

L 4 KR 181/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 52/03
Datum
10.07.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 181/03
Datum
29.11.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 10. Juli 2003 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine Implantatversorgung.

Der 1981 geborene Kläger war bei der Beklagten bis 31.08.2002 als Mitglied versichert. Er litt an einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte; außerdem besteht eine Nichtanlage des Zahnes 22.

Er befand sich vom 04. bis 11.02.2002 in stationärer Behandlung der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie der F.-Universität E. bei Prof. Dr. Dr. N. (Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie-Plastische Operationen). Dort erfolgte am 05.02.2002 eine Osteotomie des Oberkiefers, bei gleichzeitiger transversaler Erweiterungen im Bereich der ehemaligen Kieferspalte und Einlage eines autologen Knochentransplantats.

Prof. Dr. Dr. N. erstellte am 27.03.2002 einen privatärztlichen/privatzahnärztlichen Behandlungsplan über eine Implantation, um einen festsitzenden Zahnersatz zu ermöglichen (voraussichtliche Gesamtkosten 1.047,55 Euro). Für den Behandlungsplan forderte der Arzt mit der Rechnung vom 08.04.2002 25,83 Euro. Am 17.04.2002 erstellten die Zahnärzte Dres. H. einen Heil- und Kostenplan über Zahnersatz (Krone mit Metallkeramikverblendung des Zahnes 22, die Nachbarzähne 21 und 23 seien kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig; geschätzte Gesamtkosten einschließlich Material und Labor 387,65 Euro). Der Kläger legte der Beklagten mit dem Antrag auf Übernahme der Kosten der Implantatversorgung beide Behandlungspläne am 25.04.2002 vor. Prof. Dr. Dr. N. forderte mit der Rechnung vom 14.05.2002 für eine Beratung und Untersuchung 29,72 Euro.

Der von der Beklagten gehörte Gutachter zur Begutachtung der Implantate einschließlich Suprakonstruktion Dr. M. stellte im Gutachten vom 28.05.2002 in Hinblick auf die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung fest, das Fehlen eines Zahnes stelle keine generalisierte genetische Nichtanlage dar; größere Kiefer- und Gesichtsdefekte lägen ebenfalls nicht vor, da die Universitätsklinik keine Augmentation in dieser Region vorgesehen habe. Ein konventioneller Zahnersatz sei möglich. Die geplante Implantation sei eine Privatleistung.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 12.06.2002 einen Zuschuss zu den Kosten einer Implantatbehandlung ab. Am 13.06.2002 ließ der Kläger im Klinikum der Universität R. eine privat Zahnärztliche Behandlung durchführen, bei der es um die Montage eines Modells ging (77,63 Euro). Der Kläger legte gegen den Bescheid am 21.06.2002 Widerspruch ein und legte eine Bescheinigung von Prof. Dr. Dr. N. vor, der aus medizinischer Sicht die knöcherne Augmentation des Alveolarkammes im Bereich der Kieferspalte und sekundäre Implantatinsertion für gerechtfertigt hielt.

Der von der Beklagten noch zweimal gehörte Gutachter Dr. M. blieb bei seiner bisherigen Beurteilung unter Hinweis auf die Richtlinien des Bundesausschusses; es sei ein konventioneller Zahnersatz möglich. Ob ein Zuschuss zum Zahnersatz gewährt werden könne, müsse ein entsprechender Gutachter prüfen. Die Firma S. GmbH verlangte mit der Rechnung vom 26.06.2002 für die Lieferung eines

Vollschraubenimplantats an die Universitätsklinik E. 171,20 Euro. In der Zeit vom 26.06. bis 03.07.2002 war der Kläger in Behandlung bei Prof. Dr. Dr. N. (implantatbezogene Analyse und Implantat), wofür der Arzt mit Rechnung vom 05.07.2002 278,05 Euro forderte.

Die Beklagte wies den Kläger mit Bescheid vom 23.08.2002 ein weiteres Mal darauf hin, dass die medizinischen Voraussetzungen für einen Zuschuss zu den Kosten einer Implantatbehandlung nicht vorlägen, aber unabhängig davon ein Zuschuss zum implantatgestützten Zahnersatz nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen gewährt werde.

Die Universitätsklinik E. erstellte am 04.07.2002 einen Eigenbeleg für eine Deckelschraube in Höhe von 17,12 Euro. Prof. Dr. N. forderte mit der Rechnung vom 22.07.2002 für das Ausstellen einer Bestätigung 25,00 Euro

Nachdem die Mitgliedschaft des Klägers am 31.08.2002 endete, nahm die Beklagte mit Bescheid vom 10.10.2002 die Leistungszusage über die Krone für den Zahn 22 zurück; mit dem Ende der Mitgliedschaft sei der Anspruch auf Leistungen erloschen. Sie wies mit Widerspruchsbescheid vom 10.01.2003 den Widerspruch zurück. Unabhängig davon, ob eine Ausnahmeindikation im Sinne der einschlägigen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorliege, spreche gegen eine Kostenübernahme für die Implantatversorgung, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich sei, wie der Gutachter Dr. M. festgestellt habe. Ebenso wenig bestehe ein Anspruch auf Beteiligung an den Kosten der implantatgestützten Krone. Da der Kläger nicht mehr Mitglied der Kasse sei und die implantatgestützte Krone bis dahin noch nicht eingegliedert war, sei auch der Anspruch auf Kostenbeteiligung hierfür erloschen.

Der Kläger hat hiergegen am 10.02.2003 beim Sozialgericht Regensburg (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, die Beklagte habe ihm die Kosten einer medizinisch notwendigen Implantatbehandlung in Höhe von 624,55 Euro zu erstatten.

Das SG hat mit Urteil vom 10.07.2003 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 12.06.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.01.2003 verurteilt, dem Kläger die durch die Implantatversorgung entstandenen Kosten zu erstatten. Die Beklagte habe die streitige Leistung zu Unrecht verweigert und den Kläger dadurch gezwungen, sich die notwendigen Leistungen selbst zu beschaffen. Er habe einen Rechtsanspruch auf die Versorgung mit einem Implantat als Sachleistung. Angesichts der vorgelegten medizinischen Unterlagen von Prof. Dr. Dr. N. sei die Kammer der Auffassung, dass ein größerer Kieferdefekt vorliege. Dem stehe nicht das Gutachten von Dr. M. entgegen, der bei der erstmaligen Begutachtung nicht erkannt habe, dass beim Kläger eine Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte vorliege. Aus der Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. N. ergebe sich, dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei. Aufgrund des knöchernen Defekts im Spaltbereich hätte eine Knochenverpflanzung erfolgen müssen. Dieser Knochen unterliege jedoch der Auflösung bei Nichtbelastung. Eine funktionelle Belastung des Knochens sei ausschließlich über die physiologische Einleitung von Kaukräften in diesem Knochen möglich. Diese physiologische Einleitung könne ausschließlich über Implantate erfolgen, eine Brückenversorgung sei nicht sinnvoll.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 18.08.2003, mit der sie eine Ausnahmeindikation für die Implantatversorgung verneint. Ein größerer Kieferdefekt, verursacht durch eine Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte sei nicht ersichtlich, da sie bereits früher operiert und damit versorgt worden sei. Die Nichtanlage des Zahnes 22 sei kein größerer Kieferdefekt im Sinne der Richtlinien. Es möge durchaus sein, dass vor der operativen Versorgung der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte ein größerer Kieferdefekt vorgelegen habe. Es gehe jedoch hier um eine Implantatversorgung nach der erfolgten operativen Versorgung der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte. Darüber hinaus sei die streitige Implantatversorgung auch nicht als Gesamtbehandlung der Versorgung der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte zu sehen. Der Kläger hätte bei dem vorliegenden Gebissbefund mit konventionellem Zahnersatz versorgt werden können. Der Umstand, dass der aufgebaute Knochen der Resorption unterliege, könne die zwingende Notwendigkeit eines Implantats nicht rechtfertigen. Die Gefahr des Knochenschwundes bestehe bei jeder Zahnücke und zwar sowohl bei noch vorhandenen natürlichen, als auch aufgebauten Kieferknochen. Das vom Gesetzgeber vorgesehene Regel-Ausnahmeverhältnis würde umgekehrt, würde man die Gefahr des Knochenschwundes als Grund für die Unmöglichkeit einer herkömmlichen zahnprothetische Versorgung anerkennen. Zur nochmaligen Abklärung des medizinischen Sachverhalts wolle die Beklagte eine gutachtliche Stellungnahme eines Implantatgutachters einholen. Der Kläger ist jedoch demgegenüber der Ansicht, dass der Sachverhalt vollständig geklärt und eine weitere gutachtliche Stellungnahme nicht erforderlich sei. Mit Schreiben vom 04.11.2003 hat die Beklagte mitgeteilt, dass die nochmalige gutachtliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht möglich gewesen sei, da der Kläger die behandelnden Ärzte angewiesen habe, keinerlei Patientenunterlagen herauszugeben.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers hat am 25.08.2005 die oben genannten Rechnungen sowie eine Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. N. vom 12.12.2003 vorgelegt. Der bei der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte vorliegende knöcherne Defekt Regio 22 sei nur durch eine Osteoplastik zu beheben und integraler Bestandteil der Behandlung einer Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte. Nur durch eine funktionelle Belastung des Implantats im Bereich der Augmentation könne eine Resorption vermieden werden. Die Gesamtkosten entsprechend den Rechnungen von 08.04. bis 22.07.2002 wurden mit 624,55 Euro angegeben.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 10.07.2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers 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](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,00 Euro

Die Berufung der Beklagten ist begründet.

Der Tenor des angefochtenen Urteils, mit dem das SG die Beklagte zur Kostenerstattung der Implantatversorgung verurteilt hat, ist unklar.

Aus dem Tenor und auch aus den Entscheidungsgründen ergibt sich nicht, welche Leistungen bzw. Kosten und in welcher Höhe die Beklagte zu erstatten hat. Der Senat geht davon aus, dass nach den vorliegenden Rechnungen noch ein Gesamtbetrag von 624,55 Euro für die Implantatversorgung einschließlich Nebenleistungen streitig ist.

Der hier allein infrage kommende Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) setzt voraus, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Gründe für die Unaufschiebbarkeit der Versorgung mit Implantaten sind nicht ersichtlich und auch nicht geltend gemacht worden.

Entgegen dem SG hat die Beklagte die Implantatversorgung nicht zu Unrecht abgelehnt. Soweit der Kläger mit der Klage Leistungen geltend macht, die vor der Antragstellung (25.04.2002) erbracht worden sind (Heil- und Kostenplan von Prof. Dr. Dr. N.), scheidet eine Kostenerstattung schon aus, weil das Erfordernis der Kausalität zwischen Ablehnung durch die Krankenkasse und Durchführung der Leistung nicht gegeben ist (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), z.B. Urteil vom 22.03.2005, SGB 2005, 335 m.w.N.). Ein Versicherter ist vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sozialleistungssystems grundsätzlich gehalten, sich an die Krankenkasse zu wenden, die Leistung zu beantragen und die Entscheidung der Kasse abzuwarten.

Die Beklagte hat in den angefochtenen Bescheiden auch eine Kostenübernahme der übrigen, vor Ende der Mitgliedschaft erbrachten Leistungen der implantologischen Versorgung zu Recht abgelehnt. Gemäß [§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) umfasst der Anspruch auf zahnärztliche Behandlung in der damaligen, d.h. im Zeitpunkt der Leistungserbringung, geltenden Fassung grundsätzlich nicht implantologische Leistungen. Der Gesetzgeber hatte eine Ausnahme lediglich vorgesehen für seltene, vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.

Diese Ausnahmeindikationen sind vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in den fortgeschriebenen Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vom 07.12.1962 im Abschnitt VII. "Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen" in den Nrn. 28, 29 im Einzelnen geregelt worden. In Nr. 28 hatte der Bundesausschuss noch einmal klargestellt, dass er der Intention des Gesetzgebers folgt, dass Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen diese Leistungen erhalten. Die einzelnen Leistungsvoraussetzungen waren in Nr. 29 geregelt: Danach lagen Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen in den nachfolgend aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Nachweis dieser Ausnahmeindikationen bestand ein Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich war. Besonders schwere Fälle waren unter anderem bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten gegeben, die ihre Ursache in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) haben und bei der generalisierten genetischen Nichtanlage von Zähnen.

Diese Leistungsvoraussetzungen haben bei dem Kläger nicht vorgelegen, wie sich aus den Stellungnahmen des Gutachters Dr. M. ergibt. Dr. M. hat hierzu zweimal ausgeführt, dass bei dem Kläger eine konventionelle Versorgung ohne Implantate möglich gewesen wäre. Außerdem hat er festgestellt, dass das Fehlen eines Zahnes keine generalisierte genetische Nichtanlage darstellt. Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte haben gleichfalls nicht vorgelegen. Auch wenn insoweit die Stellungnahme von 28.05.2002 nicht klar ist, hat der Gutachter jedoch am 19.09.2002 im Anschluss an die Bescheinigung von Prof. Dr. Dr. N. - dass das Implantat zu einer physiologischen Belastung und damit langfristigen Erhalt des Knochens führe - mitgeteilt, dass er an seiner bisherigen Auffassung festhält. Daraus ergibt sich, wie die Beklagte im Widerspruchsbescheid ausgeführt hat, dass einer Kostenerstattung zumindest die Möglichkeit einer konventionellen Versorgung entgegensteht.

Bedenken gegen die Auffassung von Prof. Dr. Dr. N. hinsichtlich des Vorliegens einer Ausnahmeindikation (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte) bestehen insoweit, als der Arzt in dem Entlassungsbericht vom 12.02.2002 angegeben hat, dass ein "Zustand nach" Lippen-Kiefer-Gaumenspalte vorliege; es habe eine "ehemalige" Kieferspalte bestanden. Dies spricht gegen die grundlegende Voraussetzung einer Ausnahmeindikation und einer medizinischen Gesamtbehandlung.

Eine weitere Aufklärung der Gründe für die implantologische Leistung war nicht möglich, da der Kläger die behandelnden Ärzte angewiesen hat, keine Auskünfte zu erteilen. Er trägt somit die objektive Beweislast für die geltend gemachte Leistung (Meyer-Ladewig, SGG, § 103 Rz. 19 m.w.N.).

Daraus ergibt sich, dass die Beklagte zur Kostenerstattung der implantologischen Leistungen einschließlich der Material- und Laborkosten und der von Prof. Dr. Dr. N. ausgestellten Bescheinigungen über die Behandlung nicht verpflichtet ist. Soweit die Behandlung noch weitere Leistungen umfasst hat, die nach dem Ende der Mitgliedschaft bei der Beklagten am 31.08.2002 erbracht worden sind, steht einer Kostenerstattung [§ 19 Abs. 1](#) bzw. Abs. 2 SGB V entgegen. Danach erlischt der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. bei Versicherungspflichtigen, die keine Erwerbstätigkeit ausüben, längstens nach einem Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft.

Die Suprakonstruktion, die bis Ende der Mitgliedschaft bzw. dem Ende der Leistungsverpflichtung der Beklagten, noch nicht erbracht wurde, ist nach dem klägerischen Vorbringen hier nicht streitig.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-01-02