

ERWACHSENEN- BEHANDLUNG AUCH OHNE OP?

ZUM URTEIL DES LSG BERLIN-BRANDENBURG VOM 08.01.2024

Ein Beitrag von RA Stephan Gierthmühlen

Immer wieder einmal entsteht die Situation, dass es bei einer ursprünglich als kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung nicht zu einer Operation kommt. Dies führt regelmäßig zu der Frage, wie die Behandlung im Anschluss fortgesetzt wird. Wird die Behandlung weiter als GKV-Behandlung durchgeführt? Muss sie abgebrochen werden? Bekommt der Patient seine Eigenanteile zurück oder muss gar das bisherige Honorar zurückgezahlt werden?

Auf einige dieser Fragen gibt ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 08.04.2024 (Az.: L 14 KR 293/22) Antworten.

Der Fall

Ausgangssituation war die Behandlung eines 33-jährigen Patienten mit einer skelettalen Dysgnathie, eingestuft in die KIG D4. Die Krankenkasse genehmigte den Behandlungsplan, der nach Durchführung des Gutachterverfahrens eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung vorsah.

Ein Jahr nach Genehmigung des Behandlungsplans teilte der Patient der Krankenkasse auf deren Nachfrage mit, dass der Kieferchirurg mitgeteilt habe, dass ein operativer Eingriff aufgrund der kieferorthopädischen Behandlung nicht mehr erforderlich sei. Der behandelnde Kieferorthopäde teilte ca. drei Monate nach dieser Auskunft ebenfalls mit, dass eine Untersuchung des Klägers ergeben habe, dass keine kieferchirurgische Behandlung mehr erfolgen müsse.

Die Krankenkasse, die bereits im Rahmen der Genehmigung des Behandlungsplans darauf hingewiesen hatte, dass sie sich „leider nicht weiter an den Kosten beteiligen“ könne, wenn keine Kombinationsbehandlung durchgeführt werde, erließ einen entsprechenden Bescheid gegen den Patienten. Auf den Widerspruch des Patienten hin erstattete die Krankenkasse die gezahlten Eigenanteile gem. § 29 SGB V, blieb jedoch dabei, dass die Kosten der weiteren kieferorthopädischen Behandlung nicht übernommen würden. Hiergegen erhob der Patient Klage. Das Sozialgericht Berlin gab der Klage in erster Instanz statt, die Krankenkasse ging in Berufung, jedoch ohne Erfolg.

Das Urteil

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg kam zu dem Ergebnis, dass die Entscheidung der Krankenkasse, die Genehmigung des Behandlungsplans - und damit die positive Entscheidung über den Anspruch des Patienten auf die Gewährung von Leistungen - aufzuheben, rechtswidrig war.

Um diesen Ansatzpunkt nachzuvollziehen, sollte man sich noch einmal bewusst machen, dass die Einreichung des Behandlungsplans durch den Kieferorthopäden bei der Krankenkasse tatsächlich das Stellen eines Leistungsantrags für den Versicherten darstellt. Genehmigt die Krankenkasse den Behandlungsplan, bestätigt sie also einen Leistungsanspruch des Versicherten. Diese Entscheidung ist aber verwaltungsverfahrenrechtlich ein begünstigender Verwaltungsakt, der selbst dann, wenn er rechtswidrig wäre, nur unter engen Grenzen wieder aufzuheben ist.

Im vorliegenden Fall war dieser begünstigende Verwaltungsakt aber im Zeitpunkt seines Erlasses - bei Genehmigung des Plans - nicht einmal rechtswidrig. Die Anspruchsvoraussetzungen lagen vor, was nicht nur durch den Behandler, sondern auch durch den Gutachter festgestellt wurde.

Dies war auch zwischen den Parteien nicht streitig. Da es also um einen rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsakt ging, musste das Landessozialgericht sich für die zutreffende Rechtsgrundlage einer möglichen Aufhebung auch noch Gedanken darüber machen, ob es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung handelte, dann kann die Aufhebung nur nach § 48, nicht nach § 47 SGB X, erfolgen, oder nicht.

Der Regelungsgehalt der Plangenehmigung umfasse, so das Landessozialgericht, „- zumindest auch - die Verpflichtung, die künftigen Kosten der klägerischen Behandlung von zunächst zu 80 Prozent und nach Behandlungsabschluss zu weiteren 20 Prozent zu übernehmen“. „Die Kostenzusage der Krankenkasse“, so das Gericht weiter, „erstreckt sich, soweit keine einschränkenden Nebenbestimmungen beigefügt werden, auf die gesamten im Behandlungsplan genannten Maßnahmen und steht unter der Bedingung, dass die Behandlung planmäßig und durch einen zugelassenen Vertragsarzt durchgeführt wird.“

Ein rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt mit Dauerwirkung ist gem. § 48 SGB X zu widerrufen, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt.

Es kommt auf die Situation bei Beginn der Behandlung an

Eine solche wesentliche Änderung liegt nach Auffassung des Gerichts nicht in einem bei Durchführung des Behandlungsplans erreichten Behandlungsfortschritt, der zum Fortfall der kieferchirurgischen Behandlungsnotwendigkeit geführt hat. Denn die Rechtsgrundlagen für eine Kostenzusage stellen ausdrücklich auf den Befund bei Beginn der Behandlung ab.

Die Kostenzusage müsste daher auch erlassen werden, wenn die Krankenkasse bei dem geänderten Sachverhalt nachträglich über die Kostenzusage entscheiden würde. Auch dann hätte sie feststellen müssen, dass nach den vorgenannten Regularien der Kieferorthopädie-Richtlinie und des BMV-Z, für die Behandlung „bei ihrem Beginn“ ein Behandlungsbedarf gemäß den Voraussetzungen der Kieferorthopädie-Richtlinie festzustellen war.

Diese Sichtweise findet ihre Grundlage darin, dass es sich auch bei der Planung der Behandlung um eine zukunftsbezogene Prognoseentscheidung bei Behandlungsbeginn handelt. Diese bleibe, so das Landessozialgericht, auch dann richtig, wenn sich unter der geplanten und genehmigten Behandlungsplanung der Behandlungsverlauf anders auswirke.

Das Gericht ließ es auch nicht ausreichen, dass die Krankenkasse bei der Genehmigung des Behandlungsplans darauf hingewiesen hatte, dass sie für den Fall, dass aus medizinischen Gründen keine OP-Indikation mehr gegeben sei, keine weiteren Kosten übernehmen werde. Unabhängig davon, dass das Gericht die Frage aufwarf, ob es sich überhaupt um einen hinreichend bestimmten Widerrufsvorbehalt handelte, kam auch hier zum Tragen, dass die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch bei Beginn der Behandlung erfüllt waren.

Die Folgen für die Praxis

Das Urteil des LSG Berlin trägt auch für andere Fälle zur Rechtsklarheit bei, löst aber nicht alle Probleme, die in solchen Konstellationen eintreten können.

Für die Praxis ist zunächst die klare Positionierung wichtig, dass ohne eine Aufhebung der ursprünglichen Plan genehmigung der Anspruch des Patienten fortbesteht, da die Kostenzusage Dauerwirkung hat. Dies wiederum bedeutet, dass allein der Wegfall der OP-Indikation keine Pflicht des Kieferorthopäden auslöst, die Behandlung unverzüglich abzubrechen.

Ein bloßes „Weiter so!“ darf es aber auch nicht geben, da mit dem Wegfall der OP-Indikation eine Abweichung vom Behandlungsplan vorliegt, die der Krankenkasse angezeigt werden muss. Dies gilt insbesondere, wenn für die Fortführung der Behandlung Therapieänderungen erforderlich sind. Die Anzeige des unplanmäßigen Behandlungsverlaufs versetzt die Krankenkasse auch in die Lage, eine Aufhebung der Kostenzusage zu prüfen und ggf. den Versicherten entsprechend zu bescheiden.

Legt der Versicherte gegen diese Aufhebungsentscheidung keinen Widerspruch ein, endet die Leistungspflicht der Krankenkasse unabhängig davon, ob die Aufhebungsentscheidung – wie im hier entschiedenen Fall – rechtswidrig war. In diesem Fall können auch durch den Kieferorthopäden keine weiteren Leistungen zulasten der GKV erbracht wer-

den. Das Enddatum dürfte die Krankenkasse in einem Datensatz gem. § 14 Nr. 8 Anlage 15 zum BMV-Z anzeigen. Es sollte aber darauf geachtet werden, ob der Patient Widerspruch einlegt und auch dies von der Krankenkasse mitgeteilt wird.

Es sollte in diesem nicht übersehen werden, dass die Krankenkassen in solchen Fällen die Neigung haben dürften, die Behandlungshonorare ggf. auch von dem Vertragszahnarzt zurückzufordern. Ein Ansatzpunkt dürfte insoweit eine Verletzung der Informationspflichten sein, die zu einem Regress wegen eines sonstigen Schadens führen könnte.

Ein größeres Regressrisiko dürfte jedoch dann bestehen, wenn die Krankenkasse die Ansicht vertritt, eine OP sei von Anfang an entweder nicht erforderlich oder nicht geplant gewesen. Zwar weist das Landessozialgericht darauf hin, dass ein Widerruf der Genehmigung aus Vertrauensschutzgründen ausgeschlossen sei, auch wenn die behandelnden Ärzte und der von der Beklagten beauftragte Gutachter unter Verkenning des medizinischen Sachverhaltes zu einer falschen Therapieprognose gekommen wären.

Dies gilt aber natürlich nicht, wenn entweder die mitgeteilten Befunde unzutreffend waren oder – dann könnten wir uns bereits im Bereich des Vorsatzes bewegen – der Patient bereits vor Behandlungsbeginn mitgeteilt hat, er wolle ohnehin keine OP durchführen.

Das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg stärkt also die Ansprüche der Versicherten insbesondere bei unerwarteten Behandlungserfolgen, ändert aber keinesfalls die engen Voraussetzungen, unter denen erwachsene Patienten einen Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung zulasten der GKV haben. Voraussetzung ist stets, dass bei Beginn der Behandlung aus medizinischen Gründen ein kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Behandlungskonzept indiziert ist und dieses bei prognostischer Betrachtung auch umgesetzt werden kann und soll. ■

KONTAKT

RA Stephan Gierthmühlen

Fachanwalt für Medizinrecht

Geschäftsführer und

Syndikusrechtsanwalt des BDK

D
DENTAURUM
1886



EIN FEST VOLLER FARBEN!

Wir feiern sechs Jahrzehnte mit einem starken Produkt, das den Markt revolutioniert hat! Es wurden Millionen **Zahnspangen aus Orthocryl®** auf der ganzen Welt gefertigt. Mit unseren bunten Farben und Ihrer Kreativität wird jede Zahnspange zu einem einzigartigen Kunstwerk. Doch das Wichtigste sind die Kinderlachen, die uns Tag für Tag begleiten und uns zeigen, dass wir mit unserer Arbeit nicht nur Zähne, sondern auch Herzen erreichen.

Feiern Sie mit uns **60 Jahre Orthocryl®** und lassen Sie uns gemeinsam weiterhin für strahlende Gesichter sorgen!



WWW.DENTAURUM.COM/ORTHOCRYL