B 1 KR 19/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
S 13 KR 350/08
Datum
23.02.2011
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 81/11
Datum
01.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 19/12 R
Datum
07.05.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Versicherte haben nur dann Anspruch auf zahnimplantologische Leistungen, wenn diese allein unterstützender Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung mit einem der Wiederherstellung der Kaufunktion übergeordneten Behandlungsziel sind.
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 1. März 2012 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

1 Die Beteiligten streiten über die Versorgung des Klägers mit implantologischen Leistungen.

2 Der 1989 geborene, bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Kläger leidet an einer Oligodontie. Ihm fehlen im Oberkiefer 10 und im Unterkiefer 12 der jeweils 16 bleibenden Zähne. Der Kläger beantragte das Einbringen von Knochentransplantaten mit nachfolgender Insertion von 11 enossalen Implantaten in Ober und Unterkiefer (Behandlungsplan Prof. Dr. Dr. S. vom 29.11.2006). Dies lehnte die Beklagte ab. Der nachfolgende Rechtsstreit endete mit einem Überprüfungsvergleich. In der anschließenden Prüfung bejahte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Möglichkeit einer konventionellen prothetischen Versorgung mit kombiniert festsitzend-herausnehmbarem Zahnersatz. Die Beklagte lehnte daraufhin erneut die Versorgung des Klägers mit Zahnimplantaten ab (Bescheid vom 14.7.2008, Widerspruchsbescheid vom 2.9.2008). Das SG hat auf der Grundlage des von ihm bei Dr. K. eingeholten Gutachtens vom 25.11.2009 die Beklagte verurteilt, den Kläger mit Zahnimplantaten nebst Knochenaufbau und Suprakonstruktion zu versorgen, weil die zahnmedizinisch mögliche konventionelle prothetische Versorgung keinen dauerhaften Behandlungserfolg sichere (Urteil vom 23.2.2011). Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen: Der Anspruch des Klägers scheitere schon daran, dass er die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie (BehandlRL-ZÄ)) geregelte Voraussetzung für einen Anspruch auf Implantatversorgung nicht erfülle, wonach das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar sein dürfe. Das klägerische Prothesenlager sei für die Aufnahme eines schleimhautgelagerten Zahnersatzes geeignet. Unerheblich sei, dass nach der ergänzenden Stellungnahme des Dr. K. vom 24.8.2011 ein allein schleimhautgelagerter Zahnersatz ohne die Entfernung der vorhandenen Zähne nicht in Betracht komme. Die BehandlRL-ZÄ bringe den Ausnahmecharakter der Implantatversorgung zum Ausdruck und begrenze eine ansonsten medizinisch indizierte Implantatversorgung (Urteil vom 1.3.2012).

3 Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung der § 28 Abs 2 S 9, § 92 Abs 1 S 2 Nr 2 SGB V iVm der BehandlRL-ZÄ. Abzustellen sei auf den tatsächlich bestehenden Zustand des Gebisses und nicht auf einen hypothetischen. Außerdem rügt der Kläger, dass das LSG die Unmöglichkeit der konventionellen prothetischen Versorgung nicht abschließend aufgeklärt habe.

4 Der Kläger beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 1. März 2012 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 23. Februar 2011 zurückzuweisen.

5 Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6 Sie hält das LSG-Urteil für zutreffend.

II

7 Die zulässige Revision des Klägers ist unbegründet. Das LSG hat im Ergebnis zu Recht das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Versorgung mit implantologischen Leistungen nach § 27 Abs 1 S 1 und S 2 Nr 2 und 2a, § 28 Abs 2 S 9 SGB V iVm Teil B Abschn VII BehandlRL-ZÄ vom 4.6.2003/24.9.2003 (BAnz Nr 226, S 24 966, mWv 1.1.2004, zuletzt geändert am 1.3.2006, BAnz Nr 111, S 4466, mWv 18.6.2006).

8 1. Nach § 27 Abs 1 S 1 SGB V (idF durch Art 1 Nr 14 Buchst a Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992, BGBl I 2266, mWv 1.1.1993) haben Versicherte wie der Kläger Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst ua zahnärztliche 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 die 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 vom 14.11.2003, BGBl I 2190, mWv 1.1.2005). Die zahnärztliche Behandlung ihrerseits umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen 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 vom 14.11.2003, BGBl I 2190, mWv 1.1.2005). Welche Tätigkeiten des Zahnarztes iS des § 28 Abs 2 S 1 SGB V zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, konkretisiert die BehandlRL-ZÄ auf der Grundlage des § 92 Abs 1 S 2 Nr 2 SGB V. Implantologische Leistungen schließt § 28 Abs 2 S 9 SGB V (idF durch Art 1 Nr 15 Buchst a Doppelbuchst bb GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190, mWv 1.1.2004) von der zahnärztlichen Behandlung grundsätzlich aus. Versicherte haben nach dieser Vorschrift ausnahmsweise gleichwohl in seltenen, vom GBA in Richtlinien nach § 92 Abs 1 SGB V festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle Anspruch auf implantologische Leistungen, wenn sie einschließlich der Suprakonstruktion im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung als Sachleistung zu erbringen sind (dazu 2.). An Letzterem fehlt es im vorliegenden Fall (dazu 3.).

9 2. Implantologische Leistungen, die der Abstützung von Zahnersatz dienen sollen, sind "im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung" als Sachleistung zu erbringen, wenn sie notwendiger Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung sind. Eine solche medizinische Gesamtbehandlung muss sich aus verschiedenen, nämlich aus human und zahnmedizinischen notwendigen Bestandteilen zusammensetzen, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die Wiederherstellung der Kaufunktion im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben. Das folgt aus dem Wortlaut der Regelung des § 28 Abs 2 S 9 Halbs 2 SGB V (dazu a), ihrer Entstehungsgeschichte (dazu b), dem Regelungssystem für Zahnersatz (dazu c) und dem Regelungszweck (dazu d).

10 a) Schon der Wortlaut der Regelung des § 28 Abs 2 S 9 Halbs 2 SGB V spricht dafür, dass in den Ausnahmefällen einer Implantatversorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nur ein nicht prägender Bestandteil einer Gesamtleistung sind. Denn sie müssen "im Rahmen einer Gesamtbehandlung als Sachleistung" zu erbringen sein. Zugleich fordert § 28 Abs 2 S 9 Halbs 2 SGB V die Einbindung der implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion in eine "medizinische", nicht etwa in eine zahnmedizinische Gesamtbehandlung.

11 b) Die Entstehungsgeschichte des § 28 Abs 2 S 9 SGB V steht mit diesen Überlegungen in Einklang. Die geltende Fassung des § 28 Abs 2 S 9 SGB V geht zurück auf eine Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG), vgl BT Drucks 13/7264 S 9 f). Der Ausschuss begründete sie damit (vgl BT Drucks 13/7264 S 59), dass abweichend vom bisherigen Recht Versicherte in zwingend notwendigen Ausnahmefällen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung erhalten sollen. Wörtlich heißt es sodann: "Hierzu gehören, sofern keine Kontraindikationen für implantologische Leistungen vorliegen, insbesondere die Versorgung nach einer Tumoroperation mit Resektion/Teilresektion am Kieferknochen und nach Schädel- und Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten." Die Beschlussempfehlung erlangte als Art 1 Nr 4 Buchst b 2. GKV-NOG vom 23.6.1997 (BGBl I 1520) Gesetzeskraft (zur davor geltenden Rechtslage vgl BSGE 88, 166, 167 = SozR 3 2500 § 28 Nr 5 S 26). Der Begründung des Ausschusses für Gesundheit zu seiner Empfehlung über die Einfügung des § 28 Abs 2 S 9 SGB V im Gesetzgebungsverfahren zum 2. GKV-NOG ist zwar zu entnehmen, dass die Erläuterung der medizinischen Gesamtbehandlung nicht abschließend sein soll; sie gibt aber den inhaltlichen Kern dessen wieder, was der Gesetzgeber mit der sehr eng zu verstehenden Ausnahme des § 28 Abs 2 S 9 Halbs 2 SGB V vom grundsätzlichen Ausschluss der implantologischen Leistungen aus dem Katalog der zahnärztlichen Leistungen nach § 28 Abs 2 S 9 Halbs 1 SGB V bezweckt: Versicherte sollen auf implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht schon dann Anspruch haben, wenn es allein oder auch nur hauptsächlich darum geht, Versicherten einen Zahnersatz zu ermöglichen, weil andere Behandlungsmöglichkeiten zur Ersetzung fehlender Zähne nicht bestehen. Der Anspruch soll nur dann bestehen, wenn darüber hinausgehende Behandlungsziele verfolgt werden.

12 Im weiteren Verlauf änderte der Gesetzgeber die Norm durch Art 1 Nr 15 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKVRefG 2000)) vom 22.12.1999 (BGBl I 2626) dahingehend, dass er den grundsätzlichen Ausschluss der Suprakonstruktion aus dem Katalog der zahnärztlichen Leistungen aufhob (zur weiteren redaktionellen Änderung des § 28 Abs 2 S 9 SGB V mWv vom 1.1.2004 infolge der Errichtung des GBA anstelle der zwei Bundesausschüsse siehe Art 1 Nr 15 Buchst a Doppelbuchst bb GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190). Ab 1.1.2000 bestand in weiteren vom Bundesausschuss der Zahnärzte und KKn festgelegten Ausnahmefällen (nach Maßgabe des § 30 Abs 1 S 5 SGB V idF durch Art 1 Nr 17 GKVRefG 2000) ein an eine Eigenbeteiligung geknüpfter Anspruch auf Gewährung der zur implantologischen Versorgung gehörenden Suprakonstruktion (vgl dazu GKVRefG 2000-Gesetzentwurf BT-Drucks 14/1245 S 65, dort Zu Nummer 14 (§ 28 Abs 2)). Die zahnprothetische Leistung stellte hiernach insbesondere auch beim zahnlosen Kiefer die vertragszahnärztlich zu erbringende Leistung dar. Sämtliche Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente etc gehörten dagegen nicht zur Suprakonstruktion und waren keine Leistungen der KKn (vgl GKVRefG 2000-Gesetzentwurf BT-Drucks 14/1245 S 65, dort Zu Nummer 16 (§ 30) Zu Buchst a). Unter Aufhebung des § 30 SGB V (durch Art 1 Nr 17 GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190, mWv 1.1.2005) gab § 56 Abs 1 und 2 SGB V (idF durch Art 1 Nr 36 GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190, mWv 1.1.2004) dem GBA vor, erstmalig bis zum 30.6.2004 die Befunde zu bestimmen, für die

Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden, und ihnen prothetische Regelversorgungen unter Einschluss von Suprakonstruktionen zuzuordnen. Dem Normgebungsauftrag kam der GBA (neben dem Beschluss des GBA in der Besetzung nach § 91 Abs 6 SGB V (Vertragszahnärztliche Versorgung) zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinien) beschlossen am 23., 30.6., 14.7. und 3.11.2004 sowie Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge nach § 57 Abs. 1 und 2 SGB V und Höhe der Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 und 2 SGB V idF vom 3.11.2004, BAnz 2004 Nr 242, S 24 463, mWv 1.1.2005, nunmehr bezeichnet als Richtlinie zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach den §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie) sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Abs. 4 SGB V, zuletzt geändert am 22.11.2012, BAnz AT 17.12.2012 B3, mWv 1.1.2013; FestzuschussRL) mit den Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ((Zahnersatz-Richtlinie), zuletzt geändert am 7.11.2007, BAnz Nr 241, S 8383, mWv 1.1.2008; ZahnersatzRL) nach. Nach Nr 36 ZahnersatzRL gehören Suprakonstruktionen ausnahmsweise zur Regelversorgung a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnlücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw überkront sind sowie b) bei atrophiertem zahnlosen Kiefer. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören weiterhin nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen (Nr 38 ZahnersatzRL).

13 c) Dem aufgezeigten Auslegungsergebnis entspricht auch die Regelungssystematik im Verhältnis zu den Vorschriften über den Zahnersatz, die abschließend die Zahnersatzversorgung regeln. Wenn die Ermöglichung der Abstützung von Zahnersatz durch Implantate das einzige oder das hauptsächliche Behandlungsziel ist, sind die Kosten des Implantats vom Versicherten nach den zuvor dargestellten Regelungen eigenverantwortlich (§ 2 Abs 1 S 1 SGB V) zu tragen. Wertungsmäßig ist damit eine Auslegung des § 28 Abs 2 S 9 SGB V nicht zu vereinbaren, die die Abstützung von Zahnersatz mittels implantologischer Leistungen nur zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Kaufunktion gleichwohl auf Kosten der Versichertengemeinschaft ermöglicht. Dieses Ziel und die Regelung des Umfangs der Versorgung Versicherter zur Erreichung dieses Ziels sind Gegenstand allein der Regelungen der §§ 55 ff SGB V iVm der ZahnersatzRL und der FestzuschussRL. Die Abstützung von Zahnersatz mittels implantologischer Leistungen zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Kaufunktion kann infolgedessen nicht das Hauptbehandlungsziel der medizinischen Gesamtbehandlung iS von § 28 Abs 2 S 9 SGB V sein. Damit harmoniert es auch, dass der Gesetzgeber den Anspruch der Versicherten auf implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktion auf seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle begrenzt, hingegen bei allein dem Zahnersatz dienenden Suprakonstruktionen den Versicherten schon dann einen Anspruch nach § 56 Abs 2 S 3 iVm S 1 SGB V auf letztere eröffnet, wenn die eigenverantwortlich zu tragenden implantologischen Leistungen unter Berücksichtigung einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung notwendig sind (vgl dazu Nr 36 ZahnersatzRL).

14 d) Schließlich wird allein die Auslegung, dass mit der Gesamtbehandlung ein prägendes medizinisches Behandlungsziel verfolgt werden muss, dem die Abstützung von Zahnersatz untergeordnet ist, dem Zweck des § 28 Abs 2 S 9 SGB V gerecht, eine Begrenzung der implantologischen Leistungen einschließlich Suprakonstruktion auf seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle herbeizuführen. Auch würde, wie gerade der Fall der Zahnlosigkeit zeigt, eine durch sachliche Gründe nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung eintreten, wenn die generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen auch dann zu einem Anspruch auf Implantatversorgung führte, wenn es allein oder hauptsächlich um die Abstützung des Zahnersatzes ginge, hingegen in Fällen sonstiger Zahnlosigkeit wie zB beim atrophierten Kiefer die Versicherten nur Anspruch auf Festzuschüsse zu den Kosten der Suprakonstruktion haben.

15 Das gefundene Auslegungsergebnis führt insgesamt die bisherige Rechtsprechung des erkennenden Senats fort. Wie der Senat bereits zur Kieferatrophie entschieden hat, schließt das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Gesamtbehandlung von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit hinausreicht. § 28 Abs 2 S 9 SGB V begrenzt den Anspruch auf Implantatversorgung auf seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle. Der Anspruch besteht nicht bereits, wenn Implantate zahnmedizinisch geboten sind (vgl zum Ganzen BSGE 88, 166, 169 = SozR 3 2500 § 28 Nr 5 S 28). Eine medizinische Gesamtbehandlung liegt demgemäß nicht schon dann vor, wenn dem Behandlungsplan des Zahnarztes ein Gesamtkonzept zur Wiederherstellung der Kaufunktion des Patienten zu entnehmen ist (so aber Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Leitfaden für den implantologischen Gutachter, 2012, S 13). Unerheblich ist daher, dass gegebenenfalls weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind zB Knochenimplantationen , um die Insertion eines Zahnimplantats zu ermöglichen.

16 3. Die implantologischen Leistungen, die der Kläger beansprucht, sind nicht im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung als Sachleistung zu erbringen. Vielmehr soll die vom Kläger begehrte Versorgung mit implantologischen Leistungen nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen (§ 163 SGG) des LSG lediglich Zahnersatz abstützen.

17 Nur ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der Anspruch des Klägers auf implantologische Leistungen entgegen der Auffassung des LSG nicht deswegen ausgeschlossen ist, weil der Kläger nach Extraktion der verbliebenen Zähne einen schleimhautgelagerten Zahnersatz im Ober- und Unterkiefer tragen könnte und seine Prothesenlager nach der Extraktion belastbar wären. Teil B Abschn VII Nr 2 S 3 BehandlRL-ZÄ eröffnet einen Anspruch auf implantologische Leistungen zwar nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist und schließt umgekehrt bei Belastbarkeit des Prothesenlagers einen Anspruch auf implantologische Leistungen auch dann aus, wenn ein besonders schwerer Fall iS von Teil B Abschn VII Nr 2 S 4 BehandlRL-ZÄ vorliegt. Diese Regelung knüpft aber ersichtlich an den tatsächlichen Zustand an, wie er aktuell vorliegt, und verlangt nicht, dass zur Herbeiführung eines prothesenfähigen Zustandes gesunde Zähne gezogen werden müssen.

18 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2014-04-10