeber habe gesetzlich sichergestellt, dass die Krankenkasse bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil Ã¼bernommen habe. Sie ist der Ansicht, dass eine Genehmigungsfiktion nicht eingetreten sei. Zudem habe das Bundessozialgericht bestÃ¤tigt, dass Leistungen bei Zahnersatz, die offensichtlich auÃerhalb des Leistungskatalogs liegen, nicht Gegenstand einer Genehmigungsfiktion sein kÃ¶nnen. Es sei insoweit nÃ¤mlich rechtsmissbrÃ¤uchlich, Leistungen zu beanspruchen, die objektiv offensichtliche Leistungsgrenzen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkasse Ã¼berwinden, die jedem Versicherten klar sein mÃ¼ssten. Der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung sei jedoch nicht zu entnehmen, dass generell die GewÃ¤hrung des doppelten Festzuschusses bei unterstelltem Eintritt einer Genehmigungsfiktion in Betracht komme. Es sei von dem KlÃ¤ger keine unzumutbare HÃ¤rte nach Â§ 55 Abs. 2 SGB V geltend gemacht worden. Er habe nicht subjektiv von der GewÃ¤hrung eines doppelten Festzuschusses ausgehen dÃ¼rfen. Es mangele insoweit an einer gesetzlichen Anspruchsgrundlage.

Das Gericht hat am 31.08.2020 eine mÃ¼ndliche Verhandlung durchgefÃ¼hrt; auf den Inhalt des Protokolls wird Bezug genommen.

Das Gericht hat einen Befundbericht bei Dr. C. eingeholt; auf dessen Inhalt wird Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

A. Die Kammer kann durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten mit SchriftsÃ¤tzen vom 11.03.2021 und 12.03.2021 hiermit einverstanden erklÃ¤rt haben (Â§ 124 Abs. 2 SGG).

B. Streitgegenstand dieses Verfahrens ist der seitens des KlÃ¤gers verfolgte Anspruch auf Ãbernahme der kompletten Behandlungskosten fÃ¼r den Zahnersatz. Nach Â§ 123 SGG entscheidet das Gericht Ã¼ber die vom KlÃ¤ger erhobenen AnsprÃ¼che, ohne dabei jedoch an die Fassung der AntrÃ¤ge gebunden zu sein. Soweit der Antrag nicht deutlich ist, hat das Gericht auf sachdienliche und klare AntrÃ¤ge hinzuwirken. Erforderlichenfalls muss der Antrag ausgelegt werden, wobei von dem auszugehen ist, was der KlÃ¤ger mit der Klage erreichen mÃ¶chte (Keller in Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, 11. Auflage, Â§ 123 Rn. 3). Dabei ist nicht der Wortlaut der ErklÃ¤rung maÃgebend, sondern der wirkliche Wille (Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 7. Auflage 2016, VII. Kapitel, Rn. 63). Das mit der Klage verfolgte Ziel muss aus dem gesamten Vorbringen des KlÃ¤gers ermitteln werden (Krasney/Udsching, aaO); dabei wird der KlÃ¤ger im Zweifel den Antrag stellen wollen, der ihm am Besten zum Ziel verhilft (MeistbegÃ¼nstigungsprinzip).

Der anwaltlich vertretene KlÃ¤ger hat sowohl bei Klageerhebung als auch im Rahmen seiner KlagebegrÃ¼ndung keinen spezifizierten Antrag gestellt. Aus seinem gesamten Vorbringen lÃ¤sst sich aber erkennen, dass er die Ãbernahme der kompletten Behandlungskosten durch die Beklagte begehrt.Â

C. Die Klage ist zulÃ¤ssig, insbesondere form- und fristgerecht bei dem Ã¶rtlich zustÃ¤ndigen Gericht gemÃ¤Ã Â§Â§ 57 Abs. 1, 78, 87 Abs. 2, 90 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erhoben worden. Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage sowie kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage statthaft.Â

a) Der Kostenerstattungsanspruch kann im Wege der allgemeinen Leistungsklage verfolgt werden (BSG, Urteil vom 11.07.2017, Az.: B 1 KR 1/17 R â juris â Rn. 9). DafÃ¼r genÃ¼gt es, dass ein bindender Verwaltungsakt vorliegt, der LeistungstrÃ¤ger aber gleichwohl nicht leistet (BSG, aaO). Eine Genehmigungsfiktion steht einem Leistungsbescheid gleich. Eine spÃ¤tere Ablehnungsentscheidung sowie dagegen erhobene Rechtsbehelfe erÃ¶ffnen ein eigenstÃ¤ndiges Verfahren, sodass Â§ 86 SGG keine Anwendung findet (BSG, Urteil vom 11.07.2017, Az.: B 1 KR 1/17 R â juris â Rn. 10). Der VerfÃ¼gungssatz, einen Naturalleistungsanspruch auf eine bestimmte Krankenbehandlung (Â§ 27 SGB V) zu gewÃ¤hren, verschafft dem Adressaten eine Rechtsgrundlage dafÃ¼r, mittels Leistungsklage einen Vollstreckungstitel auf das Zuerkannte zu erhalten. Die Vollstreckung erfolgt nach den Regelungen Ã¼ber vertretbare Handlungen (vgl. Â§ 199 Abs. 1 Nr. 1, Â§ 198 Abs. 1 SGG, Â§ 887 ZPO). Es genÃ¼gt hierfÃ¼r, dass das Behandlungsziel klar ist. Dass hinsichtlich der Mittel zur ErfÃ¼llung der

Leistungspflicht verschiedene MÃ¶glichkeiten zur VerfÃ¼gung stehen, beeintrÃ¤chtigt den Charakter einer Leistung als vertretbare Handlung nicht. Diese allgemeinen GrundsÃ¤tze gelten ebenso, wenn Patienten zur Konkretisierung der Behandlungsleistung auf die Beratung des behandelnden Arztes angewiesen sind (BSG, Urteil vom 26. September 2017, Az.: B 1 KR 8/17 R â juris â Rn. 17).Â

Auch wenn das Bundessozialgericht die bisherige Rechtsprechung aufgegeben hat, kann sich der KlÃ¤ger insoweit auf die bisherige Rechtsprechung berufen. Insofern hat das Bundessozialgericht entschieden, dass es die verfassungsrechtliche Garantie effektiven Rechtsschutzes nicht zulasse, eine im Zeitpunkt ihrer Erhebung zulÃ¤ssige Leistungsklage im Revisionsurteil als unzulÃ¤ssig anzusehen, wenn das Revisionsgericht im Revisionsurteil seine im Zeitpunkt der Revisionseinlegung noch maÃgebliche Rechtsprechung insoweit aufgibt (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â juris â Rn. 8). Ãbertragen auf den Fall des KlÃ¤gers ist festzustellen, dass es die verfassungsrechtliche Garantie effektiven Rechtsschutzes es nicht zulasse, eine im Zeitpunkt ihrer Erhebung zulÃ¤ssige Leistungsklage im Zeitpunkt der Entscheidung der 1. Instanz als unzulÃ¤ssig anzusehen, wenn das Gericht der 1. Instanz zu dem Zeitpunkt der UrteilsverkÃ¼ndung sich der insoweit maÃgebenden und damit geÃ¤nderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts anschlieÃt.

b) Der Antrag auf Aufhebung der ursprÃ¼nglichen Entscheidung ist nach Â§ 44 SGB X im Rahmen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage statthaft. Eine ausschlieÃliche Statthaftigkeit einer Anfechtungsklage wÃ¤re im Hinblick auf das von dem KlÃ¤ger verfolgte Klageziel nicht rechtsschutzintensiv.Â

Dabei ist zu berÃ¼cksichtigen, dass es sich bei dem Schreiben vom 24.11.2016 ebenfalls um einen Bescheid handelt, da die Beklagte in diesem Schreiben ausdrÃ¼cklich aufgefÃ¼hrt hat, dass sie der beantragten PrÃ¼fung nach Â§ 44 Abs. 1 SGB X nachgekommen ist und mitteilen muss, dass eine weitere KostenÃ¼bernahme nicht mÃ¶glich ist bzw. sie ihre Entscheidung aufrecht halte. Da dieser Bescheid ohne Rechtsbehelfsbelehrung versehen war, war es dem KlÃ¤ger mÃ¶glich nach Â§ 66 Abs. 2 SGG innerhalb eines Jahres Widerspruch dagegen einzulegen. Er hat auch durch den FristverlÃ¤ngerungsantrag seiner ProzessbevollmÃ¤chtigten im Schreiben vom 21.12.2016 sowie der Einreichung einer WiderspruchsbegrÃ¼ndung ausreichend deutlich gemacht, dass er mit der Entscheidung nicht einverstanden ist und diese anfechten mÃ¶chte.

D. Gegenstand des Rechtsstreits sind drei in einer Klage im Wege der objektiven KlagehÃ¤ufung (Â§ 56 SGG) zusammen verfolgte zulÃ¤ssige Klagebegehren: Die allgemeine Leistungsklage auf Kostenerstattung und die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gegen die Ablehnungsentscheidung (BSG, Urteil vom 11. September 2018, Az.: B 1 KR 1/18 R â juris â Rn. 8). Die Voraussetzungen einer objektiven KlagehÃ¤ufung liegen somit vor.

E. Die Klage ist zu groÃen Teilen unbegrÃ¼ndet. Die Beklagte hat zu Recht mit den angefochtenen Bescheiden die GewÃ¤hrung eines Betrages, welcher Ã¼ber einen Betrag von 1.855,98 â¬ hinausgeht, abgelehnt, sodass der KlÃ¤ger dadurch

nicht in seinen Rechten verletzt wird. Zu Unrecht hat sie aber die GewÃ¤hrung eines weiteren Betrages von 975,82 â¬ abgelehnt, sodass der KlÃ¤ger dadurch in seinen Rechten verletzt wird. Ihm steht insoweit ein diesbezÃ¼glicher Kostenerstattungsanspruch zu (dazu insgesamt unter I. â IV.).

I. Dem KlÃ¤ger steht kein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) zu, da der KlÃ¤ger keine Kostenerstattung gewÃ¤hlt hat. Ihm steht auch kein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 4 SGB V zu, da er die streitgegenstÃ¤ndliche Leistung nicht im Ausland als Sachleistung erhalten hat.

II. Dem KlÃ¤ger steht auch kein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V zu. Danach hat die Krankenkasse der versicherten Person die Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, sofern [â¦] sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und der Versicherten fÃ¼r die Selbstbeschaffung der Leistung durch die Leistungsablehnung Kosten entstanden sind sowie die Leistung notwendig ist.Â

Dem KlÃ¤ger steht kein Sachleistungsanspruch zu (dazu unter 1. und 2.), sodass die Beklagte die Ablehnung einer darÃ¼berhinausgehenden Erstattung zu Recht abgelehnt hat.

1. Dem KlÃ¤ger steht kein Anspruch nach Â§Â§ 27 Abs. 1, 28 Abs. 2 SGB V zu, da insoweit Â§Â§ 55 ff. SGB V die spezielleren Regelungen darstellen. Nach hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung knÃ¼pft Â§ 55 SGB V insoweit an den Gegenstand der Behandlung und nicht an deren Ursache an (BSG, Urteil vom 06. Oktober 1999, Az.: B 1 KR 9/99 R â juris â Rn. 13). Ein RÃ¼ckgriff auf die allgemeinen Regelungen des Â§Â§ 27 Abs. 1, 28 Abs. 2 SGB V verbietet sich, da die Regelungen der Â§Â§ 55 ff. SGB V als spezielle Anspruchsnorm die AnsprÃ¼che bei Versorgung mit Zahnersatz abschlieÃend regelt und damit die Anwendung der allgemeinen Regelungen Ã¼ber die Verschaffung Ã¤rztlicher bzw. zahnÃ¤rztlicher Behandlung (als Sach- und Dienstleistung i. S. von Â§Â§ 27, 28 SGB V) ausschlieÃt (BSG, aaO).

UnabhÃ¤ngig davon, aus welchen medizinischen GrÃ¼nden die Versorgung mit Zahnersatz notwendig ist, hat der Versicherte nur einen Anspruch auf teilweise Kostenerstattung/KostenÃ¼bernahme. Das gilt auch dann, wenn die Versorgung mit Zahnersatz zur Beseitigung einer nicht dem zahnmedizinischen Bereich zuzuordnenden Erkrankung erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 1994, Az.: 1 RK 40/93).

2. Dem KlÃ¤ger steht auch kein Anspruch nach Â§ 55 SGB V zu. Nach Â§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf GewÃ¤hrung von befundbezogene FestzuschÃ¼sse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschlieÃlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnÃ¤rztliche und zahntechnische Leistungen) in den FÃ¤llen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemÃ¤Ã Â§ 135 Abs. 1 anerkannt ist. Nach Â§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben

die Versicherten einen Anspruch auf einen Festzuschuss von 50 von Hundert der nach Â§ 57 Abs. 1 Satz 6 SGB V und Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB V. Dazu kÃ¶nnen nach Â§ 55 Abs. 1 SÃ¤tze 3 â□□ 5 SGB V ErhÃ¶hungsbetrÃ¤ge kommen, welche allerdings nicht in den FÃ¤llen des Â§ 55 Abs. 2 SGB V den Festzuschuss erhÃ¶hen. Nach Â§ 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V besteht ein zusÃ¤tzlicher Anspruch auf einen Betrag in gleicher HÃ¶he wie der Festzuschuss nach Â§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V, hÃ¶chstens jedoch in HÃ¶he der tatsÃ¤chlich entstandenen Kosten, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wÃ¼rden. Sofern die Versicherten einen Ã¼ber die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz wÃ¤hlen, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss (Â§ 55 Abs. 2 Satz 1 2. HS SGB V).Â

Das Gericht muss nicht entscheiden, ob die Beklagte zu Recht angenommen hat, dass sich der KlÃ¤ger fÃ¼r eine andersartige Versorgung entschieden hat. Vielmehr ist ein weitergehender Leistungsanspruch nach Â§ 87 Abs. 1a Satz 4 SGB V ausgeschlossen. Es ergibt sich aus der Entstehungsgeschichte, dem Sinn und Zweck sowie dem systematischen Zusammenhang der Â§Â§ 55, 87 Abs. 1a SGB V, dass die Bewilligung des Festzuschusses vor der Behandlung zu erfolgen hat. Nach dem Regelungszusammenhang des Â§ 87 Abs. 1a S 2 bis 7 SGB V unterscheidet der Gesetzgeber zwischen MaÃ□nahmen, die vor und die nach der Behandlung erfolgen mÃ¼ssen. Nach Satz 4 der Bestimmung erfolgt die PrÃ¼fung des Heil- und Kostenplan (im Weiteren HKP) vor der Behandlung, wÃ¤hrend nach Satz 7 die Abrechnung der FestzuschÃ¼sse nach der Behandlung zu geschehen hat. Systematisch stellt sich die Bewilligung des Festzuschusses als Endpunkt und damit als Teil der PrÃ¼fung des HKP dar. Sie hat daher in AnknÃ¼pfung an Â§ 87 Abs. 1a Satz 4 SGB V vor der Behandlung zu erfolgen. Dies allein sichert den mit der Genehmigung des HKP verfolgten Zweck â□□ die Einhaltung der GrundsÃ¤tze der Notwendigkeit, ZweckmÃ¤Ã□igkeit und Wirtschaftlichkeit. Der Krankenkasse soll â□□ anders als bei der Ã¤rztlichen Behandlung im Ã□brigen â□□ Gelegenheit gegeben werden, die vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz vorab zu Ã¼berprÃ¼fen und gegebenenfalls begutachten zu lassen, um auf diesem Wege die Inanspruchnahme der in aller Regel mit hohen Kosten verbundenen Zahnersatzleistungen â□□ auch im Interesse des Versicherten â□□ steuern zu kÃ¶nnen.

Auch Nr. 4 und 5 Anlage 3 zum Bundesmanteltarifvertrag-ZahnÃ¤rzte (in der Fassung vom 01.04.2016, gÃ¼ltig bis zum 01.04.2017) regeln die Umsetzung dieser aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot abzuleitenden Anforderungen: Danach ist der HKP der Krankenkasse vorzulegen. Sie hat den HKP vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prÃ¼fen und kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen (Nr. 4). Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt sie die FestzuschÃ¼sse. Nach der Genehmigung sind Ã□nderungen des Befundes oder der tatsÃ¤chlich geplanten Versorgung der KK zur Neufestsetzung der FestzuschÃ¼sse mitzuteilen. Die FestzuschÃ¼sse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von sechs Monaten eingegliedert wird. Die Gesamtvertragspartner kÃ¶nnen Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens fÃ¼r Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren (Nr. 5).

Diese im 4. Kapitel des SGB V angesiedelten Vorschriften nebst den ergÃ¤nzenden Regelungen im BMV-Z zum Erfordernis der HKP-Genehmigung und ihrer Befristung regeln nicht nur die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, sondern gestalten auch das Leistungsrecht. Dies folgt zunÃ¤chst aus der Entstehungsgeschichte der Normen. Mit der EinfÃ¼hrung der befundbezogenen FestzuschÃ¼sse in Â§ 55 SGB V (durch Art 1 Nr 36 GMG mWv 1.1.2005) wurden die Regelungen zum HKP nicht mehr â wie zuvor in Â§ 30 SGB V â in die Vorschrift Ã¼ber den Leistungsanspruch, sondern in den neu geschaffenen Abs 1a des Â§ 87 SGB V aufgenommen. Der Gesetzgeber wollte aber im Wesentlichen das geltende Recht Ã¼bernehmen. Auch der dargestellte Sinn und Zweck der Regelungen sprechen fÃ¼r ihre Auswirkung auf das Leistungsrecht. Diese Zwecke wÃ¼rden unterlaufen, wenn nicht auch der Leistungsanspruch des Versicherten von der Genehmigung der abhÃ¤ngig wÃ¤re (BSG, Urteil vom 07. Mai 2013, Az.: B 1 KR 5/12 R â juris â Rn. 11 â 14).

Vorliegend hat der KlÃ¤ger mit der Behandlung am 24.05.2016 angefangen. Die Genehmigung der Behandlung durch die Beklagte ist aber erst durch den angefochtenen Bescheid, ebenfalls vom 24.05.2016, erfolgt. Damit ist die Genehmigung nicht vor dem Beginn der Behandlung erfolgt, sodass ein weitergehender Leistungsanspruch nach der MaÃgabe der Regelung des Â§ 55 SGB V ausgeschlossen ist.

3. Vor diesem Hintergrund hat die Beklagte den Anspruch des KlÃ¤gers nicht zu Unrecht abgelehnt, sodass dem KlÃ¤ger kein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V zusteht.

III. Eine Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. HS SGB V scheidet ebenfalls aus. Danach hat die Krankenkasse der versicherten Person die Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, sofern sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte [â¦] und der Versicherten fÃ¼r die Selbstbeschaffung der Leistung durch die Leistungsablehnung Kosten entstanden sind sowie die Leistung notwendig ist. Ob die Leistung unaufschiebbar war, kann offenbleiben, da jedenfalls kein entsprechender PrimÃ¤ranspruch bestand.

Nach hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung reicht auch der Anspruch aus Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehÃ¶rt, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSG, Urteil vom 03. Juli 2012, Az.: B 1 KR 6/11 R â juris â Rn. 15). Grundvoraussetzung ist mithin, dass die KlÃ¤gerin gegen die zustÃ¤ndige Krankenkasse einen Naturalleistungsanspruch hat, den diese nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollstÃ¤ndig erfÃ¼llt hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 1994, Az.: 1 RK 40/93 â juris â Rn. 17). Aus den AusfÃ¼hrungen unter II. 1. â 2. ergibt sich, dass kein PrimÃ¤ranspruch besteht. Insoweit kann auch kein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 1.HS SGB V bestehen.

IV. Dem KlÃ¤ger steht jedoch ein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3a

Satz 7 SGB V zu. Nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V hat die Krankenkasse Ã¼ber einen Antrag auf Leistungen zÃ¼gig, spÃ¤testens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in FÃ¤llen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fÃ¼nf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V hat die Krankenkasse bei der Erforderlichkeit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme den Leistungsberechtigten hierÃ¼ber zu unterrichten. Sofern ein im Bundesmantelvertrag fÃ¼r ZahnÃ¤rzte vorgesehene Gutachterverfahren gemÃ¤Ã Â§ 87 Abs. 1c SGB V durchgefÃ¼hrt, hat die Krankenkasse nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V hat die Krankenkasse den Leistungsberechtigten unter Darlegung der GrÃ¼nde schriftlich oder elektronisch mitzuteilen, dass sie Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten kann. Sofern keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes erfolgt, gilt die Leistung gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V nach Ablauf der Frist als genehmigt. Nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet, sofern sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist nach Â§ 13 Abs. 3a SÃ¤tze 1, 4 SGB V eine erforderliche Leistung selbst (dazu unter 1. â 4.).

1. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass das Bundessozialgericht seine bisherige hÃ¶chstrichterliche Rechtsprechung durch seine Entscheidungen vom 26.05.2020 aufgegeben hat. Danach stellt eine fingierte Genehmigung nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V nunmehr kein eigenstÃ¤ndiges Naturalleistungsrecht mehr dar, sondern vermittelt dem Versicherten nur noch ein Recht sui generis. Dieses Recht sui generis erlaubt ihm bei GutglÃ¤ubigkeit, sich die Leistung selbst zu verschaffen und verbietet der Krankenkasse nach erfolgter Selbstbeschaffung, eine beantragte Kostenerstattung mit der BegrÃ¼ndung abzulehnen, nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung (vgl. BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â juris â Rn. 10). Dieses durch die eingetretene Genehmigungsfiktion eingetretenes Recht zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse besteht auch bei materieller Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung, sofern die Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung keine Kenntnis oder grob fahrlÃ¤ssige Unkenntnis vom Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruchs hat (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â juris â Rn. 22). Die mit Â§ 13 Abs. 3a SGB V verfolgten Zwecke â Verfahrensbeschleunigung und Sanktionierung der Krankenkassen bei Nichteinhaltung der sich aus dieser Vorschrift ergebenden Fristen â finden ihre Grenze beim Rechtsmissbrauch. Diesen Rechtsgedanken hat der Gesetzgeber in Â§ 18 Abs. 5 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) aufgegriffen und nÃ¤her konkretisiert. Im Vergleich zur bisherigen Rechtsprechung des Senats ist der MaÃstab des Â§ 18 Abs. 5 SGB IX jedoch konkreter gefasst, indem er den in Â§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X geregelten VerschuldensmaÃstab aufgreift. Im Hinblick auf die ParallelitÃ¤t der Regelungen sieht sich der erkennende Senat daher berechtigt und verpflichtet, das in Â§ 18 Abs. 5 SGB IX gesetzlich geregelte Wertungsmodell wegen seiner Sachgerechtigkeit auch bei der vergleichbaren Vorschrift des Â§ 13 Abs. 3a SGB V zur Anwendung zu bringen (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â juris â Rn. 23). Folglich liegt

GutglÃ¤ubigkeit nur vor, wenn der Versicherte keine Kenntnis oder grob fahrlÃ¤ssige Unkenntnis von der materiellen Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung hatten. Grobe FahrlÃ¤ssigkeit liegt vor, wenn die BegÃ¼nstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem MaÃe verletzt hat. MaÃgebend dafÃ¼r ist die persÃ¶nliche EinsichtsfÃ¤higkeit der BegÃ¼nstigten (SchÃ¼tze in von Wulffen / SchÃ¼tze, Sozialgesetzbuch X, Kommentar, 8. Auflage, Â§ 45 Rn. 52). Die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem MaÃe verletzt danach, wer schon einfachste, ganz naheliegende Ãberlegungen nicht anstellt und daher nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss.

2. Die grundsÃ¤tzlichen Voraussetzungen dieses Recht sui generis sind erfÃ¼llt. Â§ 13 Abs. 3a SGB V findet auf den vorliegenden Sachverhalt sowohl zeitlich als auch sachlich Anwendung. Zeitlich hat der KlÃ¤ger seinen Antrag nach dem 26.02.2013 gestellt, sodass Â§ 13 Abs. 3a SGB V auf ihn Anwendung findet. Er verlangt zudem unmittelbar weder eine Geldleistung noch Erstattung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern Erstattung fÃ¼r selbstbeschaffte Krankenbehandlung. Die Beklagte hat auch nicht innerhalb der maÃgeblichen Fristen entschieden. Der Antrag des KlÃ¤gers ging am 31.03.2016 im Beratungscenter der Beklagten in Rodgau ein. Erst mit Schreiben vom 18.04.2016 leitete die Beklagte das Begutachtungsverfahren ein, Ã¼ber das sie den KlÃ¤ger nach Aktenlage nicht informierte. Die Einladung des KlÃ¤gers seitens des Gutachters zur persÃ¶nlichen Begutachtung am 02.05.2016 ersetzt insofern nicht die Unterrichtung des KlÃ¤gers durch die beklagte Krankenkasse Ã¼ber die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V. Die Entscheidung der Beklagten hÃ¤tte bis zum 12.05.2016 (Ablauf der 6-Wochen-Frist) ergehen sowie dem KlÃ¤ger bekannt gegeben mÃ¼ssen. Nach Aktenlage hat die Beklagte den KlÃ¤ger nicht darÃ¼ber informiert, dass sich ihre Entscheidung und aus welchen GrÃ¼nden sie sich verzÃ¶gert. Sie erging erst am 24.05.2016 und damit auÃerhalb der maÃgeblichen Entscheidungsfrist des Â§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V. Vor diesem Hintergrund ist eine Genehmigungsfiktion als Recht sui generis nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V eingetreten.

3. Nach der nun aufgegebenen Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht vertreten, dass es sich bei der Genehmigungsfiktion um einen Verwaltungsakt handelt (s. dazu die AusfÃ¼hrungen unter 1.). Mit dieser Rechtsprechung war die MaÃgabe verbunden gewesen, dass es sich um einen bestimmten Antrag handeln muss. BegrÃ¼ndung dafÃ¼r war, dass, da der Verwaltungsakt nicht erlassen, sondern fingiert wird, sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlÃ¤gigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen muss. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von Â§ 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist (so ausdrÃ¼cklich BSG, Urteil vom 08. MÃ¤rz 2016, Az.: B 1 KR 25/15 R â juris â Rn. 23). Ein Verwaltungsakt ist aber nur hinreichend bestimmt, wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des VerfÃ¼gungssatzes zu erkennen und der VerfÃ¼gungssatz ggf. eine geeignete Grundlage fÃ¼r seine zwangsweise Durchsetzung bildet (BSG, Urteil vom 11.07.2017, Az.: B 1 KR 1/17 R â juris â Rn. 18).

Nach neuerer Rechtsprechung handelt es sich bei der Genehmigungsfiktion nicht mehr um einen Verwaltungsakt, sondern um einen Akt sui generis (vgl. dazu unter 1.). Insofern muss die Genehmigungsfiktion nicht mehr so bestimmt sein, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von Â§ 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist. Mangels VerwaltungsaktqualitÃ¤t ist es fÃ¼r den Adressaten nicht mehr notwendig, den Regelungsgehalt des VerfÃ¼gungssatzes zu erkennen, damit dieser ggf. eine geeignete Grundlage fÃ¼r seine zwangsweise Durchsetzung darstellen kann. Nach Auffassung des Gerichts reicht der eingereichte Heil- und Kostenplan aus, um einen umfassenden Anspruch auf Zahnersatz nach allen mÃ¶glichen Rechtsgrundlagen geltend zu machen. Im Weiteren musste fÃ¼r die EinrÃ¤umung eines Rechts sui generis auch nicht die BedÃ¼rftigkeit des KlÃ¤gers bereits im Antrag geltend gemacht werden. Insofern ist nÃ¤mlich zu berÃ¼cksichtigen, dass selbst in einem spÃ¤teren Verfahrensstadium â d. h. im Widerspruchs- oder Klageverfahren â ein nachgewiesener Vorsorge-Bonus oder HÃ¤rtefall seitens der Beklagten als gesetzliche Krankenkasse zu berÃ¼cksichtigen ist und zu einer fÃ¼r den oder die Versicherte gÃ¼nstigere Entscheidung fÃ¼hren muss.Â

Zwar hat das Bundessozialgericht entschieden, dass zur Reichweite des auf die Genehmigungsfiktion gestÃ¼tzten Kostenerstattungsanspruches nach Â§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V aber in vergleichbarer Weise wie bei der Ermittlung des VerfÃ¼gungssatzes eines fingierten Verwaltungsaktes erforderlich sein muss, dass der Antrag die begehrte und spÃ¤ter selbstbeschaffte Leistung hinreichend bestimmt (BSG, Urteil vom 25. MÃ¤rz 2021, Az.: B 1 KR 22/20 R â juris â Rn. 16). Nach Auffassung des erkennenden Gerichts ist der Antrag des KlÃ¤gers konkret auf die GewÃ¤hrung eines Zuschusses zu Zahnersatz gerichtet und insoweit bestimmt genug. DafÃ¼r spricht zusÃ¤tzlich zudem der mit der EinfÃ¼hrung des Â§ 13 Abs. 3a SGB V verbundene Beschleunigungs- und Sanktionsgedanke. Andernfalls wÃ¼rde der maÃgebliche Sinn und Zweck der Regelung des Â§ 13 Abs. 3a SGB V im Rahmen eines Antrags auf Zahnersatz ins Leere laufen. Diese Folge wÃ¤re jedoch auch mit dem Grundgedanken des Â§ 13 Abs. 3a SGB V nicht zu vereinbaren (vgl. dazu ausfÃ¼hrlich unter 5.).

4. Nach bisheriger Rechtsprechung musste der Antrag des Berechtigten eine Leistung betreffen, die er fÃ¼r erforderlich halten darf und die nicht offensichtlich auÃerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkte eine BeschrÃ¤nkung auf subjektiv fÃ¼r den Betroffenen erforderliche Leistung, die nicht offensichtlich auÃerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Die Regelung soll es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zu verschaffen. Andererseits soll sie nicht zum Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des gesetzlichen Leistungskatalogs Ã¼berwindet, die jedem Versicherten klar sein mÃ¼ssen. Diese Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht dahingehend weiterentwickelt, dass das durch die Genehmigungsfiktion begrÃ¼ndete Recht zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse auch bei materieller Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung besteht, sofern der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstverschaffung keine Kenntnis oder grob fahrlÃ¤ssige Unkenntnis vom Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruches

hat (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â juris â Rn. 22).

Eine nÃ¤here Kenntnis des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung darf den Versicherten nicht abverlangt werden. Das Tatbestandsmerkmal der groben FahrlÃ¤ssigkeit soll nur eine Kostenerstattung offensichtlich rechtswidriger Leistungen ausschlieÃen. Je offensichtlicher die beantragte Leistung auÃerhalb des GKV-Leistungskatalogs liegt, desto eher ist von einer zumindest grob fahrlÃ¤ssigen Unkenntnis (BÃ¶sglÃ¤ubigkeit) der Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung auszugehen (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â juris â Rn. 24).

a) Bereits nach der bisherigen Rechtsprechung war es rechtsmissbrÃ¤uchlich, Leistungen zu beanspruchen, die objektiv offensichtlich die Leistungsgrenzen des gesetzlichen Leistungskatalogs Ã¼berwinden, die jedem Versicherten klar sein mÃ¼ssen. DafÃ¼r genÃ¼gte es, dass das Gesetz formale oder jedem deutliche Anspruchsvoraussetzungen wie etwa Altersgrenzen regelt, die bei Antragstellung nicht erfÃ¼llt sind oder spÃ¤ter entfallen oder Anspruchsgrenzen betroffen sind, die jedem klar sein mÃ¼ssen.

Nach Â§ 55 Abs. 1 SGB V i. V. m. Â§ 55 Abs. 2 SGB V oder i. V. m. Â§ 55 Abs. 3 SGB V ist der Anspruch auf Zahnersatz maximal auf die HÃ¶he der Doppelte der Regelleistungen begrenzt. Es muss jedem Versicherten auch klar sein, dass im Hinblick auf Zahnersatz gesetzliche Anspruchsgrenzen existieren. Hintergrund ist, dass die klare Begrenzung der Leistungen auf hÃ¶chstens die doppelten Kosten der Regelversorgung darauf beruhen, dass die Versicherten mit der Regelversorgung das erhalten, was geeignet, ausreichend und erforderlich ist. Eine Ã¼ber die Regelversorgung hinausgehende Versorgung kÃ¶nnen sich Versicherte nur auf eigene Kosten verschaffen. Diese Leistungen liegen offensichtlich auÃerhalb der Leistungsgrenzen der gesetzlichen Krankenversicherung, sodass darauf kein Anspruch im Rahmen einer Genehmigungsfiktion als Recht sui generis besteht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 27.08.2019, Az.: B 1 KR 9/19 R â juris â Rn. 27 â 30). Insofern ist der Anspruch im Rahmen der Genehmigungsfiktion als Recht sui generis maximal auf das Doppelte der Regelversorgung begrenzt. Ein weitergehender Anspruch Ã¼ber den hier ausgeurteilten Betrag steht dem KlÃ¤ger aus diesem Grund nicht zu.

b) Dem KlÃ¤ger war es weder bewusst noch hÃ¤tte es ihm bewusst sein mÃ¼ssen, dass er keinen Anspruch auf die doppelte Regelversorgung gemÃ¤Ã dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geltend machen kann. Nach seinem gesamten Vorbringen handelt es sich bei ihm um eine Ausnahmebehandlung. Er hat an erheblichen Kopf- und Nackenschmerzen gelitten, welche er mit Schmerzmitteln medikamentÃ¶s behandeln musste. Die Ursache dafÃ¼r habe sich bei einer multimodalen Zusammenarbeit zwischen OrthopÃ¤den und Zahnarzt in der Kiefer- und Zahnstellung herausgestellt.Â

Insofern durfte er die zahnÃ¤rztliche Versorgung zur Behandlung seiner erheblichen Kopf- und Nackenschmerzen fÃ¼r erforderlich halten. Soweit ein Versicherter aber eine Ã¤rztliche Behandlung subjektiv fÃ¼r erforderlich halten darf, ist er gleichzeitig

gutglÃ¤ubig im Hinblick auf den materiellen Leistungsanspruch, auch wenn er ihm nicht zusteht. Dem KlÃ¤ger kann nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dem sich das erkennende Gericht ausdrÃ¼cklich anschlieÃ□t, auch eine Kenntnis des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abverlangt werden. Vielmehr geht es nur darum, eine Kostenerstattung offensichtlich rechtswidriger Leistungen auszuschlieÃ□en.

DafÃ¼r spricht, dass ausweislich des Heil- und Kostenplans die Geltendmachung eines HÃ¤rtefalles mÃ¶glich ist. Einem Versicherten muss dabei nicht bewusst sein, dass es sich nicht um einen medizinischen HÃ¤rtefall handelt, sondern ein hÃ¶herer Zuschuss nur bei Vorliegen einer gesetzlich definierten BedÃ¼rftigkeit besteht (vgl. Â§ 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 â□□ 3 SGB V). Diese Kenntnis bzw. das KennenmÃ¼ssen ist dem KlÃ¤ger auch nicht dadurch vermittelt worden, dass ausweislich der Anlage zum Heil- und Kostenplan vom 19.01.2016 der Eigenanteil voraussichtlich 927,99 â□¬ im Hinblick auf die Kosten fÃ¼r eine dem Befund entsprechende Regelversorgung betragen wÃ¼rde. Dies gilt im Weiteren auch fÃ¼r den Hinweis des Zahnarztes in seinem Schreiben vom 26.01.2016, wonach die Krankenkassen ab dem 01.01.2005 nur noch einen Zuschuss zur Versorgung mit Zahnersatz leisten und dieser Zuschuss fÃ¼r eine Regelversorgung gewÃ¤hrt wird. Dies spricht nicht dafÃ¼r, dass der KlÃ¤ger Kenntnis von dem fehlenden materiellen Recht zur LeistungsgewÃ¤hrung hatte. DiesbezÃ¼glich ist darauf hinzuweisen, dass alleine der Umstand, dass ein Arzt Versicherten verdeutlicht, Krankenkassen sÃ¤hen die Rechtslage zuungunsten der Versicherten anders, noch keine grob fahrlÃ¤ssige Unkenntnis oder gar Kenntnis von der Rechtswidrigkeit der beantragten Leistung begrÃ¼ndet wird (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â□□ juris â□□ Rn. 25).

Es handelt sich vor diesem Hintergrund nicht um eine offensichtlich auÃ□erhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs liegende Annahme, sodass der KlÃ¤ger hinsichtlich der Annahme eines HÃ¤rtefalles und damit eines weitergehenden Anspruches auf die doppelte Regelversorgung â□□ ausschlieÃ□lich im Rahmen des Rechtsregimes der Genehmigungsfiktion â□□ gutglÃ¤ubig war.

c) Zudem hat sich der KlÃ¤ger den Zahnersatz vor der Entscheidung der Beklagten verschafft, sodass auch nicht durch deren Bescheid BÃ¶sglÃ¤ubigkeit eintreten konnte. Vorliegend wurde der Zahnersatz am 24.05.2016 eingegliedert. Am gleichen Tag hat die Beklagte den hier streitigen Bescheid versandt. Eine Bekanntgabe dieses Bescheides ist aber â□□ auch im Hinblick auf die Bekanntgabefiktion nach Â§ 37 Abs. 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) â□□ erst nach der Eingliederung des Zahnersatzes erfolgt, sodass der KlÃ¤ger zu dem Zeitpunkt der Eingliederung auch noch gutglÃ¤ubig war und auch nicht durch die Entscheidung der Beklagte bÃ¶sglÃ¤ubig geworden sein konnte.

5. Rechtsfolge dieses Kostenerstattungsanspruches ist die Erstattung der Kosten fÃ¼r die selbstverschaffte Leistung in der HÃ¶he der doppelten Regelleistung. Hintergrund fÃ¼r die Ausgestaltung des Anspruches in dieser HÃ¶he ist nach Ansicht des Gerichts der mit dem Eintritt einer Genehmigungsfiktion verbundene Sanktionsgedanke. Zweck der EinfÃ¼hrung der Genehmigungsfiktion war, dass der

Versicherte Naturalleistungen schnell erhÃ¤lt. Zweck der Vorschrift ist es jedoch nicht, einem Versicherten Leistungen zu verschaffen, auf die er nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch hat. Sofern die Krankenkasse nicht in der Lage oder Willens sei, schnell zu entscheiden, soll der Versicherte sich die Leistung selbst verschaffen dÃ¼rfen. Die MÃ¶glichkeit der Selbstbeschaffung war schon im ursprÃ¼nglichen Entwurf â als Ausnahme vom Sachleistungsprinzip â als eine SanktionsmÃ¶glichkeit gegen die Krankenkasse konzipiert, die nicht in einem angemessenen Zeitraum entscheidet (BT-Drucks 17/10488 S. 32). Die in der Ursprungsfassung mitgedachte Sanktionswirkung konnte nur darin bestehen, dass fÃ¼r eine im Ãbrigen rechtmÃ¤Ãige Leistungsbeschaffung die (unvermeidbaren) Beschaffungskosten hÃ¶her sein kÃ¶nnen als die einer NaturalleistungsgewÃ¤hrung, dass der KK zudem ein zusÃ¤tzlicher Aufwand durch das aufwÃ¤ndigere Kostenerstattungsverfahren entsteht und dass WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungsverfahren gegen Leistungserbringer nicht greifen. Die mit Â§ 13 Abs 3a Satz 6 SGB V zusÃ¤tzlich angestrebte âErleichterungâ zeitnaher Beschaffung (BT-Drucks 17/11710 S 30) kann daher nur bezwecken, dass beim Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nicht geprÃ¼ft wird, ob der Versicherte auch ohne die Genehmigungsfiktion Anspruch auf die Leistung als Naturalleistung gehabt hÃ¤tte. KÃ¤me es dagegen fÃ¼r Existenz und Reichweite des Kostenerstattungsanspruchs weiterhin auf das sonstige Recht der gesetzlichen Krankenversicherung an, wÃ¤re die Regelung ohne eigenen Regelungsgehalt (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020, Az.: B 1 KR 9/18 R â juris â Rn. 17 â 18).

FÃ¼r den vorliegenden Fall bedeuten diese AusfÃ¼hrungen, dass der KlÃ¤ger Anspruch auf einen weiteren Zuschuss i. H. v. 975,82 â¬ hat. Dieser Betrag setzt sich zunÃ¤chst aus der Differenz aus dem ursprÃ¼nglich seitens des behandelnden Zahnarztes zugrunde gelegten Betrag i. H. v. 927,99 â¬ und den seitens der Beklagten gewÃ¤hrten Betrages i. H. v. 880,16 â¬ zusammen (47,83 â¬) sowie dem weiteren Betrag i. H. v. 927,99 â¬ zusammen. Dieses Ergebnis wird zudem durch folgendes Gedankenspiel bestÃ¤tigt: Sofern die Beklagte dem KlÃ¤ger einen Betrag i. H. v. 927,99 â¬ gewÃ¤hrt hÃ¤tte, dabei aber â wie hier â nicht fristgemÃ¤Ã entschieden hÃ¤tte, wÃ¤re unter BerÃ¼cksichtigung der Argumentation der Beklagten gar keine Sanktion eingetreten. Dieses Ergebnis ist jedoch mit dem Sinn und Zweck des Â§ 13 Abs. 3a SGB V nicht vereinbar.

Vor diesem Hintergrund dieser AusfÃ¼hrungen war die Beklagte zu einer weiteren Zahlung i. H. v. 975,82 â¬ zu verurteilen.

E. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG und trÃ¤gt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung. Dabei ist im Hinblick des geringfÃ¼gigen Obsiegens (3,69 %) des KlÃ¤gers zu berÃ¼cksichtigen, dass nach der Regelung des Â§ 92 Abs. 2 Nr. 1 Zivilprozessordnung (ZPO), welcher nach Â§ 202 SGG anwendbar ist, eine Kostenerstattung nicht in Betracht kommt. Die Berufung ist fÃ¼r beide Beteiligte nach Â§Â§ 143, 144 SGG zulÃ¤ssig, da der Wert des Beschwerdegegenstands von 750,-â¬ Ã¼berschritten wird. Der KlÃ¤ger ist insoweit mit einem Betrag i. H. v. 25.438,33 â¬ unterlegen, wÃ¤hrend die Beklagte neben den bereits bewilligten (und hoffentlich auch schon bezahlten) Zuschuss von 880,16 â¬ zu der Zahlung eines weiteren Zuschusses i. H. v. 975,82 â¬ an den KlÃ¤ger verurteilt wurde.

Â

Erstellt am: 07.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024