

L 4 KR 205/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 376/02
Datum
30.06.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 205/03
Datum
23.05.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 30.06.2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für Implantate.

Die 1951 geborene Klägerin wurde im September 2000 mit einer oberen Totalprothese versorgt; nach Angaben der Klägerin kam es zu einem Abkippen der Prothese vornehmlich beim Sprechen und Essen. Sie suchte im März 2001 den Zahnarzt Dr. N. auf, der einen prothetischen Behandlungsplan und eine Kostenaufstellung vom 09.03.2001 über Gesamtkosten in Höhe von 33.033,53 DM erstellte; vorgesehen waren unter anderem sechs Implantate und sechs Teleskopkronen. Die Beklagte lehnte den Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme mit Bescheid vom 12.04.2001 ab. In einem Telefongespräch mit der zuständigen Sachbearbeiterin am 12.04.2001 erklärte die Klägerin, sie wolle keine Implantate, sondern nur eine Totalprothese, die passt. Der von der Beklagten beauftragte Zahnarzt Dr. S. kam im Gutachten vom 19.09.2001 aufgrund einer Untersuchung der Klägerin über die Funktionstüchtigkeit der Prothese zu dem Ergebnis, dass die Prothese lege artis hergestellt wurde und die Saugkraft nach zentraler Belastung sehr gut sei; allerdings fehle es an einem festen Sitz beim Kauen oder Sprechen, die Prothese löse sich immer wieder ab. Zur Verbesserung der Funktionstüchtigkeit der Prothese sei eine Korrektur des frontalen Alveolarfortsatzes notwendig. Die Maßnahmen müssten eine belastbare Knochenoberfläche und ein günstiges Weichteillager wiederherstellen.

Dr. N. erstellte am 25.06.2001 einen Kostenplan für die operative Maßnahme zur Lagerbildung und Verpflanzung eines Knochens (Gesamtkosten 1.638,46 DM).

Die Beklagte teilte der Klägerin am 12.07.2001 schriftlich mit, sie könne die Kosten für die Leistung der Verpflanzung eines Knochens über die Versichertenkarte abrechnen, eine Kostenerstattung scheide aus. Mit Bescheid vom gleichen Tage lehnte die Beklagte erneut die Kostenübernahme für die Implantate wegen Fehlens einer Ausnahmeindikation ab; an den Kosten für die Suprakonstruktion könne sie sich nicht beteiligen, da die zweijährige Gewährleistungsfrist nicht abgelaufen sei.

Das Klinikum der Universität R. (Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) befürwortete im Arztbrief vom 14.11.2001, die Kosten für den Kieferaufbau mit Beccenkamm-, gegebenenfalls Vestibulumplastik, Insertion von 4 ITI-Implantaten und die Versorgung mit herausnehmbarem steggetragenen Zahnersatz zu bezuschussen. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 03.12.2001 wieder eine Kostenbeteiligung an der Implantatversorgung ab. Da der Knochenaufbau als vorbehandelnde Maßnahme für die Implantate zu werten ist, könne auch hierfür keine Kostenübernahme erfolgen. Hinsichtlich der Suprakonstruktion bestehe keine Möglichkeit der Kostenübernahme, da nach dem eingeholten Gutachten eine chirurgische Korrektur des Alveolarfortsatzes notwendig, also eine Unterfütterung vorzunehmen sei.

Die Klägerin legte hiergegen am 19.12.2001 Widerspruch ein. Die Beklagte erläuterte mit Schreiben vom 08.01.2002 ein weiteres Mal die Rechtslage bezüglich des Fehlens von Ausnahmeindikationen. Bei atrophiertem zahnlosen Kiefer sei eine Kostenübernahme für eine Totalprothese möglich.

Nachdem die Klägerin einen Arztbrief von Dr. K. vorgelegt hatte, der gleichfalls die Kostenübernahme für vier Implantate befürwortete, holte

die Beklagte ein Gutachten des Zahnarztes Dr. M. von 22.02.2002 ein. Danach sei keine in den Richtlinien geregelte Ausnahmeindikation gegeben; ein zahnloser Kiefer sei keine Ausnahmeindikation. Es komme lediglich eine Bezuschussung der Suprakonstruktion im zahnlosen Kiefer infrage. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 13.03.2002 daraufhin die Kostenübernahme für die Implantation einschließlich der Suprakonstruktion wieder ab und reichte am 20.03.2002 die Rechtsbehelfsbelehrung nach.

Der Klägerbevollmächtigte legte hiergegen am 08.04.2002 Widerspruch ein. Die Klägerin befand sich vom 02. bis 08.05.2002 in stationärer Behandlung des Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Dr. L., der eine Beckenkammektomie rechts und eine Osteotomie im Oberkiefer durchführte. Auch dieser Arzt befürwortete die Insertion von vier Implantaten. Die Beklagte holte eine Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ein, die unter anderem erläuterte, weshalb der Bundesausschuss den Fall der ausgeprägten Kieferatrophie nicht als Ausnahmeindikation für Implantate beschloss; ausschlaggebend hierfür war, dass die gesetzliche Leistungsvoraussetzung der medizinischen Gesamtbehandlung in diesem Fall nicht vorliegt.

Der Klägerbevollmächtigte hat am 27.09.2002 beim Sozialgericht Regensburg (SG) Untätigkeitsklage erhoben und mit Schriftsatz vom 24.03.2003 den Rechtsstreit für erledigt erklärt (S 2 KR 275/02), nachdem die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20.11.2002 über den Widerspruch der Klägerin entschieden hatte. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Kostenübernahme für Implantate bei dem vorliegenden stark atrophierten Oberkiefer. Diese Indikation sei nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen nicht als Ausnahmefall für Implantate anerkannt. Es komme jedoch eine Bezuschussung für die Suprakonstruktion im Oberkiefer in Höhe der Kosten einer Total-Prothese in Betracht. Die Klägerin solle der Kasse einen entsprechenden aktuellen Heil- und Kostenplan bei der für sie zuständigen Bezirksgeschäftsstelle einreichen.

Sie hat hiergegen beim SG am 04.12.2002 erneut Klage erhoben ([S 2 KR 376/02](#)) und geltend gemacht, die Beklagte habe die Kosten für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nach Maßgabe des Behandlungsplanes des Dr. N. vom 09.03.2001 zu übernehmen. Sie hat außerdem beim SG den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt, die Beklagte zur Kostenübernahme für diese zahnärztliche Versorgung zu verpflichten ([S 2 KR 374/02 ER](#)). Das SG hat mit Beschluss vom 16.12.2002 den Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung abgelehnt. Durch eine einstweilige Anordnung dürfe die endgültige Entscheidung nicht vorweggenommen werden. Dies sei zur Effektivität des Rechtsschutzes nur ausnahmsweise zulässig, wenn sonst Rechtsschutz nicht erreichbar und dies für den Antragsteller unzumutbar sei. Eine derartige Situation liege nicht vor. Nach summarischer Prüfung der Sach- und Rechtslage fehle es auch an einer Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen.

Am 13.03.2003 hat der Zahnarzt Dr. S. im Auftrag der Beklagten wieder ein Gutachten nach einer Untersuchung der Klägerin aus Anlass einer weiteren Mängelrüge der Oberkiefer-Total-Prothese erstellt. Hierbei hat die Klägerin angegeben, dass sie die Insertion von Implantaten "wegen ihrer schlechten Erfahrung kategorisch" ablehne. Der Gutachter hat empfohlen, da im frontalen Bereich eine erneute konventionelle prothetische Versorgung wenig Aussicht auf Erfolg habe, die totale Kieferkammatrophy wieder zu behandeln. Die Klägerin habe jedoch auch chirurgische Maßnahmen abgelehnt.

In der mündlichen Verhandlung am 30.06.2003 hat der Klägerbevollmächtigte mitgeteilt, dass eine Kostenübernahme für die Suprakonstruktion nicht mehr geltend gemacht werde. Das SG hat mit Urteil vom gleichen Tage die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Implantatversorgung. Es liege keine der vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten seltenen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor. Kieferatrophien seien nicht als Grund für implantologische Leistungen anerkannt. Diese Leistungsbeschränkung stehe nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung im Einklang mit höherrangigem Recht.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägerbevollmächtigten vom 04.09.2003, mit der er geltend macht, es verstoße gegen höherrangiges Recht, dass der Bundesausschuss die ausgeprägte Kieferatrophie nicht als besonders schweren Fall in die einschlägigen Behandlungs-Richtlinien aufgenommen habe. Die Klägerin sei insoweit in ihrem Recht auf körperliche Unversehrtheit in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip rechtswidrig belastet.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 30.06.2003 wird aufgehoben und die Beklagte wird in Abänderung des Bescheides vom 13.03.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides in 20.11.2002 verurteilt, die Kosten für die implantologischen Leistungen nach Maßgabe des Behandlungsplanes des Dr. N. vom 09.03.2001 zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,00 Euro. Bedenken bestehen gegen das Rechtsschutzinteresse, da die Klägerin sowohl im Verwaltungsverfahren, als auch anlässlich einer neuen Mängelbegutachtung erklärt hat, sie lehne eine neue Implantatversorgung kategorisch ab. Da aber der Bevollmächtigte der Auffassung ist, dass die fehlende Berücksichtigung der Indikation Kieferatrophie als Ausnahmeindikation anerkannt werden müsse, wird insoweit von einem Rechtsschutzbedürfnis ausgegangen.

Die Berufung ist unbegründet. Streitig ist hier allein die Frage, ob die Beklagte zur Kostenübernahme der im Heil- und Kostenplan vom 09.03.2001 vorgeschlagenen Implantatversorgung im Oberkiefer verpflichtet ist. Die Kostenübernahme für die Suprakonstruktion ist nicht mehr Streitig.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Implantatversorgung nach diesem Heil- und Kostenplan. Während [§ 28 Abs. 2 S. 8](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 01.11.1996 ([BGBl I S. 1631](#))), die ab 01.01.1997 galt, implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion generell von der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung ausschloss, wurde mit den Rechtsänderungen durch das Gesetz vom 23.06.1997 ([BGBl I S. 1520](#), gültig vom

01.07.1997 bis 31.12.1998) und durch das ab 01.01.1999 in Kraft getretene Recht des [§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) (Gesetz vom 08.05.1998 [BGBl. I S. 907](#)) die Kostenübernahme für implantologische Leistungen auf eng begrenzte Ausnahmefälle beschränkt. Nach dieser gesetzlichen Regelung gehören implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, es sei denn, es liegen seltene, vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmehandlungen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Einzelheiten über die Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen hat der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in den Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vom 07.12.1962 in den Nrn. 28 und 29 geregelt (Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung in der Fassung vom 04.06.2003 und vom 24.09.2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 226 S. 2496 vom 03.12.2003). Diese am 01.01.2004 in Kraft getretenen Richtlinien sehen eine Versorgung mit implantologischen Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung in besonders schweren Fällen vor. Sie sind gegeben, wenn eine der nachfolgend genannten Ausnahmeindikationen vorliegt, die Behandlung als Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung durchgeführt wird und wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Ausnahmeindikationen sind größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen, in Entzündungen des Kiefers, in Operationen infolge von großen Zysten, infolge von Osteopathien, in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers oder in Unfällen haben, dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, die generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen und nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

Nach dem Gutachten von Dr. M. liegt keine dieser genannten Ausnahmeindikationen bei der Klägerin vor. Die bei ihr bestehende gravierende Kieferatrophie ist keine vom Bundesausschuss aufgeführte Ausnahmeindikation. Das Bundessozialgericht (BSG) hat bereits mit Urteil vom 19.06.2001 ([SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)) entschieden, dass die Kieferatrophie nicht zu den genannten Ausnahmeindikationen zählt. Hierin liegt jedoch kein Verstoß gegen die Ermächtigungsnormen des [§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) und auch nicht gegen Verfassungsrecht. Da der Anspruch auf seltene Ausnahmeindikationen beschränkt bleiben soll, kann er nicht schon in denjenigen Fällen bestehen, in denen Implantate medizinisch geboten sind. Kieferatrophien treten aber bei jedem größeren Zahnverlust auf, sind also in der Praxis außerordentlich häufig. Auch die spätere Erweiterung des Leistungskatalogs bei Zahnersatz um den Anspruch auf implantatgestützte Suprakonstruktion, für die gerade das Beispiel des atrophierten zahnlosen Kiefers ins Feld geführt wurde, belegt, dass eine Ausnahmeindikation für Implantate bei einer Kieferatrophie nicht gegeben ist. Daher fehlt es auch an einer für eine Analogie voraussetzenden Regelungslücke.

In dieser Entscheidung und in einem weiteren Urteil vom 13.07.2004 (Die Sozialgerichtsbarkeit 2004, 547) hat das BSG daran festgehalten, dass durch die Einschränkung des Anspruchs auf Versorgung mit Implantaten auf eng begrenzte Ausnahmefälle Verfassungsrecht nicht verletzt wird. Dies soll auch für den Fall gelten, dass die Krankheit aus medizinischen Gründen nicht anders als mit einer Implantatversorgung geheilt bzw. gelindert werden kann. Dieser Leistungsausschluss bedeutet im Hinblick auf den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Festlegung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung keine verfassungswidrige Benachteiligung der Betroffenen. Welche Behandlungsmaßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen und welche davon ausgenommen und damit der Eigenverantwortung des Versicherten ([§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)) zugeordnet werden, unterliegt aus verfassungsrechtlicher Sicht einem weiten gesetzgeberischen Ermessen. Denn ein Gebot zu Sozialversicherungsleistungen in einem bestimmten sachlichen Umfang lässt sich dem Grundgesetz nicht entnehmen. Verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab ist im Wesentlichen das Gebot des allgemeinen Gleichheitssatzes ([Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz](#)), Gleiches und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber nicht jede Differenzierung verwehrt. Er kann grundsätzlich frei entscheiden, von welchen Elementen der zu ordnenden Lebenssachverhalte die Leistungspflicht abhängig gemacht und die Unterscheidung gestützt werden soll. Eine Grenze ist erst dann erreicht, wenn sich für seine Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund mehr finden lässt (BSG vom 13.07.2004, a.a.O., m.w.N.). Das BSG hat als sachliche Differenzierungsgründe für die im Vergleich zur konventionellen Versorgung teurere Implantattechnik darin gesehen, dass diese Technik noch relativ neu ist und die Implantatversorgung bei den von den Richtlinien als besonders schwer eingestuft Fällen über eine reine Versorgung mit Zahnersatz hinausreicht, nämlich die Einbindung in eine Gesamtbehandlung erfordert. Dieser Gesichtspunkt stellt ein sachliches Merkmal für die Unterscheidung von Versicherten mit einem besonderen Behandlungsbedarf dar und durfte vom Gesetzgeber herangezogen werden, um Ausnahmeindikationen zur Abmilderung von Leistungsausschlüssen zu definieren.

An diesen Ausnahmeindikationen hat sich auch durch die Neuregelung des Zahnersatzes im SGB V ([§§ 55 f. SGB V](#)) ab 01.01.2005 nichts geändert. Die maßgebende Vorschrift des [§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) für die Implantatversorgung gilt unverändert fort. Zwar hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit Beschluss vom 01.03.2006 die Ausnahmeindikationen in Abschnitt 7 Nr. 2a der Behandlungs-Richtlinien neu gefasst durch folgenden Wortlaut: in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien). Ob sich hieraus für die Klägerin eine günstigere Entscheidung ergibt, kann dahingestellt bleiben, da diese Neufassung vom BMG (nach einer Mitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Internet) noch nicht geprüft und noch nicht in Kraft getreten ist. Wenn eine der o.g. Leistungsvoraussetzungen im Gesetz und den Behandlungs-Richtlinien nicht vorliegt, handelte es sich bei der Versorgung mit Implantaten um eine Privatleistung. Neu ist lediglich, dass die Suprakonstruktion (Krone, Brücke, Teilprothese) jetzt entsprechend mit einem Festbetrag bezuschusst wird.

Der Senat weist die Klägerin daher zur neuen Rechtslage noch auf folgendes hin: Der Gesetzgeber hat mit Gesetz 14.11.2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) unter Aufhebung der [§§ 30, 30a SGB V](#) die Leistung Zahnersatz in [§§ 55 bis 57 SGB V](#) neu geregelt. Nach [§ 55 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte nach den Vorgaben der Sätze 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) anerkannt ist.

Die Festzuschüsse umfassen 50 v.H. der nach [§ 57 Abs. 1 S. 6](#) und [Abs. 2 Sätze 6 und 7](#) festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung ([§ 55 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)). Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in [§ 56 Abs. 2 S. 10 SGB V](#) aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen (§

55 Abs.4 SGB V). Für die eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich nach der Bonusregelung grundsätzlich die Festzuschüsse um 20 v.H. ([§ 55 Abs. 1 S. 3 SGB V](#)) und die Festzuschüsse erhöhen sich um weitere 10 v.H. (nicht jedoch in den Fällen des [§ 55 Abs. 2 SGB V](#)), wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 01.01.1989, die Untersuchungen nach [§ 55 S. 4 Nrn. 1 und 2 SGB V](#) ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat ([§ 55 Abs. 1 S. 5 SGB V](#)). Gemäß [§ 55 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Abs. 1 S. 2 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 (Härtefallregelung); wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Bei geringerem Einkommen besteht nach Maßgabe des [§ 55 Abs. 3 SGB V](#) Anspruch auf einen weiteren flexiblen Zuschuss.

Nach [§ 56 Abs. 1 SGB V](#) bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse nach [§ 55 SGB V](#) gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Befunde und die insoweit jeweils zuzuordnende zahnprothetische Regelversorgung erfolgt nach näherer Maßgabe des [§ 56 Abs. 2 SGB V](#). Hinsichtlich der Höhe der Vergütungen für die zahnärztliche Leistungen bei den Regelversorgungen nach [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) bestimmt [§ 57 Abs. 1 S. 1 SGB V](#), dass diese von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart werden. Im vorliegenden Fall sind die Befunde und die zugeordneten Regelversorgungen in der Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festzuschuss-Richtlinien in der Fassung vom 01.03.2006 (Bundesanzeiger Nr. 64 (S. 2129) vom 31.03.2006) einschlägig.

Der Klägerin wird also anheimgestellt, nach Abklärung einer zweckmäßigen Versorgung durch einen Zahnarzt und Oralchirurgen der Beklagten neue Heil- und Kostenpläne vorzulegen und einen Leistungsantrag auch unter Einbeziehung der Bonus- und Härtefallregelung zu stellen. Die Beklagte hat daraufhin nach Maßgabe der Neuregelung des Zahnersatzes eine nochmalige Prüfung, unter Umständen nach Hinzuziehung eines Gutachters, durchzuführen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 2, 3 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-09-04