S 2 KR 594/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KR 594/03
Datum	22.06.2005

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 5009/05
Datum	21.02.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 22. Juni 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für eine Zahnersatzversorgung über den gewährten Zuschuss hinaus, für privatärztliche Behandlungen und privatärztlich verordnete Arzneimittel streitig.

Die 1959 geborene Klägerin, die seit 02.02.1996 bei der Beklagten krankenversichert ist, ließ sich 1994, da sie davon ausging, dass ihre gesundheitlichen Beschwerden auf eine durch Amalgam verursachte Quecksilbervergiftung zurückzuführen waren, Amalgamfüllungen aus ihren Zähnen entfernen. In der Folgezeit erfolgte eine provisorische Versorgung. Die damalige Krankenkasse der Klägerin, die AOK, beteiligte sich an den Kosten für

die Zahnbehandlungen in Höhe der Vertragsärzte für herkömmliche plastische Füllungen einschließlich Nebenleistungen, soweit sie nicht schon über die Krankenversicherungskarte abgerechnet waren (Bescheid der damaligen Krankenkasse vom 08.02.1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.05.1994, Bescheide vom 27.09.1995 und 12.02.1996 und Bescheid vom 28.07.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.11.2000, Urteil des Sozialgerichts Konstanz â SG â vom 29.04.1998 â S 2 KR 729/94 -, Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg â LSG â vom 15.12.2000 â L 4 KR 2729/98 -, Beschluss des Bundessozialgerichts â BSG â vom 29.01.2002 â B 1 KR 1/01 BH -).

Mit Schreiben vom 30.08.1996 beantragte die Klägerin unter Vorlage eines Privatrezeptes des Hautarztes Dr. M. vom 18.07.1996 die Erstattung der Kosten für die von Dr. M. verordneten Medikamente in Höhe von 77,78 DM. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 03.09.1996, der nicht mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen war, die Erstattung ab.

Am 22.10.1996 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Beifügung des Heil- und Kostenplanes der Zahnärzte S. und M. vom 11.10.1996, des Voranschlags über Laborleistungen, Untersuchungsergebnissen des Labors Dr. G., Analysen eines Labors in Bremen und ärztlichen Bescheinigungen der Ärzte für Allgemeinmedizin Dr. A. und Dr. B. die vollständige Übernahme der Kosten für die endgültige Versorgung ihres Gebisses.

Die Beklagte veranlasste hierauf zunächst eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Medizinaldirektor Dr. Dr. B. vom MDK vertrat die Auffassung, dass nach den gebotenen Unterlagen eine chronische Quecksilbervergiftung unwahrscheinlich sei. Eine Kostenübernahme der Amalgamsanierung und der dadurch bedingten Neuversorgung könne der Kasse nach den gebotenen Unterlagen aus toxikologischen Gründen nicht empfohlen werden.

Mit Bescheid vom 16.12.1996 lehnte die Beklagte daraufhin eine Kostenübernahme für den geplanten, außervertraglichen Zahnersatz und Inlays ab.

Am 02.01.1997 beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für eine Behandlung durch Dr. M. am 18.11.1996, für die dieser am 11.12.1996 einen Betrag in Höhe von 36,34 DM in Rechnung gestellt hatte. Die Beklagte verfügte auf dem Antrag der Klägerin, dass es sich um keine Kassenleistung handele. Dies wurde der Klägerin nicht mitgeteilt.

Ihren gegen den Bescheid vom 16.12.1996 erhobenen Widerspruch begründete die Klägerin damit, dass bei ihr eine Schwermetallvergiftung vorgelegen habe und durch das Entfernen der Füllungen ohne geeignete Schutzmaßnahmen eine akute Vergiftung eingetreten sei. Aufgrund der extremen Empfindlichkeiten ihrer Zähne und Kiefer sei sie auf eine Keramikversorgung angewiesen. Nur hierdurch sei mit keinerlei allergischen Reaktionen zu rechnen. Sie legte eine Bestätigung

des Zahnarztes M. vor.

Die Beklagte hrte den Zahnarzt M. Dieser teilte mit, die Klgerin sei bei ihm erstmalig am 20.06.1995 vorstellig geworden. Damals seien bereits alle Amalgamfllungen entfernt gewesen. Die Zhne seien teilweise mit provisorischem Fllmaterial und teilweise mit Kunststoffprovisoren versorgt gewesen. Am 08.01.1997 sei mit der definitiven Versorgung begonnen worden. Die prothetische Versorgung sei auf privater Basis erfolgt, da die Versorgung von Seitenzhnen mit vollkeramischen Kronen, Brcken und Inlays nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung sei. Aufgrund der generalisierten Metallallergie der Klgerin sei eine vollkeramische Versorgung indiziert gewesen.

Mit Schreiben vom 02.04.1997 erinnerte die Klgerin an die Erstattung der Kosten fr die Behandlung durch Dr. M. in Hhe von 36,34 DM und legte eine an sie gerichtete Privatliquidation vom 06.03.1997 des Zahnarztes M. in Hhe von 10.435,30 DM vor. In der Folge reichte sie zwei weitere von Dr. M. ausgestellte Rezepte fber Arzneimittel in Hhe von 47,95 DM und 59,81 DM und eine weitere Rechnung von Dr. M. vom 02.04.1997 in Hhe von 39,33 DM nach.

Die Beklagte hrte noch einmal den MDK. Fr diesen wurde sich wiederum Dr. Dr. B. dahingehend, dass die von der Klgerin angenommene Quecksilbervergiftung zu keiner Zeit nach den Regeln der Toxikologie belegt sei. Selbst wenn man aber bei der Klgerin eine chronische Quecksilbervergiftung annehme, sei damit keine auervertragliche Versorgung mit Keramik gerechtfertigt.

Auf Anfrage teilte der die Klgerin frher behandelnde Zahnarzt Dr. P. mit, die Klgerin habe Ende 1993 ihre vorhandenen Fllungen und (wahrscheinlich) Palladiumkronen durch Goldinlays ersetzt haben wollen. Es seien dann fr die Zhne Inlays prpariert, jedoch nicht eingesetzt worden, weil sie von der Klgerin und ihrem Berater als schdlich bezeichnet worden seien. Die Klgerin habe deshalb eine provisorische Versorgung erhalten.

Mit Bescheid vom 29.08.1997 teilte die Beklagte der Klgerin mit, dass sie sich an der Zahnersatzversorgung des Oberkiefers, ohne Anerkennung eines Rechtsgrundes, mit einem Zuschuss in Hhe von 3.306,30 DM beteilige. Dieser Betrag entspreche der Summe, die bei analoger Zahnersatzversorgung fber die Kasse als Anteil zu tragen gewesen wre.

Die Klgerin erhob auch gegen diesen Bescheid Widerspruch und beantragte weiter die Kostenfbernahme in voller Hhe. Ergnzend verwies sie noch einmal auf die eingereichten Rechnungen und Rezepte von Dr. M., die nicht fbernommen worden seien. Im fbrigen sei aufgrund ihres Bonusheftes eine 60 %-Erstattung mglich.

In der Folge legte die Klgerin eine weitere Rechnung von Dr. M. in Hhe von 20,98 DM, des Zahnarztes M. in Hhe von 8.725,61 DM und eine Kopie ihres Bonusheftes vor.

Mit Bescheid vom 20.11.1997 beteiligte sich die Beklagte ausgehend von einer 60 %-igen Bonusregelung an der Zahnersatzversorgung für den Unterkiefer mit 2.503,36 DM und hinsichtlich des Oberkiefers mit weiteren 644,33 DM (insgesamt 6.453,99 DM).

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.12.1997 wies die Beklagte im Übrigen den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde ausgeführt, Versicherte hätten nur Anspruch auf Kostenübernahme in Höhe des gesetzlich vorgesehenen Zuschusses nach [§ 30 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#). Dies gelte unabhängig davon, aus welchen medizinischen Gründen die Eingliederung von Zahnersatz notwendig geworden sei. Ob der Nachweis einer Amalgam-Unverträglichkeit erbracht sei, könne damit dahingestellt bleiben. Eine Kostenerstattung sei nach gesetzlicher Grundlage in Höhe der Zuschussleistung erfolgt.

Deswegen erhob die Klägerin Klage zum SG. Sie führte aus, die Kosten für die Sanierung des Ober- und Unterkiefers habe sich auf 19.160,91 DM belaufen. Von der Beklagten seien ihr nur 6.453,99 DM erstattet worden. Um die Differenz in Höhe von 12.706,92 DM wolle sie klagen. Außerdem begehre sie einen Betrag in Höhe von 282,19 DM, der sich aus Arztrechnungen von Dr. M. und von ihm seit 18.07.1996 verschriebenen Entgiftungsmedikamenten zusammensetze.

Das SG fragte im Hinblick auf die eingereichten Arztrechnungen von Dr. M. und die von ihm verschriebenen Entgiftungsmedikamente nach, ob die Beklagte darüber noch entscheide. Die Beklagte antwortete hierauf dahingehend, dass aus Versehen hierzu keine differenzierte Aussage getroffen worden sei. Materiell-rechtlich teile dieser Teilbereich die Entscheidung der Widerspruchsstelle in der Hauptsache. Aus pragmatischen Gründen werde gebeten, im Verfahren alles zusammenzufassen und eine Entscheidung zu treffen (Schreiben vom 16.02.1998).

Die Klägerin teilte hierzu mit, dass ihr auf Anfrage von der Beklagten die Auskunft gegeben worden sei, die Rechnungen von Dr. M. und die von ihm verschriebenen Medikamente mit in die Klageschrift einzubeziehen. Sie führte eine weitere Rechnung des Dr. M. über einen Betrag in Höhe von 20,98 DM bei.

Mit Beschluss vom 04.09.1998 ordnete das SG wegen des noch anhängigen Verfahrens gegen die frühere Krankenkasse der Klägerin das Ruhen des Verfahrens an (S 2 KR 2254/97). Nach Wiederaufnahme des Verfahrens wurde das Verfahren unter dem Aktenzeichen S 2 KR 594/03 weitergeführt.

Die Beklagte führte ergänzend aus, dass nach den Entscheidungen des BSG (Urteile vom 06.10.1999 [B 1 KR 9/99 R](#); [B 1 KR 10/99 R](#)) eine vollständige Kostenübernahme für die Zahnersatzversorgung nur im Rahmen eines Aufopferungsanspruches möglich sei. Es müsse ein Sonderopfer vorliegen. Dies sei hier nicht der Fall. Die Kostenübernahme für die Behandlungen bei Dr. M. und die von ihm verordneten Medikamente sei mit Bescheid vom 03.09.1996 abgelehnt worden.

Auf Nachfrage bestätigte die Kassenzahnärztliche Vereinigung Südwürttemberg, dass Dr. M. zwischen dem 18.11.1996 bis 04.11.1997 als kassenärztlicher Vertragsarzt niedergelassen war.

Das SG hörte Dr. M. im Hinblick auf die privatärztliche Abrechnung. Dr. M. führte insoweit aus, er habe die Therapie, nachdem sich herausgestellt habe, dass sich hier ein Amalgam assoziiertes Problem darstelle, nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet. Er habe die Klägerin hierüber informiert. Sie habe die beigefugte Einverständniserklärung unterschrieben (Einverständniserklärung vom 18.11.1996).

Mit Urteil vom 22.06.2005, der Klägerin per Einschreiben zugestellt am 29.10.2005, wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die Beklagte habe sich an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz in Höhe der "zuschussfähigen" Kosten beteiligt. Für eine Erstattung der vollen berechnungsfähigen Kosten biete [§ 30 SGB V](#) keine Rechtsgrundlage. Bei der Berechnung des Zuschusses sei die Beklagte zu Recht nicht von den höheren Kosten für metallfreien Keramikzahnersatz ausgegangen. Die Verpflichtung der Klägerin, die hieraus resultierenden Mehrkosten selbst zu tragen, ergebe sich auch aus [§ 30 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Die Erstattung der Kosten für privatärztliche Behandlung durch Dr. M. und die Erstattung der Kosten der in diesem Rahmen verordneten Arzneimittel scheitere daran, dass die Klägerin, wie sie unterschrittlich bestätigt habe, privatärztliche Leistungen in Anspruch genommen habe, ohne sich zuvor an die Beklagte gewandt zu haben. Sofern Dr. M. seine Leistungen der Klägerin deswegen privat in Rechnung gestellt habe, weil die angewandten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden "neu" im Sinne des [§ 135 SGB V](#) gewesen seien, scheidet ein Erstattungsanspruch gleichfalls aus, weil es dann an einer positiven Empfehlung des seiner Zeit zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gefehlt habe. Eine Versorgungsücke sei nicht erkennbar.

Hiergegen richtet sich die am 23.11.2005 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie wendet sich insbesondere dagegen, dass eine Beurteilung durch das SG ohne die Einbeziehung eines Gutachters erfolgt sei. Ohne Fachkompetenz könne man nicht ermessen, welche Zahnsanierung bzw. Behandlungsmaßnahme tatsächlich notwendig gewesen seien. Wenn man unter anderem Tag und Nacht Kiefer- und Zahnschmerzen habe, könne man nicht Wege gehen, die dem großen Anteil der Bevölkerung gegenüber wärden. Die Zahnsanierung sei eine Folge der Quecksilberbelastung durch Amalgamfüllungen bzw. der Amalgamsanierung gewesen. Das Risiko, dass durch Goldlegierungen letztendlich das Schmerzrisiko vergrößert bzw. im schlimmsten Fall die Legierungen hätten wieder entfernt werden müssen, sei nicht akzeptabel gewesen. Außerdem sei die Beklagte verpflichtet, bei chronischen Kieferbeschwerden und Erkrankungen Behandlungsmethoden anzubieten und zu finanzieren. Übliche Behandlungsmethoden, die von Dr. M. angewandt worden seien, könnten nicht leichtfertig zu Ungunsten des Patienten abgelehnt werden. Die verschriebenen Medikamente seien schulmedizinische Medikamente.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 22. Juni 2005 sowie den Bescheid vom 03. September 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.02.1998 aufzuheben, den Bescheid vom 16. Dezember 1996 in der Fassung der Bescheide vom 29. August 1997 und 20. November 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03. Dezember 1997 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, ihr die Kosten für die Zahnsanierung, die Behandlung durch Dr. M. und die von ihm verordneten Medikamente in Höhe von 6.651,59 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für richtig.

Der Senat hat die Beteiligten darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) besteht und ihnen Gelegenheit zur Äußerung gegeben.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die erst- und zweitinstanzlichen Akten, die Verwaltungsakten der Beklagten und die Vorprozessakten des SG S 2 KR 729/94 und des LSG L 4 KR 2729/98 Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der vollständigen Kosten der Zahnsanierung und die von Dr. M. in Rechnung gestellten Behandlungen sowie die von ihm verordneten Medikamente. Hierbei konnte der Senat gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass Streitgegenstand im Hinblick auf die Erstattung der vollständigen Kosten der Zahnsanierung der Bescheid der Beklagten vom 16.12.1996 in der Fassung der Bescheide vom 29.08.1997 und 20.11.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 03.12.1997 ist. Mit diesen Bescheiden hat die Beklagte zunächst die Kostenerstattung abgelehnt und anschließend sich an den Kosten für die Versorgung im Ober- und Unterkiefer entsprechend einer 60 %-Bonusregelung beteiligt. Über die von Dr. M. in Rechnung gestellten Behandlungen und die von ihm verordneten Medikamente hat die Beklagte mit Bescheid vom 03.09.1996 eine ablehnende Entscheidung getroffen. Diesen Bescheid, der nicht mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen war, hat die Klägerin durch Vorlage der weiteren Rechnungen am 02.01.1997 konkludent angefochten. Mit Schreiben vom 02.04.1997 hat sie an die Erstattung der Kosten

erinnert. Über den Widerspruch hat die Beklagte durch die Mitteilung an das SG am 16.02.1998 entschieden. Damit sind auch die Sachurteilsvoraussetzungen für die Verpflichtungsklage hinsichtlich der von Dr. M. in Rechnung gestellten Behandlungen und von ihm verordneten Medikamente gegeben.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), die Versorgung mit Zahnersatz in der zur Zeit der Zahnsanierung geltenden Fassung des [§ 30 SGB V](#) und die Voraussetzungen für die Erstattung der Kosten für privatärztliche Behandlungen sind im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 SGG](#) Bezug.

Diese Voraussetzungen liegen im Falle der Klägerin nicht vor.

Entsprechend den nicht zu beanstandenden Ausführungen des SG, denen sich der Senat zu Gänze anschließt, hat sich die Beklagte durch die Beteiligung mit einem Betrag in Höhe von insgesamt 6.453,99 DM an den "zuschussfähigen" Kosten für die Zahnbehandlung der Klägerin beteiligt. Dieser Betrag entspricht 60 % der medizinisch notwendigen Versorgung mit dem Zahnersatz. Die Berechnung der Beklagten, die sich in den Verwaltungsakten befindet, ist insoweit nicht zu beanstanden und entspricht den gesetzlichen Vorgaben. Eine Versorgung mit Keramikzahnersatz war nicht medizinisch notwendig. Dies ergibt sich aus den Ausführungen von Dr. Dr. B. und auch der Auskunft von Zahnarzt M., wonach die prothetische Versorgung auf privater Basis erfolgte, da die Versorgung von Seitenzähnen mit vollkeramischen Kronen, Brücken und Inlays nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversorgung ist und der Auskunft von Dr. P., der ausführt, dass die Klägerin zunächst Goldinlays gewollt habe, diese dann aber selbst als schädlich bezeichnet habe. Dass dem tatsächlich so war, hat Dr. P. nicht bestätigt. Eine weitere Begutachtung der Klägerin war angesichts dieser sachkundigen Stellungnahmen nicht erforderlich.

Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung durch Dr. M. und für die von ihm mit Privatrezept verordneten Medikamente besteht gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ebenfalls nur dann, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Insoweit steht dem Anspruch auf Kostenerstattung zumindest für die ersten Medikamente, deren Kostenerstattung die Klägerin mit Schreiben vom 30.08.1996 begehrt hat, entgegen, dass sie sich vor der Einlösung des Privatrezeptes nicht an die Beklagte gewandt hat. Sie hat sich die Leistung vorab selbst beschafft. Damit fehlt es an einem Kausalzusammenhang zwischen einer (möglicherweise) rechtswidrigen Ablehnung durch die Beklagte sowie dem Nachteil einer Kostenlast. Eine Kostenerstattung hat damit auszuscheiden. Die Klägerin hat sich in diesem Fall die streitige Leistung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit ihrer Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten. Erst die Weigerung der Kasse gibt dem Versicherten das Recht, sich die benötigte Leistung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewandten Kosten zu verlangen. Dies gilt selbst dann, wenn von vornherein

feststeht, dass die Kasse die Leistung verweigern werde (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 22.03.2005 – B 1 KR 3/04 R -). Etwas anderes ergibt sich auch nicht für die nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten vom 03.09.1996 angefallenen Kosten für Behandlungen und Arzneimittel durch Dr. M. Die Klägerin hat sich insoweit in privatärztliche Behandlung begeben. Dies ergibt sich aus der von ihr unterschriebenen Einverständniserklärung vom 18.11.1996 und den Ausführungen von Dr. M., der erklärt hat, er habe die Klägerin privatärztlich behandelt und sie insoweit aufgeklärt. Hierfür hat die gesetzliche Krankenversicherung und damit auch die Beklagte nicht einzustehen. In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht das Sachleistungsprinzip. Dieses besagt, dass sachliche Mittel und persönliche Dienste von der Krankenkasse beschafft und ihren Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in Natur zur Verfügung gestellt werden, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden können. Der Versicherte muss sich die Leistung nicht selbst verschaffen und vorfinanzieren. Dr. M. hat in der fraglichen Zeit über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügt. Er hat die kassenärztlichen Leistungen auf der Grundlage der Versichertenkarte erbracht. Im Hinblick auf die von der Klägerin eingereichten Rechnungen handelt es sich um privatärztliche Behandlungen und Verordnungen. Insoweit hat die Klägerin den Schutzbereich der "Solidargemeinschaft der Krankenversicherung" verlassen und kann eine Erstattung nicht verlangen.

Die Berufung konnte hiernach keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Erstellt am: 23.06.2006

Zuletzt verändert am: 21.12.2024