

L 11 KR 4956/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KR 5010/10

Datum

12.10.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 4956/11

Datum

18.06.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf Versorgung mit Implantaten, wenn der Verlust mehrerer Zähne auf eine Parodontopathie zurückzuführen ist.

Eine erweiternde Auslegung der Behandlungs-Richtlinien ([§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB V](#)) ist nicht möglich.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 12.10.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten einer Implantatversorgung.

Die 1968 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Bei ihr besteht eine schwere Parodontopathie mit Verlust zahlreicher Zähne im Oberkiefer, ua rechts die Zähne 14, 15, 16, 17 und 18.

Am 23.06.2010 legte die Klägerin zwei Kostenvoranschläge von Prof. Dr. Dr. B. vom 17.06.2010 vor über die Versorgung mit Implantaten Regio 16, 14 iHv 1.664,27 EUR und für eine Sinusliftoperation im rechten Oberkiefer iHv 1.294,40 EUR. Befunde wurden in den Kostenvoranschlägen nicht mitgeteilt.

Mit Bescheid vom 29.06.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Eine Implantatversorgung sei nur dann eine vertragszahnärztliche Leistung, wenn eine der Ausnahmeindikationen nach [§ 28 Abs 2 Satz 9](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vorliege. Eine solche Ausnahmeindikation liege nicht vor, weshalb eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ausgeschlossen sei. Für den implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktion) erhalte die Klägerin jedoch einen Festzuschuss.

Am 09.07.2010 legte die Klägerin Widerspruch ein. Im Widerspruchsverfahren zog die Beklagte das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. Ba. vom 08.04.2010 bei, welches anlässlich einer früher beantragten Implantatversorgung Regio 21 erstellt worden war. In dem aufgrund ambulanter Untersuchung erstellten Gutachten wird ausgeführt, dass keine Ausnahmeindikation vorliege. Zudem sei eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate gerade angesichts der Option einer Gesamtplanung für den Oberkiefer (zahlreiche Zahnverluste/fragliche Prognose weiterer Zähne) möglich. Mit Widerspruchsbescheid vom 31.08.2010 wies die Beklagte sodann den Widerspruch zurück. Zur Begründung verwies sie erneut darauf, dass implantologische Leistungen grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehörten, die in den Richtlinien festgelegten Ausnahmeindikationen seien nicht erfüllt. Zudem sei eine konventionelle prothetische Versorgung möglich. Bei der Sinusliftoperation (zur Vorbereitung der Implantatversorgung) handele es sich um eine Privatleistung, eine Kostenübernahme sei deshalb ausgeschlossen. Für die Suprakonstruktion werde jedoch ein Festzuschuss gewährt.

Hiergegen richtet sich die am 30.09.2010 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage, die nicht weiter begründet worden ist.

Für eine implantatgetragene Suprakonstruktion Regio 14 - 16 auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes der Zahnärztin Dr. R. vom 29.06.2011 bewilligte die Beklagte im Juli 2011 einen Festzuschuss unter Berücksichtigung von 30% Vorsorge-Bonus iHv 380,77 EUR und zahlte diesen nach erfolgter Eingliederung an Dr. R. ...

Mit Gerichtsbescheid vom 12.10.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, nach [§ 28 Abs 2 Satz 8 SGB V](#)

gehörten implantologische Leistungen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürften von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, es sei denn, es lägen seltene, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor. Das Vorliegen einer in [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) in Verbindung mit der Richtlinie festgelegten Ausnahmeindikation sei nach der eindeutigen gesetzlichen Regelung zwingende Voraussetzung für einen Anspruch auf implantologische Leistungen. Ermessen sei den Leistungsträgern hierbei nicht eingeräumt. Nach den Feststellungen im Gutachten von Dr. Ba. liege eine Ausnahmeindikation im Sinne der Richtlinien des GBA nicht vor.

Gegen den ihren Bevollmächtigten am 15.10.2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 14.11.2011 eingelegte Berufung der Klägerin. Implantologische Leistungen gehörten dann zur zahnärztlichen Behandlung, wenn sie notwendig und zwingend seien und die einzig vernünftige zahnärztliche Behandlung darstellten. Dass es Ausnahmen gebe, ergebe sich schon aus den Richtlinien, die der GBA erarbeitet habe. Diese hätten allenfalls den Charakter von Verwaltungsvorschriften, die Gerichtsbarkeit sei nicht hieran gebunden. Aus dem Gutachten von Dr. Ba. ergebe sich unmissverständlich, dass bei einer anderen als der implantologischen Versorgung auftretende weitere Schäden unvermeidlich seien mit Auswirkungen auf den Gesamtorganismus und nicht nur auf den Kieferbereich. Die Folgekosten dürften weitaus höher liegen. Die Richtlinien hätten von ihrer Art der Formulierung her tatsächlich einen abschließenden Charakter. Es sei aber mitnichten medizinisch erklärlich, wieso bei Osteopathien infolge von Tumoroperationen oder Zystenoperationen Implantatversorgung zu bewilligen sei, nicht aber bei sonstigen Osteopathien. Im Rahmen des [Artikel 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) sei dies eine durch nichts zu rechtfertigende Ungleichbehandlung, weshalb die Richtlinien rechtswidrig seien. Der Ausschluss der Implantatversorgung verstoße auch gegen [§ 2 Abs 1 a SGB V](#), da gerade dadurch die Prävention negiert werde. In ihrem abschließenden und enumerativen Charakter hielten sich die Richtlinien nicht im Rahmen der allgemeinen Lebenssituationen, die auftreten könnten. Es sei ausgeschlossen, dass eine Richtlinie bei so schwierigen medizinischen Gegebenheiten, wie sie sich im Kiefer- und Mundbereich ergeben könnten, eine abschließende Regelung treffe.

Die hier streitige Implantatversorgung erfolgte in der Zeit vom 28.07. bis 17.08.2010 einschließlich der Sinusliftoperation. Hierfür forderte Prof. Dr. Dr. B. mit Rechnung vom 24.08.2010 2.954,57 EUR. Für eine Nachbehandlung in der Zeit vom 25.05. bis 03.06.2011 fielen weitere Kosten von 238,15 EUR an (Rechnung Prof. Dr. Dr. B. vom 07.06.2011). Die Klägerin zahlt die Rechnungen in Raten ab.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 12.10.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten in Höhe von 3.192,72 EUR abzüglich des Festzuschusses an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, hat keinen Erfolg.

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat zu Recht den ablehnenden Bescheid vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2010 bestätigt, denn dieser ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten für die implantologischen und damit in Zusammenhang stehenden Leistungen gemäß der Rechnungen von Prof. Dr. Dr. B. vom 24.08.2010 und 07.06.2011, soweit diese über den bereits geleisteten Festzuschuss in Höhe von 380,77 EUR hinausgehen.

Als Rechtsgrundlage des auf Kostenerstattung gerichteten Anspruchs kommt allein [§ 13 Abs 3 2. Alternative SGB V](#) in Betracht, nachdem die Klägerin sich die streitige Behandlung selbst beschafft hat. Die Voraussetzungen für eine solche Kostenerstattung sind allerdings nicht erfüllt. Nach [§ 13 Abs 3 2. Alternative SGB V](#) hat eine Krankenkasse nur dann, wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind, diese Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Letzteres war hier nicht der Fall. Zwar hat die Klägerin die Versorgung des Oberkiefers erst vornehmen lassen, nachdem die Beklagte den ablehnenden Bescheid erteilt hat, so dass die Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung gegeben ist (vgl. Bundessozialgericht (BSG) 19.06.2001, [B 1 KR 23/00 R, SozR 3-2500 § 28 Nr 6](#)). Ein Anspruch der Klägerin scheitert aber daran, dass über den von der Beklagten gewährten Festkostenzuschuss hinaus ein Primäranspruch auf eine Versorgung mit implantatgestützter Zahnprothetik nicht besteht.

Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei umfasst die Krankenbehandlung nach [§ 2 Nr 2](#) und [Nr 2 a](#) dieser Vorschrift ua die zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Die zahnärztliche Behandlung beinhaltet nach [§ 28 Abs 2 SGB V](#) die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn- 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. Ob zur Versorgung mit Zahnersatz auch implantatgetragener Zahnersatz gehört, war zunächst unklar, denn im Gesetz waren ursprünglich implantologische Leistungen nicht erwähnt. Durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.1996 ([BGBl I 1631](#)) hat der Gesetzgeber mit Wirkung ab dem 01.01.1997 bestimmt, dass implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören und von den Krankenkassen nicht bezuschusst werden dürfen ([§ 28 Abs 2 Satz 8 SGB V](#); ab 01.01.2012 Satz 9). Bereits zum 01.07.1997 wurde der komplette Ausschluss wieder eingeschränkt und

seither wird eine Implantatversorgung von der Krankenkasse als Sachleistung gewährt, wenn seltene, vom GBA in Richtlinie nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliegen, in denen der implantatgestützte Zahnersatz Bestandteil einer medizinischen Gesamtbehandlung ist ([§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#); ab 01.01.2012 Satz 10). Seit dem 01.01.2000 bestand in weiteren vom GBA festzulegenden Ausnahmefällen ein nach Maßgabe des [§ 30 SGB V](#) an eine Eigenbeteiligung geknüpfter Anspruch auf Gewährung der zu implantologischen Versorgung gehörenden Suprakonstruktion, der jedoch die notwendigen Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente nicht umfasste ([§ 30 Abs 1 Satz V SGB V](#) idF des Gesetzes vom 22.12.1999, [BGBl I 2626](#)). Die zuletzt genannte Regelung ist mit Wirkung zum 01.01.2005 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (BGBl I 2190) aufgehoben und durch die befundbezogenen Festzuschüsse nach [§ 55 SGB V](#) abgelöst worden. Soweit [§ 55 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Leistungen bei Suprakonstruktionen vorsieht, stellt Nr 38 der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinien idF vom 08.12.2004, BAnz Nr 54 vom 18.03.2005 S 4094, zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 07.11.2007, BAnz Nr 241 vom 28.12.2007 S 8383) klar, dass sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen gehören.

Der GBA hat in Buchstabe B VII.2 der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien vom 04.06.2003/ 24.09.2003, BAnz Nr 226 vom 03.12.2003 S 24966, zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 01.03.2006, BAnz Nr 111 vom 17.06.2006 S 4466) die Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen iSv [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) festgesetzt. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a bis c gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist. Besonders schwere Fälle liegen vor a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache - in Tumoroperationen, - in Entzündungen des Kiefers, - in Operationen infolge von großen Zysten (zB große follikuläre Zysten oder Keratozysten), - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder - in Unfällen haben, b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen, d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (zB Spastiken).

Die von der Klägerin dargestellte "Lyse des Oberkiefers" stellt keine der genannten Ausnahmeindikationen dar. Hier liegt vielmehr ein Verlust mehrerer Zähne bei Parodontopathie vor. Die in der Behandlungsrichtlinie vorgesehene Kriterien für eine Ausnahmeindikation sind damit offensichtlich nicht erfüllt, wie die Klägerin zur Niederschrift im Erörterungstermin mit dem damaligen Berichterstatter am 19.04.2012 auch selbst zugestanden hat. Eine erweiternde Auslegung der in den Behandlungs-Richtlinien geregelten Ausnahmeindikationen kommt nicht in Betracht (BSG 19.06.2001, [B 1 KR 4/00 R](#), [BSGE 88, 166](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 5](#); Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen 22.07.2010, [L 11 KR 14/10](#) und 24.01.2013, [L 5 KR 95/11](#), juris; LSG Berlin-Brandenburg 22.02.2011, [L 9 KR 34/11 B ER](#), juris; LSG Rheinland-Pfalz 01.03.2012, [L 5 KR 81/11](#), juris).

Daneben ist der Anspruch auf die hier streitigen implantologischen und dazugehörigen vorbereitenden Leistungen schon deshalb ausgeschlossen, weil nach dem Gutachten von Dr. Ba. eine konventionelle prothetische Versorgung des Oberkiefers möglich wäre. Gründe, die gegen diese Beurteilung sprechen könnten, sind nicht ersichtlich und werden von der Klägerin auch nicht geltend gemacht. Dr. Ba. hat zwar ausgeführt, dass aus medizinischer Sicht die vorliegende Planung wünschenswert, sinnvoll und nachvollziehbar sei, eine echte Langzeitprognose biete und den Wunsch der Patienten nach feststehendem Zahnersatz und Prophylaxe einer Kieferatrophie in den zahnlosen Arealen akzeptiere. Gleichwohl hat er ganz klar geäußert, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist. Die Behauptung des Bevollmächtigten der Klägerin, nach dem Gutachten sei die Versorgung mit Implantaten die einzige Möglichkeit, auch um Folgeschäden zu verhindern, findet in dem Gutachten von Dr. Ba. gerade keine Stütze.

Entgegen der Auffassung des Bevollmächtigten der Klägerin handelt es sich bei den Behandlungs-Richtlinien um untergesetzliche Rechtsnormen, die Regelungen über die Leistungsansprüche der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung treffen (vgl BSG 20.03.1996, 6 RKA 62/94, [SozR 3-2500 § 92 Nr 6](#); BSG 26.01.2006, [B 3 KR 4/05 R](#), [SozR 4-2500 § 37 Nr 7](#); BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 8](#)). Das BSG hat insoweit auch bereits entschieden, dass der Leistungsausschluss von implantologischen Leistungen bis auf eng begrenzte Ausnahmeindikationen insbesondere im Hinblick auf das weite gesetzgeberische Ermessen im Bereich der Sozialleistungen nicht gegen höherrangiges Recht verstößt (BSG 19.06.2001, [B 1 KR 4/00 R](#), [BSGE 88, 166](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 5](#); BSG 23.05.2007, [B 1 KR 27/07 B](#), juris). Der Senat teilt diese Auffassung. Nach alledem gibt es keine Grundlage für die hier begehrte Kostenerstattung.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten einer Implantatversorgung.

Die am 02.09.1968 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Bei ihr besteht eine schwere Parodontopathie mit Verlust zahlreicher Zähne im Oberkiefer, ua rechts die Zähne 14, 15, 16, 17 und 18.

Am 23.06.2010 legte die Klägerin zwei Kostenvoranschläge von Prof. Dr. Dr. B. vom 17.06.2010 vor über die Versorgung mit Implantaten Regio 16, 14 iHv 1.664,27 EUR und für eine Sinusliftoperation im rechten Oberkiefer iHv 1.294,40 EUR. Befunde wurden in den Kostenvoranschlägen nicht mitgeteilt.

Mit Bescheid vom 29.06.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Eine Implantatversorgung sei nur dann eine vertragszahnärztliche Leistung, wenn eine der Ausnahmeindikationen nach [§ 28 Abs 2 Satz 9 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) vorliege. Eine solche Ausnahmeindikation liege nicht vor, weshalb eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse

ausgeschlossen sei. Für den implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktion) erhalte die Klägerin jedoch einen Festzuschuss.

Am 09.07.2010 legte die Klägerin Widerspruch ein. Im Widerspruchsverfahren zog die Beklagte das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. Ba. vom 08.04.2010 bei, welches anlässlich einer früher beantragten Implantatversorgung Regio 21 erstellt worden war. In dem aufgrund ambulanter Untersuchung erstellten Gutachten wird ausgeführt, dass keine Ausnahmeindikation vorliege. Zudem sei eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate gerade angesichts der Option einer Gesamtplanung für den Oberkiefer (zahlreiche Zahnverluste/fragliche Prognose weiterer Zähne) möglich. Mit Widerspruchsbescheid vom 31.08.2010 wies die Beklagte sodann den Widerspruch zurück. Zur Begründung verwies sie erneut darauf, dass implantologische Leistungen grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehörten, die in den Richtlinien festgelegten Ausnahmeindikationen seien nicht erfüllt. Zudem sei eine konventionelle prothetische Versorgung möglich. Bei der Sinusliftoperation (zur Vorbereitung der Implantatversorgung) handele es sich um eine Privatleistung, eine Kostenübernahme sei deshalb ausgeschlossen. Für die Suprakonstruktion werde jedoch ein Festzuschuss gewährt.

Hiergegen richtet sich die am 30.09.2010 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage, die nicht weiter begründet worden ist.

Für eine implantatgetragene Suprakonstruktion Regio 14 - 16 auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes der Zahnärztin Dr. R. vom 29.06.2011 bewilligte die Beklagte im Juli 2011 einen Festzuschuss unter Berücksichtigung von 30% Vorsorge-Bonus iHv 380,77 EUR und zahlte diesen nach erfolgter Eingliederung an Dr. R. ...

Mit Gerichtsbescheid vom 12.10.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, nach [§ 28 Abs 2 Satz 8 SGB V](#) gehörten implantologische Leistungen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürften von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, es sei denn, es lägen seltene, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor. Das Vorliegen einer in [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) in Verbindung mit der Richtlinie festgelegten Ausnahmeindikation sei nach der eindeutigen gesetzlichen Regelung zwingende Voraussetzung für einen Anspruch auf implantologische Leistungen. Ermessen sei den Leistungsträgern hierbei nicht eingeräumt. Nach den Feststellungen im Gutachten von Dr. Ba. liege eine Ausnahmeindikation im Sinne der Richtlinien des GBA nicht vor.

Gegen den ihren Bevollmächtigten am 15.10.2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 14.11.2011 eingelegte Berufung der Klägerin. Implantologische Leistungen gehörten dann zur zahnärztlichen Behandlung, wenn sie notwendig und zwingend seien und die einzig vernünftige zahnärztliche Behandlung darstellten. Dass es Ausnahmen gebe, ergebe sich schon aus den Richtlinien, die der GBA erarbeitet habe. Diese hätten allenfalls den Charakter von Verwaltungsvorschriften, die Gerichtsbarkeit sei nicht hieran gebunden. Aus dem Gutachten von Dr. Ba. ergebe sich unmissverständlich, dass bei einer anderen als der implantologischen Versorgung auftretende weitere Schäden unvermeidlich seien mit Auswirkungen auf den Gesamtorganismus und nicht nur auf den Kieferbereich. Die Folgekosten dürften weitaus höher liegen. Die Richtlinien hätten von ihrer Art der Formulierung her tatsächlich einen abschließenden Charakter. Es sei aber mitnichten medizinisch erklärlich, wieso bei Osteopathien infolge von Tumoroperationen oder Zystenoperationen Implantatversorgung zu bewilligen sei, nicht aber bei sonstigen Osteopathien. Im Rahmen des [Artikel 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) sei dies eine durch nichts zu rechtfertigende Ungleichbehandlung, weshalb die Richtlinien rechtswidrig seien. Der Ausschluss der Implantatversorgung verstoße auch gegen [§ 2 Abs 1 a SGB V](#), da gerade dadurch die Prävention negiert werde. In ihrem abschließenden und enumerativen Charakter hielten sich die Richtlinien nicht im Rahmen der allgemeinen Lebenssituationen, die auftreten könnten. Es sei ausgeschlossen, dass eine Richtlinie bei so schwierigen medizinischen Gegebenheiten, wie sie sich im Kiefer- und Mundbereich ergeben könnten, eine abschließende Regelung treffe.

Die hier streitige Implantatversorgung erfolgte in der Zeit vom 28.07. bis 17.08.2010 einschließlich der Sinusliftoperation. Hierfür forderte Prof. Dr. Dr. B. mit Rechnung vom 24.08.2010 2.954,57 EUR. Für eine Nachbehandlung in der Zeit vom 25.05. bis 03.06.2011 fielen weitere Kosten von 238,15 EUR an (Rechnung Prof. Dr. Dr. B. vom 07.06.2011). Die Klägerin zahlt die Rechnungen in Raten ab.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 12.10.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten in Höhe von 3.192,72 EUR abzüglich des Festzuschusses an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, hat keinen Erfolg.

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat zu Recht den ablehnenden Bescheid vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2010 bestätigt, denn dieser ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten für die implantologischen und damit in Zusammenhang stehenden Leistungen gemäß der Rechnungen von Prof. Dr. Dr. B. vom 24.08.2010 und 07.06.2011, soweit diese über den bereits geleisteten Festzuschuss in Höhe von 380,77 EUR hinausgehen.

Als Rechtsgrundlage des auf Kostenerstattung gerichteten Anspruchs kommt allein [§ 13 Abs 3 2. Alternative SGB V](#) in Betracht, nachdem die Klägerin sich die streitige Behandlung selbst beschafft hat. Die Voraussetzungen für eine solche Kostenerstattung sind allerdings nicht

erfüllt. Nach [§ 13 Abs 3](#) 2. Alternative SGB V hat eine Krankenkasse nur dann, wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind, diese Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Letzteres war hier nicht der Fall. Zwar hat die Klägerin die Versorgung des Oberkiefers erst vornehmen lassen, nachdem die Beklagte den ablehnenden Bescheid erteilt hat, so dass die Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung gegeben ist (vgl. Bundessozialgericht (BSG) 19.06.2001, [B 1 KR 23/00 R](#), [SozR 3-2500 § 28 Nr 6](#)). Ein Anspruch der Klägerin scheitert aber daran, dass über den von der Beklagten gewährten Festkostenzuschuss hinaus ein Primäranspruch auf eine Versorgung mit implantatgestützter Zahnprothetik nicht besteht.

Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei umfasst die Krankenbehandlung nach [§ 2 Nr 2](#) und [Nr 2 a](#) dieser Vorschrift ua die zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Die zahnärztliche Behandlung beinhaltet nach [§ 28 Abs 2 SGB V](#) die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn- 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. Ob zur Versorgung mit Zahnersatz auch implantatgetragener Zahnersatz gehört, war zunächst unklar, denn im Gesetz waren ursprünglich implantologische Leistungen nicht erwähnt. Durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.1996 ([BGBl I 1631](#)) hat der Gesetzgeber mit Wirkung ab dem 01.01.1997 bestimmt, dass implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören und von den Krankenkassen nicht bezuschusst werden dürfen ([§ 28 Abs 2 Satz 8 SGB V](#); ab 01.01.2012 Satz 9). Bereits zum 01.07.1997 wurde der komplette Ausschluss wieder eingeschränkt und seither wird eine Implantatversorgung von der Krankenkasse als Sachleistung gewährt, wenn seltene, vom GBA in Richtlinie nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliegen, in denen der implantatgestützte Zahnersatz Bestandteil einer medizinischen Gesamtbehandlung ist ([§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#); ab 01.01.2012 Satz 10). Seit dem 01.01.2000 bestand in weiteren vom GBA festzulegenden Ausnahmefällen ein nach Maßgabe des [§ 30 SGB V](#) an eine Eigenbeteiligung geknüpfter Anspruch auf Gewährung der zu implantologischen Versorgung gehörenden Suprakonstruktion, der jedoch die notwendigen Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente nicht umfasste ([§ 30 Abs 1 Satz V SGB V](#) idF des Gesetzes vom 22.12.1999, [BGBl I 2626](#)). Die zuletzt genannte Regelung ist mit Wirkung zum 01.01.2005 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (BGBl I 2190) aufgehoben und durch die befundbezogenen Festzuschüsse nach [§ 55 SGB V](#) abgelöst worden. Soweit [§ 55 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Leistungen bei Suprakonstruktionen vorsieht, stellt Nr 38 der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinien idF vom 08.12.2004, BAnz Nr 54 vom 18.03.2005 S 4094, zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 07.11.2007, BAnz Nr 241 vom 28.12.2007 S 8383) klar, dass sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen gehören.

Der GBA hat in Buchstabe B VII.2 der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien vom 04.06.2003/ 24.09.2003, BAnz Nr 226 vom 03.12.2003 S 24966, zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 01.03.2006, BAnz Nr 111 vom 17.06.2006 S 4466) die Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen iSv [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) festgesetzt. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a bis c gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist. Besonders schwere Fälle liegen vor a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache - in Tumoroperationen, - in Entzündungen des Kiefers, - in Operationen infolge von großen Zysten (zB große follikuläre Zysten oder Keratozysten), - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder - in Unfällen haben, b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen, d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (zB Spastiken).

Die von der Klägerin dargestellte "Lyse des Oberkiefers" stellt keine der genannten Ausnahmeindikationen dar. Hier liegt vielmehr ein Verlust mehrerer Zähne bei Parodontopathie vor. Die in der Behandlungsrichtlinie vorgesehene Kriterien für eine Ausnahmeindikation sind damit offensichtlich nicht erfüllt, wie die Klägerin zur Niederschrift im Erörterungstermin mit dem damaligen Berichterstatter am 19.04.2012 auch selbst zugestanden hat. Eine erweiternde Auslegung der in den Behandlungs-Richtlinien geregelten Ausnahmeindikationen kommt nicht in Betracht (BSG 19.06.2001, [B 1 KR 4/00 R](#), [BSGE 88, 166](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 5](#); Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen 22.07.2010, [L 11 KR 14/10](#) und 24.01.2013, [L 5 KR 95/11](#), juris; LSG Berlin-Brandenburg 22.02.2011, [L 9 KR 34/11 B ER](#), juris; LSG Rheinland-Pfalz 01.03.2012, [L 5 KR 81/11](#), juris).

Daneben ist der Anspruch auf die hier streitigen implantologischen und dazugehörigen vorbereitenden Leistungen schon deshalb ausgeschlossen, weil nach dem Gutachten von Dr. Ba. eine konventionelle prothetische Versorgung des Oberkiefers möglich wäre. Gründe, die gegen diese Beurteilung sprechen könnten, sind nicht ersichtlich und werden von der Klägerin auch nicht geltend gemacht. Dr. Ba. hat zwar ausgeführt, dass aus medizinischer Sicht die vorliegende Planung wünschenswert, sinnvoll und nachvollziehbar sei, eine echte Langzeitprognose biete und den Wunsch der Patienten nach feststehendem Zahnersatz und Prophylaxe einer Kieferatrophie in den zahnlosen Arealen akzeptiere. Gleichwohl hat er ganz klar geäußert, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist. Die Behauptung des Bevollmächtigten der Klägerin, nach dem Gutachten sei die Versorgung mit Implantaten die einzige Möglichkeit, auch um Folgeschäden zu verhindern, findet in dem Gutachten von Dr. Ba. gerade keine Stütze.

Entgegen der Auffassung des Bevollmächtigten der Klägerin handelt es sich bei den Behandlungs-Richtlinien um untergesetzliche Rechtsnormen, die Regelungen über die Leistungsansprüche der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung treffen (vgl. BSG 20.03.1996, 6 RKA 62/94, [SozR 3-2500 § 92 Nr 6](#); BSG 26.01.2006, [B 3 KR 4/05 R](#), [SozR 4-2500 § 37 Nr 7](#); BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 8](#)). Das BSG hat insoweit auch bereits entschieden, dass der Leistungsausschluss von implantologischen Leistungen bis auf eng begrenzte Ausnahmeindikationen insbesondere im Hinblick auf das weite gesetzgeberische Ermessen im Bereich der Sozialleistungen nicht gegen höherrangiges Recht verstößt (BSG 19.06.2001, [B 1 KR 4/00 R](#), [BSGE 88, 166](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 5](#); BSG 23.05.2007, [B 1 KR 27/07 B](#), juris). Der Senat teilt diese Auffassung. Nach alledem gibt es keine Grundlage für die hier begehrte Kostenerstattung.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten einer Implantatversorgung.

Die am 02.09.1968 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Bei ihr besteht eine schwere Paradontopathie mit Verlust zahlreicher Zähne im Oberkiefer, ua rechts die Zähne 14, 15, 16, 17 und 18.

Am 23.06.2010 legte die Klägerin zwei Kostenvoranschläge von Prof. Dr. Dr. B. vom 17.06.2010 vor über die Versorgung mit Implantaten Regio 16, 14 iHv 1.664,27 EUR und für eine Sinusliftoperation im rechten Oberkiefer iHv 1.294,40 EUR. Befunde wurden in den Kostenvoranschlägen nicht mitgeteilt.

Mit Bescheid vom 29.06.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Eine Implantatversorgung sei nur dann eine vertragszahnärztliche Leistung, wenn eine der Ausnahmeindikationen nach [§ 28 Abs 2 Satz 9](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vorliege. Eine solche Ausnahmeindikation liege nicht vor, weshalb eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ausgeschlossen sei. Für den implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktion) erhalte die Klägerin jedoch einen Festzuschuss.

Am 09.07.2010 legte die Klägerin Widerspruch ein. Im Widerspruchsverfahren zog die Beklagte das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. Ba. vom 08.04.2010 bei, welches anlässlich einer früher beantragten Implantatversorgung Regio 21 erstellt worden war. In dem aufgrund ambulanter Untersuchung erstellten Gutachten wird ausgeführt, dass keine Ausnahmeindikation vorliege. Zudem sei eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate gerade angesichts der Option einer Gesamtplanung für den Oberkiefer (zahlreiche Zahnverluste/fragliche Prognose weiterer Zähne) möglich. Mit Widerspruchsbescheid vom 31.08.2010 wies die Beklagte sodann den Widerspruch zurück. Zur Begründung verwies sie erneut darauf, dass implantologische Leistungen grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehörten, die in den Richtlinien festgelegten Ausnahmeindikationen seien nicht erfüllt. Zudem sei eine konventionelle prothetische Versorgung möglich. Bei der Sinusliftoperation (zur Vorbereitung der Implantatversorgung) handele es sich um eine Privatleistung, eine Kostenübernahme sei deshalb ausgeschlossen. Für die Suprakonstruktion werde jedoch ein Festzuschuss gewährt.

Hiergegen richtet sich die am 30.09.2010 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage, die nicht weiter begründet worden ist.

Für eine implantatgetragene Suprakonstruktion Regio 14 - 16 auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes der Zahnärztin Dr. R. vom 29.06.2011 bewilligte die Beklagte im Juli 2011 einen Festzuschuss unter Berücksichtigung von 30% Vorsorge-Bonus iHv 380,77 EUR und zahlte diesen nach erfolgter Eingliederung an Dr. R. ...

Mit Gerichtsbescheid vom 12.10.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, nach [§ 28 Abs 2 Satz 8 SGB V](#) gehörten implantologische Leistungen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürften von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, es sei denn, es lägen seltene, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor. Das Vorliegen einer in [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) in Verbindung mit der Richtlinie festgelegten Ausnahmeindikation sei nach der eindeutigen gesetzlichen Regelung zwingende Voraussetzung für einen Anspruch auf implantologische Leistungen. Ermessen sei den Leistungsträgern hierbei nicht eingeräumt. Nach den Feststellungen im Gutachten von Dr. Ba. liege eine Ausnahmeindikation im Sinne der Richtlinien des GBA nicht vor.

Gegen den ihren Bevollmächtigten am 15.10.2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 14.11.2011 eingelegte Berufung der Klägerin. Implantologische Leistungen gehörten dann zur zahnärztlichen Behandlung, wenn sie notwendig und zwingend seien und die einzig vernünftige zahnärztliche Behandlung darstellten. Dass es Ausnahmen gebe, ergebe sich schon aus den Richtlinien, die der GBA erarbeitet habe. Diese hätten allenfalls den Charakter von Verwaltungsvorschriften, die Gerichtsbarkeit sei nicht hieran gebunden. Aus dem Gutachten von Dr. Ba. ergebe sich unmissverständlich, dass bei einer anderen als der implantologischen Versorgung auftretende weitere Schäden unvermeidlich seien mit Auswirkungen auf den Gesamtorganismus und nicht nur auf den Kieferbereich. Die Folgekosten dürften weitaus höher liegen. Die Richtlinien hätten von ihrer Art der Formulierung her tatsächlich einen abschließenden Charakter. Es sei aber mitnichten medizinisch erklärlich, wieso bei Osteopathien infolge von Tumoroperationen oder Zystenoperationen Implantatversorgung zu bewilligen sei, nicht aber bei sonstigen Osteopathien. Im Rahmen des [Artikel 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) sei dies eine durch nichts zu rechtfertigende Ungleichbehandlung, weshalb die Richtlinien rechtswidrig seien. Der Ausschluss der Implantatversorgung verstoße auch gegen [§ 2 Abs 1 a SGB V](#), da gerade dadurch die Prävention negiert werde. In ihrem abschließenden und enumerativen Charakter hielten sich die Richtlinien nicht im Rahmen der allgemeinen Lebenssituationen, die auftreten könnten. Es sei ausgeschlossen, dass eine Richtlinie bei so schwierigen medizinischen Gegebenheiten, wie sie sich im Kiefer- und Mundbereich ergeben könnten, eine abschließende Regelung treffe.

Die hier streitige Implantatversorgung erfolgte in der Zeit vom 28.07. bis 17.08.2010 einschließlich der Sinusliftoperation. Hierfür forderte Prof. Dr. Dr. B. mit Rechnung vom 24.08.2010 2.954,57 EUR. Für eine Nachbehandlung in der Zeit vom 25.05. bis 03.06.2011 fielen weitere Kosten von 238,15 EUR an (Rechnung Prof. Dr. Dr. B. vom 07.06.2011). Die Klägerin zahlt die Rechnungen in Raten ab.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 12.10.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten in Höhe von 3.192,72 EUR abzüglich des Festzuschusses an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, hat keinen Erfolg.

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat zu Recht den ablehnenden Bescheid vom 29.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.08.2010 bestätigt, denn dieser ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten für die implantologischen und damit in Zusammenhang stehenden Leistungen gemäß der Rechnungen von Prof. Dr. B. vom 24.08.2010 und 07.06.2011, soweit diese über den bereits geleisteten Festzuschuss in Höhe von 380,77 EUR hinausgehen.

Als Rechtsgrundlage des auf Kostenerstattung gerichteten Anspruchs kommt allein [§ 13 Abs 3](#) 2. Alternative SGB V in Betracht, nachdem die Klägerin sich die streitige Behandlung selbst beschafft hat. Die Voraussetzungen für eine solche Kostenerstattung sind allerdings nicht erfüllt. Nach [§ 13 Abs 3](#) 2. Alternative SGB V hat eine Krankenkasse nur dann, wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind, diese Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Letzteres war hier nicht der Fall. Zwar hat die Klägerin die Versorgung des Oberkiefers erst vornehmen lassen, nachdem die Beklagte den ablehnenden Bescheid erteilt hat, so dass die Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung gegeben ist (vgl. Bundessozialgericht (BSG) 19.06.2001, [B 1 KR 23/00 R](#), [SozR 3-2500 § 28 Nr 6](#)). Ein Anspruch der Klägerin scheitert aber daran, dass über den von der Beklagten gewährten Festkostenzuschuss hinaus ein Primäranspruch auf eine Versorgung mit implantatgestützter Zahnprothetik nicht besteht.

Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei umfasst die Krankenbehandlung nach [§ 2 Nr 2](#) und [Nr 2 a](#) dieser Vorschrift ua die zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Die zahnärztliche Behandlung beinhaltet nach [§ 28 Abs 2 SGB V](#) die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn- 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. Ob zur Versorgung mit Zahnersatz auch implantatgetragener Zahnersatz gehört, war zunächst unklar, denn im Gesetz waren ursprünglich implantologische Leistungen nicht erwähnt. Durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.1996 ([BGBl I 1631](#)) hat der Gesetzgeber mit Wirkung ab dem 01.01.1997 bestimmt, dass implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören und von den Krankenkassen nicht bezuschusst werden dürfen ([§ 28 Abs 2 Satz 8 SGB V](#); ab 01.01.2012 Satz 9). Bereits zum 01.07.1997 wurde der komplette Ausschluss wieder eingeschränkt und seither wird eine Implantatversorgung von der Krankenkasse als Sachleistung gewährt, wenn seltene, vom GBA in Richtlinie nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliegen, in denen der implantatgestützte Zahnersatz Bestandteil einer medizinischen Gesamtbehandlung ist ([§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#); ab 01.01.2012 Satz 10). Seit dem 01.01.2000 bestand in weiteren vom GBA festzulegenden Ausnahmefällen ein nach Maßgabe des [§ 30 SGB V](#) an eine Eigenbeteiligung geknüpfter Anspruch auf Gewährung der zu implantologischen Versorgung gehörenden Suprakonstruktion, der jedoch die notwendigen Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente nicht umfasste ([§ 30 Abs 1 Satz V SGB V](#) idF des Gesetzes vom 22.12.1999, [BGBl I 2626](#)). Die zuletzt genannte Regelung ist mit Wirkung zum 01.01.2005 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ([BGBl I 2190](#)) aufgehoben und durch die befundbezogenen Festzuschüsse nach [§ 55 SGB V](#) abgelöst worden. Soweit [§ 55 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Leistungen bei Suprakonstruktionen vorsieht, stellt Nr 38 der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinien idF vom 08.12.2004, [BAnz Nr 54](#) vom 18.03.2005 S 4094, zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 07.11.2007, [BAnz Nr 241](#) vom 28.12.2007 S 8383) klar, dass sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen gehören.

Der GBA hat in Buchstabe B VII.2 der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien vom 04.06.2003/ 24.09.2003, [BAnz Nr 226](#) vom 03.12.2003 S 24966, zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 01.03.2006, [BAnz Nr 111](#) vom 17.06.2006 S 4466) die Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen iSv [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) festgesetzt. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen besteht Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. In den Fällen von Satz 4 Buchstaben a bis c gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgelagerten Zahnersatz nicht belastbar ist. Besonders schwere Fälle liegen vor a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache - in Tumoroperationen, - in Entzündungen des Kiefers, - in Operationen infolge von großen Zysten (zB große follikuläre Zysten oder Keratozysten), - in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, - in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder - in Unfällen haben, b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen, d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (zB Spastiken).

Die von der Klägerin dargestellte "Lyse des Oberkiefers" stellt keine der genannten Ausnahmeindikationen dar. Hier liegt vielmehr ein Verlust mehrerer Zähne bei Parodontopathie vor. Die in der Behandlungsrichtlinie vorgesehene Kriterien für eine Ausnahmeindikation sind damit offensichtlich nicht erfüllt, wie die Klägerin zur Niederschrift im Erörterungstermin mit dem damaligen Berichterstatter am 19.04.2012 auch selbst zugestanden hat. Eine erweiternde Auslegung der in den Behandlungs-Richtlinien geregelten Ausnahmeindikationen kommt nicht in Betracht (BSG 19.06.2001, [B 1 KR 4/00 R](#), [BSGE 88, 166](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 5](#); Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen 22.07.2010, [L 11 KR 14/10](#) und 24.01.2013, [L 5 KR 95/11](#), juris; LSG Berlin-Brandenburg 22.02.2011, [L 9 KR 34/11 B ER](#), juris; LSG Rheinland-Pfalz 01.03.2012, [L 5 KR 81/11](#), juris).

Daneben ist der Anspruch auf die hier streitigen implantologischen und dazugehörigen vorbereitenden Leistungen schon deshalb ausgeschlossen, weil nach dem Gutachten von Dr. Ba. eine konventionelle prothetische Versorgung des Oberkiefers möglich wäre. Gründe, die gegen diese Beurteilung sprechen könnten, sind nicht ersichtlich und werden von der Klägerin auch nicht geltend gemacht. Dr. Ba. hat zwar ausgeführt, dass aus medizinischer Sicht die vorliegende Planung wünschenswert, sinnvoll und nachvollziehbar sei, eine echte Langzeitprognose biete und den Wunsch der Patienten nach feststehendem Zahnersatz und Prophylaxe einer Kieferatrophie in den zahnlosen Arealen akzeptiere. Gleichwohl hat er ganz klar geäußert, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist. Die Behauptung des Bevollmächtigten der Klägerin, nach dem Gutachten sei die Versorgung mit Implantaten die einzige Möglichkeit, auch um Folgeschäden zu verhindern, findet in dem Gutachten von Dr. Ba. gerade keine Stütze.

Entgegen der Auffassung des Bevollmächtigten der Klägerin handelt es sich bei den Behandlungs-Richtlinien um untergesetzliche Rechtsnormen, die Regelungen über die Leistungsansprüche der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung treffen (vgl BSG 20.03.1996, 6 RKA 62/94, [SozR 3-2500 § 92 Nr 6](#); BSG 26.01.2006, [B 3 KR 4/05 R](#), [SozR 4-2500 § 37 Nr 7](#); BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 8](#)). Das BSG hat insoweit auch bereits entschieden, dass der Leistungsausschluss von implantologischen Leistungen bis auf eng begrenzte Ausnahmeindikationen insbesondere im Hinblick auf das weite gesetzgeberische Ermessen im Bereich der Sozialleistungen nicht gegen höherrangiges Recht verstößt (BSG 19.06.2001, [B 1 KR 4/00 R](#), [BSGE 88, 166](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 5](#); BSG 23.05.2007, [B 1 KR 27/07 B](#), juris). Der Senat teilt diese Auffassung. Nach alledem gibt es keine Grundlage für die hier begehrte Kostenerstattung.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-11-12