

S 46 KR 895/14

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
46
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 46 KR 895/14
Datum
08.05.2017
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Erstattung von Kosten für Zahnersatz und zahnärztliche Leistungen durch die Beklagte, die während eines Auslandsaufenthaltes des Versicherten in P. angefallen sind.

Der in P. wohnhafte Kläger hielt sich zum Zeitpunkt der Versorgung des Klägers mit dem hier in Rede stehenden Zahnersatz jeweils immer für längere Zeiträume in P. auf, während er noch in Deutschland wohnhaft war. Am 9.10.2012 suchte der Kläger wegen eines kleinen Defektes an einem seiner Zähne einen p. Zahnarzt auf. Dabei stellte dieser fest, dass die bei dem Kläger im Oberkiefer rechts vorhandene Brücke defekt sei und nur noch locker sitze und auch auf der linken Seite des Oberkiefers zu einem Handlungsbedarf bestehe. Am 12.10.2012 suchte der Kläger daher in Deutschland eine Zahnarztpraxis auf, um sich um einen Heil- und Kostenplan zu bemühen. Zuvor hatte er bei der Beklagten einen englischsprachigen Kostenvoranschlag (Bl. 9 d. A.) bei der Beklagten vorgelegt. Telefonisch teilte ihm eine Mitarbeiterin mit, dass er vor der Versorgung auf jeden Fall "nachprüfbare" Dokumente bei der Beklagten einreichen müsse.

Am 15.10.2012 kam es zu einem Gespräch zwischen dem Kläger und der Beklagten, in dem der Kläger mitteilte, dass er von seiner deutschen Zahnarztpraxis keinen Heil- und Kostenplan bekäme, er jedoch bereits einen Kostenvoranschlag von einem p. Zahnarzt habe. Auch am darauf folgenden Tag meldete sich der Kläger wieder bei der Beklagten und teilte mit, dass er auch von einem anderen deutschen Zahnarzt keinen Heil- und Kostenplan bekomme, da die Zahnärzte ihm gegenüber mitteilten, dass dafür die Brücke entfernt werden müsse, was er nicht wolle, da er mit einer gegebenenfalls entstehende Lücke vermeiden wolle. Gleichzeitig legte er der Beklagten einen Zeitungsartikel vor, aus dem hervor ging, dass die Beklagte auch zur Zahlung von Auslands-Zahnersatz verpflichtet sei.

Etwa am 19.10.2012 legte der Kläger, nachdem er mehrfach versucht hatte sich in Deutschland um einen Heil- und Kostenplan zu bemühen, der Klägerin den p. Kostenvoranschlag vor, woraufhin die Beklagte es ablehnte, die dort aufgeführten Kosten zu zahlen, weil der Kostenvoranschlag nicht in deutscher Sprache sei.

In einem kurz darauf folgenden Aufenthalt in P. ließ der Kläger die nicht mehr funktionstaugliche Brücke entfernen sowie die betroffenen Zähne ziehen und Verankerungen für Implantate setzen. Dies geschah am 21.11.2012 und 17.12.2012. Die dafür entstandene Rechnung i.H.v. 3.360,00 EUR legte der Kläger der Beklagten am 15.4.2013 persönlich vor. Nachdem die Beklagte die Übernahme der Kosten unter dem 23.4.2013 noch einmal ablehnte, hielt sich der Kläger erneut in P. auf und erhielt von seinem dortigen Zahnarzt unter dem Datum des 16.6.2013 auf P. verfasste Rechnungen über den streitigen Betrag, die der Kläger mit Schreiben vom 17.7.2013 an die Beklagte übermittelte. In diesem Schreiben (Bl. 12 der Verwaltungsakte) heißt es, dass der Kläger der Beklagten die ins Deutsche übersetzten detaillierten Angaben bezüglich seines Zahnersatzes übermittele. In der Anlage dazu finden sich insgesamt drei Rechnungen (Bl. 13-15 der Verwaltungsakte) einer p. Zahnarztpraxis mit dem Datum des 16.7.2013, die die abgerechneten Positionen mit Quantitätsbezeichnung und Betrag wiedergeben, darin heißt es etwa "Sprechstunde Röntgenaufnahme", "Alganitabformung", "Modelle aus Gips", "Sprechstunde", "Kostenvoranschlag", "vorchirurgische Medikation", "Erstellung Chirurgieplan", "Setzen von zwei Implantaten Nobel", "Setzen von Einheilungskappen" oder "definitives einsetzen der Metallkeramikbrücke".

Mit Schreiben vom 29.07.2013 (Bl. 16 d. Verw.A.) lehnte die Beklagte die Kostenübernahme endgültig ab, wobei sie zur Begründung ausführte, dass vor Behandlungsbeginn kein Heil- und Kostenplan eingereicht worden sei, was bei einer Versorgung mit Zahnersatz im EU-Ausland genauso Voraussetzung sei, wie im Inland. Die prothetische Versorgung mit Zahnersatz erfordere die Genehmigung der

Krankenkasse. Darüber habe man den Kläger bereits im Oktober 2012 informiert. Die Rechnungen würden vielmehr belegen, dass der Zahnersatz bereits angefertigt und eingegliedert sei, daher vor der Behandlung damit kein Kostenvoranschlag eingereicht und eine Genehmigung der Krankenkasse nicht abgewartet worden sei. Unter dem Datum des 9.8.2013 (Bl. 18 der Verwaltungsakte) wiederholte die Beklagte schriftlich ihre Ablehnung und versah das Schreiben diesmal mit einer Rechtsbehelfsbelehrung.

Mit Fax vom 19.9.2013 legte der Kläger Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid der Beklagten ein. Zur Begründung führte er aus, dass er alles zumutbare getan habe, um einen Heil- und Kostenplan eines deutschen Zahnarztes vorzulegen. Unter dem 9.10.2012 habe er einen englischsprachigen Behandlungsplan und Kostenvoranschlag (Bl. 9 der Verwaltungsakte) vorgelegt, was ausreichend sei, da die Beklagte auf ihrer Website auch einen englischsprachigen Service anbiete. Darüber hinaus sei er nicht in der Lage gewesen, vor dem Behandlungsbeginn im Zeitraum Oktober 2012 bis April 2013 einen Heil- und Kostenplan vorzulegen, da zu diesem Zeitpunkt eine Notfallsituation eingetreten gewesen sei. Als Anlage fügte er auch drei Rechnungen auf P. vom 21.11.2012, 4.4.2013, und 9.4.2013 (Bl. 33-35 der Verwaltungsakte) bei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.6.2014 wies die Beklagte den Widerspruch mit folgender Begründung zurück: Der Anspruch auf Leistungen ruhe, solange sich der Versicherte im Ausland aufhalte, was auch dann gelte wenn der Versicherte erkrankte, wobei hiervon gemäß [§ 30 Abs. 2 SGB I](#) diejenigen Fälle ausgenommen seien, in denen aufgrund zwischen- bzw. überstaatlichen Rechts Leistungsansprüche im Zusammenhang mit einem Auslandsaufenthalt verwirklicht werden können. Nach Art. 19 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 hätten Versicherte, die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhielten, Anspruch auf die Sachleistung, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweise. Dabei würden die Leistungen nach den Rechtsvorschriften des Sozialleistungsträgers am Aufenthaltsort erbracht. Darüber hinaus seien Versicherte seit dem 1.1.2004 nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten der Europäischen Union anstelle der Sach- oder Dienstleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat seien auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Neben einigen anderen Voraussetzungen bestehe der Erstattungsanspruch jedoch nur in Höhe derjenigen Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Versorgung mit Zahnersatz würde in Deutschland durch die [§§ 55, 56, 87 SGB V](#) geregelt, wonach der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung ein die gesamte Behandlung umfassender Heil- und Kostenplan (Kostenvoranschlag) vorzulegen sei. Dieser sei von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen, wobei die Krankenkasse den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen könne. Der Kläger habe sich zwar vor Antritt der möglichen Versorgung mit der Beklagten ins Benehmen gesetzt und sei hierbei auch über die Voraussetzungen für eine Behandlung im EU-Ausland aufgeklärt worden. Er habe die Versorgung jedoch ohne vorherige Antragstellung und Bewilligung am 21.11.2012 begonnen und im weiteren Verlauf eingliedern lassen. Die nach deutschem Recht bestehenden Voraussetzungen für die Versorgung mit Zahnersatz seien daher nicht erfüllt worden und eine Kostenerstattung durch die Beklagte sei nicht möglich. Ebenso wenig habe eine Notfallbehandlung bestanden. Schließlich sei auch eine Kostenerstattung im Wege der Kulanz nicht möglich, da die sozialgerichtliche Rechtsprechung festgestellt habe, dass die Krankenkassen nicht berechtigt seien, Leistungen außerhalb des gesetzlich vorgeschriebenen Rahmens zu erbringen.

Mit Fax vom 21.7.2014, bei Gericht eingegangen am 21.7.2014, erhob der Kläger Klage gegen die Entscheidung der Beklagten. Zur Begründung verweist er auf die Ausführungen im Verwaltungsverfahren.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 9.8.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.6.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Aufwendungen des Klägers für Zahnersatz und zahnärztliche Leistungen in P. in Höhe von insgesamt 3360,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Hierzu verweist sie auf Ihr Vorbringen im Verwaltungsverfahren sowie die Ausführungen im Widerspruchsbescheid.

Das Gericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten beigezogen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte sowie die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) erhobene Klage ist zulässig, insbesondere fristgerecht erhoben, jedoch unbegründet.

II. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für den Zahnersatz in P. gegen die Beklagte. Da die rechtlichen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nicht vorliegen, brauchte das Gericht sich auch nicht damit zu befassen, ob dem Kläger gegebenenfalls ein geringerer, als der von ihm beantragte Kostenerstattungsbetrag zusteht. Der Kläger hat der Beklagten kein einem Heil- und Kostenplan vergleichbares Dokument in einer ausreichenden Form vorgelegt. Eine Notfallsituation lag nicht vor.

1. Allein in Betracht kommende Anspruchsgrundlage ist [§ 13 Abs. 4 Sozialgesetzbuch 5. Buch \(SGB V\)](#). Danach sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistungen im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Nach [S. 3](#) der Vorschrift besteht der Anspruch auf Erstattung nur höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Die Kostenerstattungsansprüche des [§ 13 SGB V](#) treten jeweils an die Stelle des primären Leistungsanspruchs des Versicherten gegen seine Krankenkasse. [§ 13 SGB V](#) soll es danach insbesondere den Versicherten nicht ermöglichen, das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung durch Vorleistung und spätere Kostenerstattung unzulässig zu erweitern. Nach diesen Grundsätzen hat sich das Gericht zu fragen, ob der Kläger die für die Versorgung mit Zahnersatz durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehenen Verfahrensschritte eingehalten hat.

Der Anspruch eines gesetzlich Krankenversicherten auf Versorgung mit Zahnersatz und sonstiger zahnärztlicher Leistung ergibt sich aus § 27 SGB Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und 2a SGB V in Verbindung mit [§ 28 Abs. 2](#), [§§ 55, 56](#) und [87 SGB V](#). Nach [§ 55 Abs. 1 SGB V](#) besteht 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 anerkannt ist. Aus diesen Vorschriften ergibt sich zwar noch nicht die Notwendigkeit der Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei der Krankenkasse sowie dessen vorherige Genehmigung durch selbige, dieses Erfordernis ergibt sich vielmehr aus [§ 87 Abs. 1a SGB V](#).

Gemäß [§ 87 Abs. 1a S. 2 SGB V](#) hat der Vertragszahnarzt vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des §§ 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Im Heil und Kostenplan sind gemäß S. 3 der Vorschrift Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. S. 4 der Vorschrift bestimmt, dass der Heil- und Kostenplan von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen ist. Schließlich ermöglicht S. 5 der Vorschrift der Krankenkasse, den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten zu lassen. Obwohl dieses Erfordernis des Heil- und Kostenplans damit lediglich im Verhältnis zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Leistungsträger, d.h. der gesetzlichen Krankenkasse, geregelt ist, muss dieses Erfordernis notwendigerweise auch auf das Verhältnis zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse übertragen werden, da es sonst jedenfalls dann leerliefe, wenn der Versicherte wie hier geschehen einen Zahnarzt in Anspruch nimmt, der nicht Vertragszahnarzt ist. Dies würde andernfalls dazu führen, dass der Versicherte unter erleichterten Voraussetzungen einen Zahnersatz erhalten könnte, ohne dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit erhielte, die Notwendigkeit der prothetischen Versorgung zu überprüfen. Immerhin dient der Heil- und Kostenplan nicht nur der Kostenkontrolle der Krankenkasse, sondern auch und gerade dem Schutz des Patienten vor nicht notwendiger oder gar qualitativ schlechter Versorgung. Dass das Erfordernis der Vorlage eines Heil- und Kostenplans bzw. eines damit vergleichbaren Dokuments auch dann gilt, wenn der Versicherte wie dies [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ermöglicht, einen Zahnarzt im EU-Ausland in Anspruch nimmt, ist in der Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit anerkannt (vergleiche nur BSG, Urteil vom 30.6.2009, B1 KR 19/08R, sowie zuletzt Bayerisches LSG, Urteil vom 15.03.2016, [L 5 KR 458/15 ZVW](#), Rn. 41 bei juris). das Gericht kann dabei offen lassen, ob der Heil- und Kostenplan zur Vorlage bei der Krankenkasse dabei in deutscher Sprache verfasst zu sein hat. Jedenfalls entsprach keine der von dem Kläger vorgelegten Materialien auch nur ansatzweise einem Heil- und Kostenplan. Nach der hier angeführten Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit muss der ausländische das ausländische vom Zahnarzt auszufüllende Dokument lediglich mit einem Heil- und Kostenplan im Sinne des [§ 87 Abs. 1a S. 2 SGB V](#) vergleichbar sein. Insoweit sind die Ausführungen der Beklagten zwar falsch, was aber nicht dazu führt, dass der Kläger einen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte hätte. Was "mit einem Heil- und Kostenplan vergleichbar" im Einzelnen heißt, hat weder das Bundessozialgericht, noch das bayerische Landessozialgericht näher konkretisiert. Die Kammer ist jedoch zu der Überzeugung gelangt, dass das als Heil- und Kostenplan dienende Dokument unabhängig von seiner äußeren Form geeignet sein muss, die oben dargelegten Ziele des [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) zu verwirklichen. Dies trifft jedoch nach Auffassung der Kammer im vorliegenden Fall auf keines der vom Kläger vorgelegten Dokumente zu. Dabei handelt es sich ausschließlich um nicht weiter nachprüfbare Auflistungen und Rechnungen. Ein Heil- und Kostenplan im Sinne des SGB V muss unter anderem den Befund, die Regelversorgung im Sinne des § 56 und die tatsächlich geplante Versorgung (einschließlich von der Regelversorgung abweichender Leistung im Sinne des Abs. 4 und 5 des § 56) darstellen. Dabei soll die Beschreibung der Regelversorgung insbesondere die Transparenz für den Versicherten erhöhen und ihm eine eigenverantwortliche Entscheidung über die individuelle Versorgung mit Zahnersatz ermöglichen. Darüber hinaus sind im Heil- und Kostenplan Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Dies soll es dem Versicherten und der Krankenkasse ermöglichen, den Hersteller der zahntechnischen Leistungen ausreichend identifizieren zu können. Diese Vorschrift dient damit maßgeblich der Verhinderung von Abrechnungsmanipulationen. Schließlich soll der Heil- und Kostenplan gemäß [§ 87 Abs. 1a S. 9 SGB V](#) ausweisen, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht (vergleiche zum Ganzen: Nolte in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 92. Ergänzungslieferung, Stand Dezember 2016, [§ 55 SGB V](#), Rn. 53 und 54). Selbst wenn die Kammer im Vergleich zu diesen strengen Erfordernissen einen geringeren Maßstab anläge, erfüllt keines der vor der Behandlung vorgelegten Dokumente diese Kriterien. Vor der Behandlung im November 2012 hat der Kläger lediglich das englischsprachige Dokument vom 9.10.2012 (Bl. 32 und Bl. 9 der Akte) eingereicht. Sämtliche weiteren Dokumente datieren auf ein späteres Datum. Demzufolge hatte sich das Gericht lediglich damit zu befassen, ob das Dokument vom 9.10.2012 die Voraussetzungen eines mit einem Heil- und Kostenplans vergleichbaren Dokuments erfüllt. Dies ist nach Auffassung des Gerichts nicht der Fall, da dieses Dokument keines der mit dem Heil- und Kostenplan verfolgten Ziele, der Transparenz, der Information, der Verhinderung von Abrechnungsmanipulationen und vor allem der Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung im medizinischen Sinne, erfüllen kann. Das Dokument weist weder Befunde aus, gibt keine Auskunft darüber, wer die einzelnen Bestandteile der prothetischen Versorgung hergestellt hat, und weist vor allem keine Regelversorgung aus. Selbst wenn man davon ausginge, dass Letzteres nicht erforderlich sei, weil ein ausländischer Zahnarzt nicht absehen könne, was eine Regelversorgung im Sinne des deutschen Krankenversicherungsleistungsrechts wäre, so muss nach allem doch festgestellt werden, dass das lediglich wenige Zeilen umfassende Dokument vom 9.10.2012 jedenfalls nicht als mit einem Heil- und Kostenplan vergleichbar bezeichnet werden kann. Das Gericht kommt vor allem deshalb zu diesem Schluss, weil das Dokument insbesondere nicht erkennen lässt, welche Befunde der behandelnde Arzt erhoben hat und daher weder für die Krankenkasse noch für den nach Auffassung des Gesetzgebers schutzbedürftigen Versicherten erkennbar ist, ob die Versorgung des Versicherten eben gerade mit dieser dort dargestellten Versorgung medizinisch indiziert ist. Damit kann das Dokument eine wesentliche Schutzfunktion des in [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) normierten Heil- und Kostenplans gerade nicht erfüllen. Beispielsweise ist aus dem Dokument ersichtlich, dass der erste Molar auf der oberen linken Seite extrahiert werden musste. Warum dies der Fall war, und wie diese dadurch entstehende Zahnlücke versorgt würde, ist aus dem Dokument nicht ersichtlich, da es lediglich eine Auflistung der geplanten Versorgung, nicht jedoch eine Beschreibung welche Keramikkrone bzw. welches Implantat an welche Stelle gesetzt würde. Für die obere rechte Seite ist nur aufgelistet, welche Materialien verwendet werden, jedoch nicht was der Befund ist und warum gerade die Versorgung mit diesem Material notwendig ist. Das Dokument enthält letztlich gar keine der von [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) geforderten Informationen und ist damit als Ersatz für einen förmlichen Heil- und Kostenplan unbrauchbar. Dass aber nachprüfbare Dokumente zur vorherigen Genehmigung durch die beklagte Krankenkasse notwendig sind, hatte eine Mitarbeiterin der Beklagten dem Kläger bereits am 15.10.2012 und damit vor Entstehung der Kosten mitgeteilt. Nach dem Kenntnisstand der Kammer (vgl. Bl. 2 d Verw.A.)

hat sie dabei auch nicht die unzutreffende Formulierung aus dem Bescheid gewählt, dass ein Heil- und Kostenplan vorzulegen sei.

Da diese formalen Mängel bereits offensichtlich sind, brauchte das Gericht sich auch nicht mit der Frage zu befassen, ob die Beklagte gemäß [§ 19 Abs. 2 SGB X](#) verpflichtet gewesen wäre, eine amtliche Übersetzung in das deutsche anfertigen zu lassen.

2. Schließlich kann sich der Kläger auch nicht darauf berufen, dass bei Behandlungsbeginn eine Notfallsituation vorgelegen habe. Nach der zutreffenden Rechtsprechung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg, der sich auch die Kammer anschließt, ist in einer Notsituation lediglich eine Versorgung des Versicherten mit Provisorien angezeigt, nicht jedoch die bereits definitive Versorgung. Dies ist darin begründet, dass eine Notfallbehandlung im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#) 1. Alt. SGB V nur dann vorliegt, wenn der übliche Beschaffungsweg für den Versicherten zu einer unvermeidbaren Verzögerung führt, d.h. mit medizinischen Risiken, nicht unbedingt aber Lebensgefahr, verbunden ist und somit die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährdet werden könnte oder der für den Versicherten nicht mehr zumutbar ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 14.9.2004, [L 11 KR 2808/03](#), BeckRS 9999,09338 m.w.N.). Eine provisorische Versorgung des Zahnzustandes des Klägers erfolgte gerade nicht. Dass die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes ohne die sofortige definitive Versorgung gefährdet gewesen wäre ist nicht ersichtlich. Es kann dem Kläger auch zugemutet werden, zunächst mit der definitiven Versorgung zuzuwarten, da er bei unterstellt provisorischer Versorgung, nicht mit einer ggf. "entstellenden" Zahnlücke hätte leben müssen. Darüber hinaus ist für das Gericht – auch ohne in diesem Fall sachverständig beraten worden zu sein – auf Grund allgemeiner Erfahrung schon fraglich, ob eine Versorgung mit Implantaten überhaupt in so kurzer Zeit erfolgen kann, dass der Kläger nicht auch damit für eine gewisse Zeit ohne ausreichende Versorgung der betroffenen Teile des Gebisses gewesen wäre, weil nämlich die Versorgung mit Implantaten – was als bekannt unterstellt werden kann – in mehreren Schritten erfolgt (zunächst müssen die Verankerungen in den Kieferknochen eingebracht werden, dies muss abheilen und erst dann kann der eigentliche Zahnersatz eingegliedert werden).

III. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-01-11