
S 7 KR 646/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Antrag auf Versorgung mit einem die Regelversorgung übersteigenden Zahnersatz keine fingierte Genehmigung bei nicht fristgerechter Entscheidung Erlöschen der Bewilligung aufgrund eines Heil- und Kostenplans nach Ablauf von sechs Monaten Verfassungsmäßigkeit der Regelung des § 55 SGB V
Leitsätze	1. Der Antrag auf Versorgung mit einem die Regelversorgung übersteigenden Zahnersatz liegt offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. 2. Entscheidet eine Krankenkasse nicht fristgerecht über einen Antrag auf Versorgung mit einem die Regelversorgung übersteigenden Zahnersatz, gilt die Leistung dennoch nicht als genehmigt. 3. Die Bewilligung von Zahnersatz aufgrund eines Heil- und Kostenplans erlischt auch dann mangels Eingliederung des Zahnersatzes nach Ablauf von sechs Monaten, wenn sie fingiert war.
Normenkette	GG Art 2 Abs 2 S 1 GG Art 3 Abs 1 SGB V § 2 Abs 1 S 1 SGB V § 12 Abs 1 SGB V § 13 Abs 3a SGB V § 27 Abs 1 S 1 F: 1992-12-21 SGB V § 27 Abs 1 S 2 Nr 2 F: 2003-11-14 SGB V § 27 Abs 1 S 2 Nr 2a F: 2003-11-14 SGB V § 28 Abs 2 S 1 F: 2003-11-14

[SGB V § 55 Abs 1 S 1](#)
[SGB V § 55 Abs 1 S 2](#)
[SGB V § 55 Abs 2](#)
[SGB V § 55 Abs 3](#)
[SGB V § 56 Abs 1](#)
[SGB V § 82 Abs 1](#)
[SGB V § 87 Abs 1a](#) F: 2007-03-26
BMV-Z Anl 2 Nr 4 F: 2018-04-25
BMV-Z Anl 2 Nr 5 F: 2018-04-25

1. Instanz

Aktenzeichen S 7 KR 646/17
Datum 03.01.2018

2. Instanz

Aktenzeichen L 11 KR 373/18
Datum 15.05.2018

3. Instanz

Datum 27.08.2019

Die Revision der KlÄgerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÄrttemberg vom 15. Mai 2018 wird zurÄckgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

1

Die Beteiligten streiten Äber die Versorgung der KlÄgerin mit Zahnersatz.

2

Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte KlÄgerin plante nach einem vertragszahnÄrztlichen Heil- und Kostenplan (HKP) eine Äber die Regelversorgung mit einer BrÄcke oder Prothese hinausgehende Versorgung mit einem der Regelversorgung gleichartigen Zahnersatz mit Teleskopkronen und vestibulÄrer Verblendung (2.3.2016). Der HKP ging von Kosten der Regelversorgung von 1668,08 Euro, einem um 30 vH erhÄhten Festzuschuss von 1084,24 Euro und von Gesamtkosten von 3834,31 Euro aus. Die KlÄgerin beantragte, ihr diese Äber die Regelversorgung hinausgehende Versorgung ohne Eigenanteil zu bewilligen: Obwohl das gemeinsame Einkommen von ihr und ihrem Ehegatten den Grenzbetrag der Unzumutbarkeit Äbersteige, sei ihr eine erneute Kostenbelastung nicht zumutbar. Die Erkrankung der ZÄhne sei Folge einer

Chemotherapie und Bestrahlung, die sie 2011 wegen eines Mammakarzinoms erhalten habe. Bereits 2014 habe sie ca 5000,00 Euro für Brücken und Kronen zugezahlt. Die Beklagte bewilligte den Festzuschuss von 1084,24 Euro, lehnte aber eine darüber hinausgehende Kostenübernahme ab (Bescheide vom 31.3.2016 und 2.5.2016, Widerspruchsbescheid vom 1.2.2017). Das SG hat die Beklagte zur Tragung der über die Regelversorgung hinausgehenden Gesamtversorgung verurteilt (Gerichtsbescheid vom 3.1.2018). Das LSG hat die Verurteilung der Beklagten auf die Tragung der Kosten der Regelversorgung von 1668,08 Euro begrenzt und die Klage im übrigen abgewiesen (Urteil vom 15.5.2018).

3

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von [Â§ 13 Abs 3a](#) und [Â§ 55 Abs 2 SGB V](#). Die beantragte Übernahme der vollen Behandlungskosten gehöre in Härtefällen iS von [Â§ 55 Abs 2 S 1 SGB V](#) zum GKV-Leistungskatalog und werde daher von der Genehmigungsfiktion nach [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#) erfasst. Eine unzumutbare Belastung iS von [Â§ 55 Abs 2 S 2 Nr 1 SGB V](#) liege vor, da sie überdurchschnittlich oft hohe Eigenanteile zahlen müsse.

4

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. Mai 2018 zu ändern und die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 3. Januar 2018 insgesamt zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. Mai 2018 zu ändern und unter Zurückweisung der Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 3. Januar 2018 im übrigen festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet gewesen ist, die Kosten der über die Regelversorgung hinausgehenden Gesamtversorgung gemäß Heil- und Kostenplan vom 2. März 2016 zu tragen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

6

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet ([Â§ 170 Abs 1 S 1 SGG](#)). Das LSG hat den Gerichtsbescheid des SG zu Recht aufgehoben, soweit damit die Beklagte zur Kostentragung von mehr als 1668,08 Euro verurteilt wurde. Die Klage ist zwar zulässig (dazu 1.). Die Klägerin hat aber weder einen über die Regelversorgung hinausgehenden Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz aus den

gesetzlichen Regelungen der Krankenbehandlung [Â§ 55 SGB V](#) (dazu 2.), noch hat sie einen solchen Anspruch gehabt (dazu 3.), noch hat sie hierauf Anspruch kraft Genehmigungsfiktion (dazu 4.). Sie kann auch die noch streitgegenständliche Aufhebung der Ablehnungsentscheidung nicht beanspruchen (dazu 5.). Die Verurteilung der Beklagten zur Kostentragung im Umfang der gesamten Regelversorgung durch das LSG ist nicht Gegenstand des Revisionsverfahrens, sondern rechtskräftig, da die Beklagte das LSG-Urteil nicht angegriffen hat.

8

1. Die Klägerin macht im Wege der objektiven Klagehäufung ([Â§ 56 SGG](#)) zulässig vier Begehren geltend: Sie verfolgt mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage das Begehren, eine über die Regelversorgung mit einer Brücke oder Prothese hinausgehende Versorgung mit einem der Regelversorgung gleichartigen Zahnersatz mit Teleskopkronen und vestibulärer Verblendung ohne Eigenbeitrag zu erhalten. Hilfsweise begehrt sie im Wege der Fortsetzungsfeststellung festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet gewesen ist, die Kosten der über die Regelversorgung hinausgehenden Gesamtversorgung gemäß HKP vom 2.3.2016 zu tragen. Die Klägerin hat ein Feststellungsinteresse daran, zu klären, ob ihr ein Anspruch auf eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung mit einem der Regelversorgung gleichartigen Zahnersatz wegen der früheren Behandlung ihres Mammakarzinoms im Rahmen der Strahlentherapie zusteht. Diese Frage stellt sich auch bei naheliegenden künftigen HKPn. Die Klägerin begehrt zugleich mit der allgemeinen Leistungsklage, dass die Beklagte die Kosten der über die Regelversorgung hinausgehenden Versorgung gemäß HKP vom 2.3.2016 trägt, weil die Genehmigung fingiert sei (vgl zur Zulässigkeit statt vieler [BSGE 123, 293](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 36, RdNr 8 mwN). Schließlich begehrt sie mit der isolierten Anfechtungsklage, die Ablehnungsentscheidung der Beklagten aufzuheben (zur Zulässigkeit vgl statt vieler [BSGE 123, 293](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 36, RdNr 10 mwN; BSG SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 37 RdNr 11).

9

2. Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung mit einem der Regelversorgung gleichartigen Zahnersatz mit Teleskopkronen und vestibulärer Verblendung ohne Eigenbeitrag. Es fehlt schon an einem zur Begründung des konkreten Versorgungsanspruchs notwendigen HKP (dazu a), dessen Genehmigung noch wirksam ist (dazu b).

10

a) Nach [Â§ 27 Abs 1 S 1 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 14 Buchst a Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung â€‹ Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992, [BGBl I 2266](#) mWv 1.1.1993) haben Versicherte â€‹ wie die Klägerin â€‹ Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre

Verschlimmerung zu verherten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst ua zahnertliche Behandlung ([ 27 Abs 1 S 2 Nr 2 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 13 Buchst a Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) mWv 1.1.2005) und Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen ([ 27 Abs 1 S 2 Nr 2a SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 13 Buchst b GMG mWv 1.1.2005). Die zahnertliche Behandlung ihrerseits umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnertlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden ([ 28 Abs 2 S 1 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 15 Buchst a Doppelbuchst aa GMG mWv 1.1.2005). Der Anspruch auf Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnertliche und zahntechnische Leistungen) ist in den [ 55 ff SGB V](#) näher geregelt. Nach [ 55 Abs 1 S 1 SGB V](#) haben Versicherte nach den Vorgaben in S 2 bis 7 Anspruch auf diese Leistungen in den Fllen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß [ 135 Abs 1 SGB V](#) anerkannt ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30.6.2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach [ 55 SGB V](#) gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu ([ 56 Abs 1 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 36 GMG mWv 1.1.2004). Maßgaben hierfür ergeben sich aus [ 56 Abs 2 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 36 GMG mWv 1.1.2004). Der GBA kann von den Vorgaben der dortigen S 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln ([ 56 Abs 2 S 12 SGB V](#)). Der GBA hat hierzu die  neu gefassten  Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnertliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen erlassen (Zahnersatz-Richtlinie vom 8.12.2004, BAnz 2005 Nr 54 S 4094, mWv 1.1.2005; zuletzt geändert am 18.2.2016, BAnz AT 3.5.2016 B1 mWv 4.5.2016).

11

Zudem wird der Anspruch Versicherter auf Zahnersatzleistungen auch durch [ 87 Abs 1a SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 57 Buchst c Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) näher geregelt. [ 87 Abs 1a S 2](#) ff SGB V bestimmt, dass im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) folgende Regelungen zu treffen sind: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien HKP zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fllen des [ 55 Abs 4](#) und 5 SGB V nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet (S 2). Im HKP sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen (S 3). Der HKP ist von der KK vor Beginn der Behandlung zu prüfen (S 4). Die KK kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen (S 5). Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die KK die Festzuschüsse gemäß [ 55 Abs 1 oder 2 SGB V](#) entsprechend dem im HKP ausgewiesenen Befund (S 6). Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von

der KK bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des [Â§ 55 Abs 5 SGB V](#) mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab (S 7).

12

Wie der erkennende Senat bereits ausführlich dargelegt hat, ergibt sich aus der Entstehungsgeschichte, dem Sinn und Zweck sowie dem systematischen Zusammenhang der [Â§ 55, 87 Abs 1a SGB V](#), dass die Bewilligung des Festzuschusses vor der Behandlung zu erfolgen hat (BSG SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 21 RdNr 13 ff mwN; BSG SozR 4-2500 Â§ 55 Nr 2 RdNr 11). Dies allein sichert den mit der Genehmigung des HKP verfolgten Zweck – die Einhaltung der Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die KK soll – anders als bei der ärztlichen Behandlung im – anderen – Gelegenheit haben, die vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz vorab zu überprüfen und gegebenenfalls begutachten zu lassen, um auf diesem Wege die Inanspruchnahme der in aller Regel mit hohen Kosten verbundenen Zahnersatzleistungen – auch im Interesse des Versicherten – zu vermeiden (vgl BSG SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 21 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 Â§ 55 Nr 2 RdNr 11).

13

Gleiches gilt im Ergebnis unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Befristung der Genehmigung des HKP. Denn dem HKP ist immanent, dass er sich auf eine unmittelbar bevorstehende, nur durch das Genehmigungsverfahren hinausgeschobene vertragszahnärztliche Behandlung bezieht. Die Befristung der Genehmigung soll insbesondere dafür Sorge tragen, dass die nach dem HKP geplante vertragszahnärztliche Behandlung nicht durch einen nach der Genehmigung sich ändernden Zahnbefund ganz oder teilweise gegenstandslos wird, aber gleichwohl durchgeführt werden kann. Denn die der KK obliegende Aufgabe der Sicherung der wirtschaftlichen Leistungserbringung beschränkt sich nicht auf eine punktuelle Prüfung und Genehmigung. Die Befristung trägt maßgeblich dazu bei, die Effektivität der Prüfung der KK als den Leistungserbringungsverfahren begleitende Aufgabe in ihrer zeitlichen Dimension abzusichern und zu stärken (vgl BSG SozR 4-2500 Â§ 55 Nr 2 RdNr 12).

14

Der BMV-Z regelt die Umsetzung dieser aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot abzuleitenden Anforderungen in Nr 4 und 5 Anlage 2 zum BMV-Z (entsprechend der Vereinbarung nach [Â§ 87 Abs 1a SGB V](#) über die Versorgung mit Zahnersatz zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband idF vom 25.4.2018 mwV 1.7.2018; zuvor ua Anlage 3 zum BMV-Z idF vom 1.2.2008, gültig bis 31.7.2008 und idF vom 1.8.2008, gültig bis 30.6.2010): Danach ist der HKP der KK vorzulegen. Sie hat den HKP vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen und kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen (Nr 4). Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die KK die Festzuschüsse. Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der KK zur Neufestsetzung der

Festzuschüsse mitzuteilen. Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von sechs Monaten eingegliedert wird. Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren (Nr 5).

15

Die genannten Vorschriften aus dem 4. Kapitel des SGB V nebst den ergänzenden Regelungen im BMV-Z zum Erfordernis der HKP-Genehmigung und ihrer Befristung regeln nicht nur die Beziehungen zwischen KKn und Leistungserbringern, sondern gestalten auch das Leistungsrecht der Versicherten (vgl BSG SozR 4-2500 Â§ 55 Nr 2 RdNr 14).

16

b) Die Klägerin ließ sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung des HKP durch die Beklagte die im HKP vorgesehene Versorgung ihrer Zähne mit Zahnersatz eingliedern. Das LSG hat nicht festgestellt, dass sie sich überhaupt mit Zahnersatz versorgen ließ. Die erteilte Genehmigung entfiel insoweit durch Ablauf der sechsmonatigen Frist.

17

3. Auch die Fortsetzungsfeststellungsklage ist unbegründet. Die Klägerin hatte keinen Anspruch auf eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung mit einem der Regelversorgung gleichartigen Zahnersatz mit Teleskopkronen und vestibulärer Verblendung ohne Eigenbeitrag aus Gründen der Unzumutbarkeit. Das LSG hat der Klägerin einen Anspruch entsprechend den vollstündigen auf die Regelversorgung entfallenden Beträgen zuerkannt. Ein darüber hinausgehender Anspruch steht der Klägerin weder nach [Â§ 55 Abs 2 SGB V](#) zu (dazu aa) noch nach [Â§ 55 Abs 3 SGB V](#) (dazu bb), ohne dass Verfassungsrecht entgegen steht (dazu cc).

18

aa) Nach [Â§ 55 Abs 2 SGB V](#) haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach [Â§ 55 Abs 1 S 2 SGB V](#) Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach [Â§ 55 Abs 4 oder 5 SGB V](#) eine über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die KKn nur den doppelten Festzuschuss. Die klare Begrenzung der Leistungen auf höchstens die vollen Kosten der Regelversorgung beruht darauf, dass die Versicherten mit der Regelversorgung das erhalten, was geeignet, ausreichend und erforderlich ist. Eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung kann sich der Versicherte lediglich auf eigene Kosten verschaffen.

bb) Auch [Â§ 55 Abs 3 SGB V](#) begrenzt den Leistungsumfang aus den gleichen Gründen höchstens auf den Betrag für die Regelversorgung. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Abs 1 S 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag (vgl. [Â§ 55 Abs 3 S 1 SGB V](#)). Die KK erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Abs 1 S 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Abs 2 S 2 Nr 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen (vgl. [Â§ 55 Abs 3 S 2 SGB V](#)). Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Abs 1 S 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten (vgl. [Â§ 55 Abs 3 S 3 SGB V](#)).

cc) Die dargelegten Regelungen über die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) verstoßen nicht gegen Grundrechte Versicherter. [Â§ 55 SGB V](#) verletzt insbesondere nicht den allgemeinen Gleichheitssatz (vgl. [Art 3 Abs 1 GG](#)). Versicherte haben keinen Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz jenseits der Regelversorgung.

Welche Behandlungsmaßnahmen in den GKV-Leistungskatalog einbezogen und welche davon ausgenommen und damit der Eigenverantwortung des Versicherten (vgl. [Â§ 2 Abs 1 S 1 SGB V](#)) zugeordnet werden, unterliegt aus verfassungsrechtlicher Sicht einem weiten gesetzgeberischen Ermessen. Mit dem BVerfG (vgl. [BVerfGE 115, 25](#), 45 = [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 5](#) RdNr 26) geht der erkennende Senat davon aus, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, dass die GKV den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden ([Â§ 2 Abs 1 S 1 SGB V](#)). Nur das, was in diesen Leistungskatalog fällt, hat die GKV ihren Versicherten zu leisten. Versicherte können dagegen nicht alles von der GKV beanspruchen, was ihrer Ansicht nach oder objektiv der Behandlung einer Krankheit dient. Die gesetzlichen KKn sind auch nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. [BVerfGE 115, 25](#), 46 = [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 5](#) RdNr 27; BVerfG Beschluss vom 5.3.1997 â€‹[1 BvR 1071/95](#) â€‹[NJW 1997, 3085](#); vgl. zum Ganzen zB auch [BSGE 96, 153](#) = [SozR 4-2500 Â§ 27 Nr 7](#), RdNr 23, 29 â€‹[D-Ribose](#); [BSGE 100, 103](#) = [SozR 4-2500 Â§ 31 Nr 9](#), RdNr 46 â€‹[Lorenzos Äl](#)). Ist ein gesetzliches Regelungskonzept â€‹wie das, welches der Gewährung von Zahnersatz durch die GKV dem SGB V zugrunde liegt â€‹ verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, so genügen hinreichende sachliche Gründe, um eine unterschiedliche Behandlung Betroffener zu rechtfertigen (vgl. BSG SozR 4-2500 Â§ 27a Nr 13 RdNr 27).

Der Gesetzgeber erkennt an wie oben dargelegt den Versicherten bei der Gewährung von Zahnersatz durch die GKV eine nach zahnmedizinischen Erkenntnissen ausreichende und wirtschaftliche Regelversorgung zu, überantwortet dagegen Mehrleistungen ihrer Eigenvorsorge. Er überlässt es im Rahmen eines dichten Normprogramms dem sachkundigen GBA, mit der Festzuschuss-RL die in [Â§ 56 Abs 1 SGB V](#) vorgesehene Konkretisierung der Regelversorgung im Rahmen seines Normgebungsspielraums in allen in Betracht kommenden Fallgruppen korrekt zu konkretisieren. Die Klägerin hat den mit der erteilten Genehmigung verknapften Verfügungssatz über Art und Umfang der Zahnersatz-Regelversorgung (Einstufungsgerüst) nicht angegriffen (vgl zu den Verfügungsätzen BSG SozR 4-2500 Â§ 55 Nr 2 RdNr 18).

4. Die Klägerin hat auch keinen über die Regelversorgung hinausreichenden Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz aufgrund fingierter Genehmigung nach [Â§ 13 Abs 3a SGB V](#). Die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion sind nicht erfüllt. Die Genehmigung von Zahnersatz aufgrund eines HKP kann Gegenstand einer Genehmigungsfiktion sein (dazu a). Die Beklagte entschied auch nicht zeitgerecht über den hinreichend bestimmten Antrag der leistungsberechtigten Klägerin (dazu b). Gegenstand einer Genehmigungsfiktion sind aber auch bei Zahnersatz keine Leistungen, die offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskatalogs liegen (dazu c).

a) Entscheidet eine KK über den Antrag eines Berechtigten nicht innerhalb der gesetzlichen Fristen von grundsätzlich drei Wochen nach Antragseingang, ohne ihm vor Fristablauf hinreichende Gründe schriftlich mitzuteilen, warum sie die Frist nicht einhalten kann und wann die Nachfrist taggenau endet, gilt die beantragte Leistung als genehmigt (vgl [Â§ 13 Abs 3a S 6 SGB V](#) und statt vieler [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33). Gilt eine beantragte Leistung als genehmigt, erwächst dem Antragsteller hieraus ein Naturalleistungsanspruch als eigenständig durchsetzbarer Anspruch (stRspr, vgl grundlegend [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 25). Diese Regelung ist auf den Antrag der Klägerin aus März 2016 unproblematisch zeitlich anwendbar, aber auch sachlich. Die Regelung erfasst ua Ansprüche auf Krankenbehandlung, nicht dagegen Ansprüche gegen KKn, die unmittelbar auf eine Geldleistung oder auf Leistungen zur medizinischen Reha gerichtet sind (vgl zB [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 11 ff; [BSGE 123, 293](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 36, RdNr 14 mwN); auf letztere finden die [Â§ 14 f SGB IX](#) Anwendung ([Â§ 13 Abs 3a S 9 SGB V](#)). Die Klägerin begehrt demgegenüber die Gewährung von Krankenbehandlung in Form von Zahnersatz (vgl oben, II. 2, RdNr 9 ff).

Die Gewährleistung von Zahnersatz ist im vorgenannten Sinne weder auf eine Leistung zur medizinischen Reha gerichtet noch unmittelbar auf eine Geldleistung wie etwa Krankengeld (vgl. [Â§ 44 SGB V](#)). Vielmehr geht es um eine vertragszahnärztlich zu erbringende, von KZVn kontrollierbare, von KKn schon in der Planung überprüfbare Leistung der Krankenbehandlung. Sie unterliegt Besonderheiten insofern, als sie schon als Regelleistung nur ausnahmsweise nicht vollumfänglich von KKn zu bezahlen ist und als die Regelleistung übersteigende Versorgung stets auf maximal die Höhe der Regelleistung begrenzt ist. Dementsprechend beziehen die Gesetzesmaterialien Zahnersatzleistungen in den Anwendungsbereich der Genehmigungsfiktion ein. Sie sprechen beispielhaft den Fall an, dass die KK auch im Fall der selbstbeschafften Leistung bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines PatRVerbG der BReg, [BT-Drucks 17/11710 S 30](#)).

26

b) Die als Versicherte leistungsberechtigte Klägerin beantragte am 7.3.2016 (Eingang bei der Beklagten) bei sinnvoller Auslegung entsprechend den Feststellungen des LSG, die Kosten der Gesamtversorgung nach dem HKP vom 2.3.2016 zu übernehmen. Der Antrag war durch die Bezugnahme auf diesen HKP hinreichend bestimmt: Es war klar, welche zahnmedizinischen Leistungen die Klägerin begehrte. Die Beklagte entschied hierüber erst nach mehr als drei Wochen, frühestens mit Bewilligung des Festzuschusses iH von 1084,24 Euro (Bescheid vom 31.3.2016).

27

c) Die Genehmigungsfiktion erfasste nicht die Regelversorgung übersteigende Leistungen und erlosch nach sechs Monaten. Denn eine Genehmigungsfiktion kann sich auch bei Zahnersatz nicht auf Leistungen erstrecken, die offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskatalogs liegen.

28

Um als genehmigt zu gelten, muss der Antrag des Berechtigten eine Leistung betreffen, die er für erforderlich halten darf und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt. Die Gesetzesregelung ordnet diese Einschränkungen für die Genehmigungsfiktion zwar nicht ausdrücklich an, aber sinngemäß nach dem Regelungszusammenhang und -zweck. Die Begrenzung auf erforderliche Leistungen bewirkt eine Beschränkung auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen. Einerseits soll die Regelung es dem Berechtigten erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 26; [BSGE 123, 293](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 36, RdNr 21 mwN).

Rechtsmissbräuchlich ist es ua, Leistungen zu beanspruchen, die objektiv offensichtlich die Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwinden, die jedem Versicherten klar sein müssen (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 26). Hierfür genügt es, dass das Gesetz formale oder jedem deutliche Anspruchsvoraussetzungen wie etwa Altersgrenzen regelt, die bei Antragstellung nicht erfüllt sind oder später entfallen, oder Anspruchsgrenzen betroffen sind, die jedem klar sein müssen (vgl. auch BSG Urteil vom 27.8.2019 – B 1 KR 8/19 R – RdNr 15, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen – Altersgrenze künstliche Befruchtung). Solche gesetzlichen Voraussetzungen oder Anspruchsgrenzen müssen jedem Versicherten geläufig sein. Die Klägerin überstieg mit ihrem Begehren auf eine die Regelleistungen übersteigende Versorgung solche jedem deutliche Anspruchsgrenzen.

Wie oben dargelegt (vgl. II. 3 RdNr 19), lassen die gesetzlichen Regelungen des [Â§ 55 Abs 2 SGB V](#) und des [Â§ 55 Abs 3 SGB V](#) maximal Leistungen bis zur Höhe der Regelleistungen zu. Daran ändert es auch nichts, wenn es um Fälle geht, in denen das BVerfG eine verfassungskonforme Leistungsausweitung als geboten angesehen hat. [Art 2 Abs 2 S 1 GG](#) gebietet danach zwar bei verfassungskonformer Auslegung der Vorschriften des SGB V über die Eigenbeteiligung des Versicherten an den zahnärztlichen und zahntechnischen Behandlungs- und Leistungskosten, dem Versicherten Heilbehandlungsmaßnahmen ohne die an sich nach den jeweils maßgeblichen Vorschriften vorgesehene Eigenbeteiligung zu verschaffen, wenn ein Arzt bei Einhaltung der Regeln der ärztlichen Kunst verpflichtet war, eine ihm keinen Spielraum belassende Vorgabe des Leistungs- oder des Leistungserbringungsrechts des SGB V zu beachten und nur eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anzuwenden und wenn hierdurch ursprünglich die Gesundheit des Versicherten geschädigt worden ist. Anders liegt es hingegen, wenn der Arzt aus einer Mehrzahl vom Leistungskatalog der GKV zugelassener Behandlungsmethoden eine auswählt, die sich im konkreten Fall als schädlich erweist. Hier handelt es sich nicht um einen der Risikosphäre der GKV zuzuordnenden Schaden, sondern um die Verwirkung des allgemeinen Risikos jeder medizinischen Maßnahme, dessen Auswirkungen nach dem für Ärzte und die sonstigen Leistungserbringer geltenden Haftungsrecht zu beurteilen sind (vgl. BVerfG Beschluss vom 14.8.1998 – 1 BvR 897/98 = [NJW 1999, 857 f](#); [BSGE 85, 66](#), 70 = [SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 10](#) S 36 ff). Es genügt hierfür nicht, dass durch die Einbeziehung der Klägerin in die GKV und die damit verbundene Beschränkung auf einen bestimmten Leistungsumfang kein Gefahrenbereich neu geschaffen wird, der nicht auch außerhalb einer staatlichen Zwangsversicherung aufgrund des allgemeinen Risikos jeder medizinischen Maßnahme in ähnlicher Form besteht und der daher in der hoheitlichen Maßnahme selbst nicht angelegt ist (vgl. [BSGE 85, 66](#), 70 = [SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 10](#) S 36 ff; [BGHZ 46, 327](#) = [NJW 1967, 621](#); [BGHZ 60, 302](#) = [VersR 1973, 741](#); beim enteignungsgleichen Eingriff: [BGHZ 100, 335](#) = LM Nr 36 zu [Art 14 GG](#) = [NJW 1987, 2573](#) mwN; vgl. auch [BGHZ 55, 229](#) = [NJW 1971, 607](#)).

Die danach im engen Ausnahmefall gebotene Verschaffung von Heilbehandlungsmaßnahmen wird durch die Versorgung mit Regelleistungen für Zahnersatz gewährleistet. Zu einer Genehmigungsfiktion kann es diesbezüglich nur kommen, wenn der Versicherte sich gerade auf eine in der vorstehenden Rspr umschriebene Sonderkonstellation beruft und die im HKP vorgesehene Regelversorgung begehrt. Daran fehlt es.

Die Klägerin kann ihr Leistungsbegehren nach Ablauf von sechs Monaten ab Eintritt einer fingierten Bewilligung von Zahnersatz aufgrund eines eingereichten HKP auch nicht mehr auf den Eintritt einer Genehmigungsfiktion stützen. Denn eine solche beantragte Leistung lag ab diesem Zeitpunkt nach der klaren, rechtskonformen Aussage des HKP offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV. Dies muss jedem Versicherten klar sein, der auf einen HKP gestützt Zahnersatz beantragt. Der vorgeschriebene Formular-HKP enthält im Feld für die Genehmigung durch die KK den drucktechnisch hervorgehobenen Hinweis, dass Voraussetzung der Kostenübernahme durch die KK ist, dass der Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten eingegliedert wird. Will sich der Berechtigte die genehmigte Leistung zu Lasten seiner KK beschaffen, muss sie auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung erforderlich, die Beschaffung nicht rechtsmissbräuchlich sein. Hat sich etwa die fingierte Genehmigung bei der Beschaffung erledigt, hat dies zur Folge, dass die Leistung nicht mehr (subjektiv) erforderlich ist (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 30).

Sind Bestand oder Rechtswirkungen einer Genehmigung für den Adressaten erkennbar von vornherein an den Fortbestand einer bestimmten Situation gebunden, so wird sie gegenstandslos, wenn die betreffende Situation nicht mehr besteht (stRspr, vgl zB BSG Urteil vom 26.2.2019 – [B 1 KR 18/18 R](#) – Juris RdNr 41, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 31; BSG [SozR 3-1300 Â§ 39 Nr 7](#) S 13 f; BSG SozR 4-5540 Anl 9.1 Nr 5 RdNr 18 mwN). So kann etwa für den Versicherten erkennbar eine "Erledigung auf andere Weise" einer fingierten Genehmigung einer beantragten Krankenbehandlung eintreten, wenn die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher, dem Betroffenen bekannter Einschätzung vollständig geheilt ist: Es verbleibt durch diese Änderung der Sachlage für die getroffene Regelung kein Anwendungsbereich mehr. Sie kann nach ihrem Inhalt und Zweck keine Geltung für den Fall derart veränderter Umstände beanspruchen (vgl. [BSGE 121, 40](#) = SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 33, RdNr 31). Dies muss sich für den Betroffenen unzweifelhaft erschließen (vgl. entsprechend [BSGE 84, 195](#) = [SozR 3-8585 Â§ 1 Nr 1](#); BSG [SozR 3-1300 Â§ 39 Nr 7](#) S 13 f). So liegt es hier.

5. Die Anfechtungsklage ist unbegründet. Wie vorstehend dargelegt ist die Ablehnungsentscheidung der Beklagten jedenfalls insoweit rechtmäßig, als sie die Versorgung der Klägerin mit Zahnersatz über die Regelversorgung hinaus ablehnt.

35

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

Erstellt am: 15.05.2020

Zuletzt verändert am: 21.12.2024