-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	27.04.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	29.06.2000

3. Instanz

Datum	25.03.2003

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 29. Juni 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Beklagte erstattet der KlÃ¤gerin die auÃ□ergerichtlichen Kosten des gesamten Rechtsstreits zu einem Drittel; im Ã□brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Die am 28. April 1981 geborene KlÃ¤gerin ist bei der beklagten Krankenkasse krankenversichert. Der von ihrem behandelnden Zahnarzt unter dem 24. April 1998 erstellte kieferorthopÃ¤dische Behandlungsplan wurde von der Beklagten nicht genehmigt, weil die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen nicht erfÃ¼llt seien (Bescheid vom 7. Juli 1998; Widerspruchsbescheid vom 10. November 1998). Auf die Klage hat das Sozialgericht (SG) die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verurteilt, die Kosten fÃ¼r eine kieferorthopÃ¤dische Behandlung entsprechend dem vorgelegten Behandlungsplan zu erstatten (Gerichtsbescheid vom 27. April 1999 â□□ zugestellt am 29. April 1999).

Das Landessozialgericht (LSG) hat mit Urteil vom 29. Juni 2000 diese Entscheidung geÃ¤ndert und die Klage abgewiesen; allerdings wurde die Beklagte wegen Veranlassung des Rechtsstreits durch unzureichende SachaufklÃ¤rung verpflichtet, ein Drittel der auÃ□ergerichtlichen Kosten der KlÃ¤gerin in beiden RechtszÃ¼gen zu tragen. Zur BegrÃ¼ndung der Klageabweisung beruft sich das LSG auf das von ihm eingeholte SachverstÃ¤ndigengutachten, wonach bei der KlÃ¤gerin weder fÃ¼r die Umformung des Kiefers noch fÃ¼r die Einstellung der Bisslage die Punktzahl von mehr als acht erreicht werde, die nach den am 1. Januar 1994 in Kraft getretenen Richtlinien des Bundesausschusses der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen fÃ¼r die kieferorthopÃ¤dische Behandlung (KFO-RL 1994) notwendig sei, um die Leistungspflicht der Krankenkasse zu begrÃ¼nden. Die Bedenken der KlÃ¤gerin gegen die ObjektivitÃ¤t des SachverstÃ¤ndigen seien nicht begrÃ¼ndet. Die Anwendung der Richtlinien scheitere nicht daran, dass der Bundesausschuss entgegen dem Gesetzeswortlaut keine Indikationsgruppen beschrieben, sondern ein Indikationssystem mit einer Punktbewertung eingefÃ¼hrt habe.

Mit der Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin Verletzungen von Â§Â§ 29, 92 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und macht Verfahrensfehler geltend. Die KFO-RL 1994 hÃ¤tten entgegen Â§ 29 Abs 4 SGB V keine befundbezogenen, objektiv Ã¼berprÃ¼fbaren Indikationsgruppen festgelegt, bei denen die in Â§ 29 Abs 1 SGB V genannten Voraussetzungen vorlÃ¤gen. Das stattdessen geschaffene Punktbewertungssystem beziehe sich nur auf das AusmaÃ□ der Umformung des Kiefers bzw der Bissverlagerung und lasse die in Â§ 29 Abs 1 SGB V genannten Behinderungen beim Kauen, BeiÃ□en, Sprechen oder Atmen auÃ□er Betracht. Dieses Vorgehen sei mit der angestrebten Herausnahme von 10% leichterer Gebissanomalien aus der Leistungspflicht nicht zu rechtfertigen. AuÃ□erdem habe fÃ¼r das LSG Anlass bestanden, sich mit den widersprÃ¼chlichen Ã□uÃ□erungen der gehÃ¶rten Ã□rzte auseinander zu setzen oder ein weiteres Gutachten einzuholen.

Die KlÃ¤gerin beantragt (sinngemÃ¤Ã□),
das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 29. Juni 2000 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Trier vom 27. April 1999 zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die vom LSG in der Hauptsache getroffene Entscheidung fÃ¼r zutreffend. Der Bundesausschuss habe festgestellt, dass die von Â§ 29 Abs 4 SGB V geforderte Festlegung von Indikationsgruppen nicht zu verwirklichen gewesen sei. Selbst bei einer Rechtswidrigkeit der Richtlinien wÃ¼rde sich kein Anspruch der KlÃ¤gerin ergeben, da die Voraussetzungen des Â§ 29 Abs 1 SGB V nicht nachgewiesen seien. Gegen die Verurteilung zur teilweisen Ã□bernahme der Prozesskosten wendet die Beklagte ein, dass eine mÃ¶glicherweise unzureichende SachverhaltsaufklÃ¤rung nicht kausal fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des Streitverfahrens war.

Die KlÃ¤gerin hat auf RÃ¼ckfrage des Senats mitgeteilt, dass sie die Behandlung

bisher aus KostengrÃ¼nden nicht durchgefÃ¼hrt habe.

II

Die Revision der KlÃ¤gerin hat keinen Erfolg; ihr steht ein Anspruch auf die begehrte kieferorthopÃ¤dische Behandlung nicht zu, weil sie diese nicht vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat.

Nachdem die Behandlung bisher nicht durchgefÃ¼hrt wurde, muss das im Revisionsverfahren formulierte Kostenerstattungsbegehren, das sinngemÃ¤Ã auf die Wiederherstellung der erstinstanzlichen Entscheidung zielt, als Antrag auf Verurteilung zur GewÃ¤hrung der Sachleistung verstanden werden. Bei dieser Deutung bestehen keine Bedenken gegen die ZulÃ¤ssigkeit der Klage. KieferorthopÃ¤dische Behandlungen gehÃ¶ren jedenfalls seit 1. Januar 1999 zu den Sachleistungen der Krankenversicherung, wie insbesondere durch die seitdem in Â§ 29 Abs 3 Satz 1 SGB V angeordnete Abrechnung des behandelnden Zahnarztes mit der KassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigung klargestellt ist (vgl die durch Gesetz vom 19. Dezember 1998 -BGBl I 3853- geÃ¤nderte Fassung). Die frÃ¼here Rechtslage ist fÃ¼r den Anspruch der KlÃ¤gerin unerheblich, wie noch auszufÃ¼hren sein wird.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen fÃ¼r kieferorthopÃ¤dische Behandlungen beschrÃ¤nkt sich auf Kinder und Jugendliche. Die kieferorthopÃ¤dische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, gehÃ¶rt nach Â§ 28 Abs 2 Satz 6 SGB V nicht zur zahnÃ¤rztlichen Behandlung im Sinne des Gesetzes. Eine Ausnahme gilt nur bei schweren Kieferanomalien, die kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopÃ¤dische MaÃnahmen erfordern (Â§ 28 Abs 2 Satz 7 SGB V). Ein solches Krankheitsbild besteht bei der KlÃ¤gerin nicht, wie die vom LSG wieder gegebenen Befunde zeigen und wie auch die Revision nicht in Zweifel zieht. Da die KlÃ¤gerin inzwischen zweiundzwanzig Jahre alt ist, ohne die beantragte Behandlung begonnen zu haben, kommt die GewÃ¤hrung kieferorthopÃ¤discher Leistungen durch die Krankenkasse nicht (mehr) in Betracht. Auf die ursprÃ¼nglich allein streitige Frage, ob die bei ihr bestehende Kiefer- oder Zahnfehlstellung ein AusmaÃ erreicht, das nach den Kriterien des Â§ 29 Abs 1 und den Richtlinien gemÃ¤Ã Â§ 29 Abs 3 SGB V einen Behandlungsanspruch zu begrÃ¼nden vermag, kommt es nicht an.

Dass die KlÃ¤gerin das achtzehnte Lebensjahr erst wÃ¤hrend des Prozesses (am Tag vor der Zustellung des erstinstanzlichen Urteils) vollendet hat und zurzeit der Antragstellung und der Verwaltungsentscheidung noch zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehÃ¶rte, rechtfertigt kein anderes Ergebnis. Das Sozialrecht kennt keinen allgemeinen Grundsatz des Inhalts, dass eine fÃ¼r den Betroffenen in einem frÃ¼heren Verfahrensstadium bestehende gÃ¼nstige Sach- oder Rechtslage vom VersicherungstrÃ¤ger oder dem Gericht auch dann noch zu Grunde zu legen ist, wenn sie im Zeitpunkt der das Verfahren abschlieÃenden Entscheidung wegen einer zwischenzeitlich eingetretenen Sachverhalts- oder RechtsÃ¤nderung nicht mehr besteht. Ob eine Sozialleistung zu gewÃ¤hren ist, beurteilt sich vielmehr im jeweiligen Zusammenhang nach der Sach- und Rechtslage, auf die es nach dem anzuwendenden materiellen Recht fÃ¼r die Entscheidung ankommt. Diesem sind

nicht nur die tatbestandlichen Voraussetzungen des geltend gemachten Leistungsanspruchs zu entnehmen, sondern auch die Antwort auf die Frage, zu welchem Zeitpunkt diese Voraussetzungen erfÃ¼llt sein mÃ¼ssen. Diesen Grundsatz hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in stÃ¤ndiger Rechtsprechung fÃ¼r das allgemeine Verwaltungsrecht aufgestellt und gerade fÃ¼r FÃ¤lle der Ãberschreitung einer Altersgrenze wÃ¤hrend des Prozesses wiederholt bekrÃ¤ftigt (BVerwGE 97, 214, 220 f = Buchholz 442.151 Â§ 45 Nr 31 = NJW 1995, 1371 mwN; BVerwGE 78, 243, 244 = Buchholz 402.25 Â§ 28 Nr 11; BVerwG Buchholz 402.240 Â§ 20 Nr 4 = NVwZ-RR 1998, 517; BVerwG Buchholz 402.240 Â§ 23 Nr 7 = NVwZ-RR 1998, 677). FÃ¼r das Sozialrecht gilt nichts anderes, wie das Bundessozialgericht (BSG) im Zusammenhang mit der Frage des maÃgeblichen Zeitpunkts bei RechtsÃ¤nderungen bereits entschieden hat (BSG SozR 3-4100 Â§ 152 Nr 7 S 17 f; im gleichen Sinne Senatsurteil vom 19. Juni 2001 â BSGE 88, 166 , 167 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 5 S 26 mwN).

Nach Sinn und Zweck der Anspruchsnormen des Krankenversicherungsrechts â insbesondere Â§ 27 SGB V â ist der Behandlungsanspruch auf den Zeitpunkt der Erbringung der Leistung zu beziehen. Deshalb bestimmt sich die ZustÃ¤ndigkeit der Krankenkasse nach diesem Zeitpunkt (BSGE 89, 86, 87 f = SozR 3-2500 Â§ 19 Nr 4 S 18 f), und deshalb ist auch beim Kostenerstattungsanspruch auf diesen Zeitpunkt abzustellen (BSG SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 12 S 70; BSG SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 12). Solange die Behandlung nicht durchgefÃ¼hrt ist, muss infolgedessen regelmÃ¤Ãig auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung abgestellt werden. Etwas anderes kann nur gelten, wenn es ausdrÃ¼cklich angeordnet ist oder wenn sich aus Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung oder aus anderen UmstÃ¤nden ergibt, dass fÃ¼r die ErfÃ¼llung einzelner Anspruchsvoraussetzungen ausnahmsweise ein frÃ¼herer Zeitpunkt maÃgebend sein soll (vgl Urteil des 6. Senats des BSG vom 12. September 2001 â BSG SozR 3-5520 Â§ 25 Nr 5 zur Notwendigkeit einer verfassungskonformen Auslegung der Vorschriften Ã¼ber die Altersgrenze fÃ¼r die Zulassung als Vertragsarzt; Urteile des BVerwG vom 18. November 1997 &8211; Buchholz 402.240 Â§ 20 Nr 4 und vom 30. April 1998 &8211; Buchholz 402.240 Â§ 23 Nr 7 zur MaÃgeblichkeit des Antragszeitpunkts fÃ¼r die Frage der MinderjÃ¤hrigkeit eines Bewerbers um eine Aufenthaltserlaubnis).

Aus den krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften Ã¼ber die kieferorthopÃ¤dische Behandlung ergeben sich keine Gesichtspunkte, die es rechtfertigen kÃ¶nnten, die Altersgrenze des Â§ 28 Abs 2 Satz 6 SGB V auf einen frÃ¼heren Zeitpunkt als den der gerichtlichen Entscheidung Ã¼ber das Sachleistungsbegehren zu beziehen. Der Wortlaut wie auch der Sinn und Zweck dieser Regelungen schlieÃen eine solche Interpretation im Gegenteil aus. Â§ 28 Abs 2 Satz 6 SGB V nennt selbst ausdrÃ¼cklich den Behandlungsbeginn als den Stichtag, an dem das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet sein darf. Da der Behandlungsbeginn beim Streit um die Sachleistung immer in der Zukunft liegt, wÃ¼rde eine RÃ¼ckbeziehung der Altersgrenze auf den Beginn des Verwaltungs- oder Gerichtsverfahrens gegen die eindeutige Anordnung des Gesetzes verstoÃen. Sie wÃ¤re auch nicht mit den Motiven zu vereinbaren, die den Gesetzgeber zum Ausschluss kieferorthopÃ¤discher Leistungen bei Erwachsenen aus dem

Krankenversicherungsschutz bewogen haben. Mit der BeschrÃ¤nkung auf Kinder und Jugendliche sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der medizinische Nutzen kieferorthopÃ¤discher MaÃnahmen nach Abschluss des Skelettwachstums in der zahnmedizinischen Wissenschaft umstritten ist und sich medizinische und andere â etwa kosmetische â Behandlungsziele nur schwer voneinander abgrenzen lassen (BT-Drucks 12/3608 S 79 zu Â§ 28; siehe dazu nÃ¤her: Senatsurteil vom 9. Dezember 1997 â BSGE 81, 245, 250 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 3 S 12). Diese GrÃ¼nde fÃ¼r den Leistungsausschluss verbieten es, die Krankenkasse gleichwohl zur GewÃ¤hrung einer Behandlung im Erwachsenenalter unter Berufung darauf zu verpflichten, dass der Leistungsantrag noch vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahrs gestellt worden war.

In diesem Zusammenhang hilft der KlÃ¤gerin auch nicht, dass sie zugleich mit der Antragstellung im April 1998 einen von ihrem Zahnarzt erstellten kieferorthopÃ¤dischen Behandlungsplan vorgelegt hat. Allerdings hat der Senat den Zeitpunkt der Aufstellung des Behandlungsplans im Regelfall als den Beginn der Behandlung angesehen (BSGE 81, 245, 246 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 3 S 7). Daran ist mit der damals gegebenen BegrÃ¼ndung festzuhalten. Ein Behandlungsplan stellt jedoch dann nicht den "Beginn der Behandlung" im Sinne der hier einschlÃ¤gigen Vorschrift dar, wenn er nicht in angemessenem zeitlichen Abstand nach seiner Aufstellung umgesetzt wird. Ein kieferorthopÃ¤discher Behandlungsplan dient wie jeder andere Behandlungsplan dazu, auf der Grundlage des aktuellen Gesundheitszustands des Patienten die Absichten des Arztes zu dokumentieren und dadurch insbesondere der Krankenkasse eine Kontrolle zu ermÃ¶glichen. Da der Gesundheitszustand sich Ã¤ndert, kann ein zunÃ¤chst aufgestellter Plan fÃ¼r eine erst nach Jahren beginnende Behandlung keine medizinische Grundlage sein. Darauf hat der Senat bereits im Urteil vom 9. Dezember 1997 â allerdings in Bezug auf eine behauptete etwa zwanzigjÃ¤hrige "Behandlungsunterbrechung" â hingewiesen (BSGE 81, 245, 246 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 3 S 8). FÃ¼r den Heil- und Kostenplan beim Zahnersatz haben die Vertragspartner der BundesmantelvertrÃ¤ge einen Vordruck vereinbart, der den Hinweis enthÃ¤lt, dass die Behandlung binnen sechs Monaten nach Aufstellung des Plans zu beginnen hat (vgl Â§ 17 Abs 1 Satz 2 Bundesmantelvertrag ZahnÃ¤rzte -BMV-Z- iVm Anlage 3; Â§ 9 Abs 6 Satz 1 Ersatzkassenvertrag ZahnÃ¤rzte -EKV-Z- iVm Anlage 8). Eine entsprechende Regelung ist in den Vereinbarungen zum kieferorthopÃ¤dischen Behandlungsplan nicht enthalten; die Krankenkasse hat lediglich bei der Bewilligung festzulegen, ab welchem Quartal der Anspruch besteht (Â§ 17 Abs 1 Satz 2 BMV-Z iVm Anlage 8; Â§ 9 Abs 4 Satz 1 EKV-Z iVm Anlage 15a). Ein Zeitraum, nach dem einem kieferorthopÃ¤dischen Behandlungsplan aus zahnmedizinischen GrÃ¼nden generell keine Bedeutung mehr zukommt, lÃ¤sst sich aus den genannten Vereinbarungen daher nicht ableiten.

Vor dem Hintergrund der Altersgrenze in Â§ 28 Abs 2 Satz 6 SGB V hat der Behandlungsplan nicht nur die erwÃ¤hnte zahnmedizinische, sondern darÃ¼ber hinaus anspruchsbegrÃ¼ndende Bedeutung. Nach dem erwÃ¤hnten Senatsurteil vom 9. Dezember 1997 belegt das Datum des Behandlungsplans in nachprÃ¼fbarer Weise die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit sowie den Behandlungswunsch des Versicherten und die Behandlungsbereitschaft des

Zahnarztes; das deckt sich mit dem Erfordernis der Rechtssicherheit und den Vorstellungen des Gesetzgebers (vgl die BegrÃ¼ndung zum Gesetzentwurf, BT-Drucks 12/3608 S 79). Wird der Plan jedoch nicht umgesetzt, ist die Annahme regelmÃ¤Ãig widerlegt, der Versicherte wolle die in Aussicht genommene Behandlung tatsÃ¤chlich durchfÃ¼hren, und der Schluss auf Behandlungswunsch und Behandlungsbereitschaft ist nicht mehr gerechtfertigt.

DarÃ¼ber hinaus wird die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit hierdurch in Frage gestellt. Die Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge haben enge Zeitvorgaben fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung des durch einen Behandlungsplan ausgelÃ¶sten Genehmigungs- und Gutachterverfahrens vereinbart. Den PrimÃ¤rkassen stehen regelmÃ¤Ãig nur vier Wochen zur VerfÃ¼gung, um Ã¼ber die Genehmigung oder die Einleitung des Gutachterverfahrens zu entscheiden (BMV-Z Anl 6 Â§ 2 Abs 1, Â§ 3 Abs 1 Satz 2; fÃ¼r die Ersatzkassen gilt diese Frist nicht, vgl EKV-Z Anl 18 Â§ 1 Abs 1). Falls eine Begutachtung erforderlich ist, soll diese unabhÃ¤ngig von der Kassenart innerhalb von (weiteren) vier Wochen abgeschlossen sein (BMV-Z Anl 6 Â§ 3 Abs 3 iVm Anh Nr 3; EKV-Z Anl 18 Â§ 1 Abs 6 iVm Abschn II Nr 2). Gegen das Ergebnis des Gutachtens kann der Zahnarzt oder die Kasse innerhalb eines Monats (bei PrimÃ¤rkassen innerhalb von zwei Monaten) Einspruch einlegen (EKV-Z Anl 18 Â§ 2 Abs 1 Satz 2; BMV-Z Anl 6 Â§ 4 Abs 1 Satz 2). FÃ¼r das mÃ¶glicherweise erforderliche Obergutachten stehen wiederum vier Wochen zur VerfÃ¼gung (EKV-Z Anl 18 Â§ 2 Abs 2; BMV-Z Anl 6 Â§ 4 Abs 2). In diesen Bestimmungen ist die EilbedÃ¼rftigkeit des Verfahrens deutlich zum Ausdruck gebracht; ohne die genannten Vorgaben bestÃ¼nde die Gefahr, dass sich der im Behandlungsplan dokumentierte Gesundheitszustand bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens bereits so verÃ¤ndert hat, dass die beabsichtigte Behandlung schon deshalb nicht mehr unverÃ¤ndert genehmigt werden kÃ¶nnte. Mit dem Sinn und Zweck der getroffenen Regelungen wÃ¤re es unvereinbar, wenn es gestattet wÃ¤re, die DurchfÃ¼hrung eines genehmigten Behandlungsplans beliebig hinauszuzÃ¶gern; denn die Gefahr, dass der Plan durch zwischenzeitliche VerÃ¤nderungen obsolet wird, ist vor der Genehmigung nicht anders zu beurteilen als danach.

Aus den aufgezeigten GrÃ¼nden entfÃ¤llt bei einem nicht alsbald umgesetzten Behandlungsplan die Rechtfertigung dafÃ¼r, statt auf den nach dem Wortlaut maÃgeblichen Zeitpunkt der tatsÃ¤chlichen DurchfÃ¼hrung auf denjenigen der nachweisbaren Absicht abzustellen. Im Interesse der Rechtssicherheit ist auch insoweit an ein formales Merkmal anzuknÃ¼pfen. Ausgehend von einem langwierigen Genehmigungsverfahren, das nach den geschilderten zeitlichen Vorgaben in etwa sechs Monaten abgeschlossen sein mÃ¼sste, ist der Behandlungsplan nicht mehr als Behandlungsbeginn zu werten, wenn seit seiner Aufstellung ein Jahr lang keine der geplanten Behandlung zuzurechnenden Leistungen erbracht worden sind.

Die hier entwickelte Grundregel steht im Falle der KlÃ¤gerin der Bewertung des Behandlungsplans als Behandlungsbeginn entgegen. Allerdings beruht die zeitliche VerzÃ¶gerung nicht auf mangelndem Willen der Versicherten oder ihres Zahnarztes, sondern auf einer Entscheidung der Krankenkasse; darÃ¼ber hinaus hat die KlÃ¤gerin ihren fortbestehenden Behandlungswillen dadurch dokumentiert, dass sie

diese Entscheidung angefochten hat. Dieser Umstand rechtfertigt jedoch kein anderes Ergebnis, ohne dass es darauf ankommt, ob der KlÃ¤gerin der Anspruch ursprÃ¼nglich zustand und die Entscheidung der Beklagten somit rechtswidrig war. Die KlÃ¤gerin hat es versÃ¤umt, auf prozessualem Wege Vorkehrungen dagegen zu treffen, dass sie ihren mÃ¶glicherweise bestehenden Leistungsanspruch wegen der Prozessdauer verliert. Deshalb kann sie jetzt nicht so gestellt werden, als wÃ¼rde ihr der Anspruch entgegen dem materiellen Recht dennoch zustehen.

Der Versicherte, dem eine Behandlung zu Unrecht verweigert wird und der deshalb um die GewÃ¤hrung der Behandlung als Sachleistung prozessiert, ist dadurch gegenÃ¼ber VerÃ¤nderungen der Sach- und Rechtslage nicht schutzlos gestellt. Er hat in jedem Fall die MÃ¶glichkeit, unter Hinweis auf den drohenden Rechtsverlust eine einstweilige Anordnung zu beantragen, gegen deren Erlass das Argument der Vorwegnahme der Entscheidung in der Hauptsache nicht greifen wÃ¼rde, weil es auch gegen die Versagung einer Anordnung anzufÃ¼hren ist. Bei der KlÃ¤gerin hÃ¤tte es dessen gar nicht bedurft, weil das SG die Beklagte zur Leistung verurteilt hat. Da die Berufung der Beklagten nach Â§Â§ 154, 97 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) keine aufschiebende Wirkung hatte, wÃ¤re die Beklagte â trotz der zwischenzeitlichen Ãberschreitung der Altersgrenze â zunÃ¤chst zur Leistung verpflichtet gewesen, hÃ¤tte allerdings ihrerseits die Aussetzung der Vollziehung beantragen kÃ¶nnen. UnabhÃ¤ngig davon bleibt dem Versicherten bei Behandlungsleistungen der Weg der Selbstbeschaffung und der FortfÃ¼hrung des Prozesses mit dem Ziel der Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs 3 SGB V. Selbst wenn Ã¼ber eventuelle AntrÃ¤ge auf einstweiligen Rechtsschutz zu Gunsten der Krankenkasse entschieden wird, kÃ¶nnen sie den Versicherten wegen der regelmÃ¤Ãig zu erwartenden gerichtlichen ÃuÃerungen zur Erfolgsaussicht in die Lage versetzen, das mit einer trotzdem gewÃ¤hlten Selbstbeschaffung verbundene Risiko der eigenen finanziellen Belastung besser abzuschÃ¤tzen.

Allerdings ist nicht zu verkennen, dass die dargestellten MÃ¶glichkeiten den Betroffenen nicht sicher davor bewahren, letztlich fÃ¼r eine MaÃnahme bezahlen zu mÃ¼ssen, die er mÃ¶glicherweise nur fÃ¼r den Fall in Anspruch nehmen will, dass die Krankenkasse zur Leistung verpflichtet ist. In der Regel fÃ¼hrt das beschriebene System jedoch dazu, dass ein bestehender materieller Anspruch auch rechtzeitig durchgesetzt werden kann. Dass dabei dem Versicherten ein Kostenrisiko aufgebÃ¼rdet wird, beruht auf der letztlich zivilprozessualen PrÃ¤gung des vom Gesetz angeordneten Ausgleichs zwischen dem Interesse an der sofortigen Durchsetzbarkeit eines Anspruchs und demjenigen an einer der Durchsetzung vorausgehenden PrÃ¼fung in einem kontradiktorischen Verfahren. Der damit verbundene Nachteil fÃ¼r den Anspruchsteller ist gewollt und lÃ¤sst fÃ¼r eine materielle Leistungspflicht der Krankenkasse oder einen anderen Ausgleich (etwa im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs) keinen Raum, weil dadurch das gesetzlich festgelegte Gleichgewicht der den Parteien zugeordneten Risiken gestÃ¶rt wÃ¼rde. Aus vergleichbaren Ãberlegungen heraus hat das BSG den Anspruch eines Schwerbehinderten verneint, dem nach lÃ¤ngerem Verwaltungsverfahren die Berechtigung zur unentgeltlichen BefÃ¶rderung im Nahverkehr zuerkannt wurde und der dafÃ¼r entschÃ¤digt werden wollte, dass er die ihm von Anfang an unstreitig zustehende Berechtigung wÃ¤hrend der Dauer des

Verfahrens nicht nutzen konnte (BSGE 89, 79 = SozR 3-3870 Â§ 59 Nr 1). In derartigen Konstellationen kann der Betroffene allenfalls die Erstattung seiner Prozesskosten und â□□ in besonders liegenden FÃ¤llen â□□ Schadenersatz wegen Amtspflichtverletzung erhalten (beispielsweise fÃ¼r die unterlassene TÃ¤tigkeit eines Laborarztes, wenn sich deren BeschrÃ¤nkung nachtrÃ¤glich als rechtswidrig herausstellt: vgl BSGE 78, 91 = SozR 3-5540 Â§ 25 Nr 2; BGHZ 150, 172 = LM BGB Â§ 839 (A) Nr 68 = NJW 2002, 1793).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG. Dass der Anspruch der KlÃ¤gerin bereits im Zeitpunkt der Wirksamkeit des erstinstanzlichen Gerichtsbescheids (Zustellung am Tag nach dem 18. Geburtstag der KlÃ¤gerin) erloschen war, spricht gegen eine Kostenteilung. Andererseits ist der Anlass zur Klage zu berÃ¼cksichtigen. Die Vorinstanzen haben Ã¼bereinstimmend die unzureichende AufklÃ¤rung durch die Beklagte im Verwaltungsverfahren gerÃ¼gt; dem kann die im Berufungsverfahren durch SachverstÃ¤ndigengutachten bestÃ¤tigte Richtigkeit des Ergebnisses nicht entgegengehalten werden. AuÃ□erdem mÃ¼ssen die Vereinbarkeit der ursprÃ¼nglich anzuwendenden KFO-RL 1994 mit hÃ¶herrangigem Recht und die Aussichten der KlÃ¤gerin auf einen Behandlungsanspruch nach dem Gesetzeswortlaut oder im Vorgriff auf die KFO-RL 2002 (vom 17. August 2001 â□□ BAnz 2001 Nr 201 S 22477) als ungeklÃ¤rt angesehen werden. Beide Gesichtspunkte sind dem Kostenrisiko der Beklagten zuzurechnen, auch wenn sie an die Richtlinien gebunden war. Insgesamt ist die Beklagte mit einem Drittel der Kosten des gesamten Verfahrens zu belasten.

Erstellt am: 29.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024