

## L 1 KR 86/10

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KR 63/09

Datum

06.05.2010

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 86/10

Datum

25.01.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine Verletzung rechtlichen Gehörs führt nur in Ausnahmefällen zur Zurückverweisung eines Verfahrens an das Sozialgericht.

2. Eine Progenie gehört nicht zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten seltenen Ausnahmeindikationen, in denen ein Anspruch auf implantologische Leistungen besteht.

3. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmeindikationen sind eng auszulegen (Anschluss an BSG, Urteile vom 19.06.2001 - [B 1 KR 4/00 R](#) - und B 1 K 23/00 R).

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 6. Mai 2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger und Berufungskläger (im Folgenden: Kläger) verlangt von der Beklagten und Berufungsbeklagten (im Folgenden: Beklagte) die Erstattung der gesamten ihm im Jahr 2008 in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und die damit verbundenen Behandlungen sowie für Implantate und die damit verbundenen Behandlungen.

Der am 1952 geborene Kläger leidet an ausgeprägter Progenie.

Ausweislich des Heil- und Kostenplanes vom 01.12.2006 sollte beim Kläger Zahn 32 mit einer Vollkrone versorgt und mit einer keramischen Verblendung versehen werden. Darüber hinaus sollten Maßnahmen zur Versorgung der Zähne 33 bis 36 ergriffen werden. Der Festzuschuss belief sich auf 514,17 EUR. Mit Bescheid vom 05.03.2007 bewilligte die Beklagte dem Kläger für den geplanten Zahnersatz einen Festzuschuss in Höhe von 1.028,34 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten; eine Rechtsbehelfsbelehrung war nicht beigefügt. Mit weiterem Bescheid vom 05.03.2007 teilte die Beklagte dem Kläger mit, eine Kostenbeteiligung an den Implantaten sei mangels Ausnahmeindikation nicht möglich. Der Festzuschuss für die Suprakonstruktion sei genehmigt worden.

Der Heil- und Kostenplan vom 29.01.2007 wurde im Zusammenhang mit einer implantatgestützten Brückenversorgung der Zähne 33 bis 36 erstellt. Die Berechnung der anfallenden Kosten erfolgte ausschließlich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das Universitätsklinikum C G C stellte dem Kläger nach tatsächlicher Durchführung dieser Leistungen in der Zeit vom 07.06.2007 bis 13.12.2007 unter dem 13.06.2008 einen Betrag in Höhe von 1.866,41 EUR in Rechnung.

Am 02.03.2008 stellte der Kläger bei der Beklagten einen "Antrag auf vollständige Befreiung von Zuzahlungen für Zahnersatz 2008".

Auf den Heil- und Kostenplan vom 11.02.2008, der mit demjenigen von 01.12.2006 übereinstimmt, bewilligte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 06.03.2008 für den geplanten Zahnersatz einen Festzuschuss in Höhe von 1.035,48 EUR, jedoch begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Kosten. Eine Rechtsbehelfsbelehrung war diesem Bescheid nicht beigefügt. Nach tatsächlicher Durchführung der Leistungen in der Zeit vom 15.01.2008 bis 18.03.2008 stellte das Universitätsklinikum C G C dem Kläger hierfür unter dem 22.05.2008 einen Betrag in

Höhe von 3.252,09 EUR in Rechnung.

Mit Schreiben vom 26.05.2008 beehrte der Kläger von der Beklagten die vollständige Begleichung dieser Rechnung. Der bewilligte Festzuschuss von 1.035,48 EUR wurde ihm von der Beklagten am 11.06.2008 überwiesen.

Ein weiterer Heil- und Kostenplan vom 27.03.2008 diene der prothetischen Behandlung der Zähne 12 bis 17. Mit Bescheid vom 07.04.2008 bewilligte die Beklagte dem Kläger für den geplanten Zahnersatz den doppelten Festzuschuss in Höhe von 1.753,26 EUR, begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Kosten. Auch diesem Bescheid war keine Rechtsbehelfsbelehrung beigefügt. Nach tatsächlicher Durchführung dieser Leistungen in der Zeit vom 23.04.2008 bis 19.06.2008 stellte das Universitätsklinikum C G C dem Kläger hierfür unter dem 01.07.2008 einen Betrag in Höhe von 813,36 EUR in Rechnung.

Gegen den Bescheid vom 06.03.2008 legte der Kläger bei der Beklagten am 18.06.2008 Widerspruch ein und verlangte die Überweisung des Restbetrages von (3.252,09 EUR - 1.035,48 EUR =) 2.216,61 EUR.

Mit Schreiben vom 17.06.2008 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme der Kosten aus der Rechnung vom 13.06.2008 über 1.866,41 EUR.

Mit Schreiben vom 04.07.2008 beantragte er außerdem die Übernahme der Kosten aus der Rechnung vom 01.07.2008 über 813,36 EUR.

Der Heil- und Kostenplan vom 14.07.2008 betraf die Versorgung des Zahnes 24 mit einer Krone mit keramischer Verblendung. Insoweit bewilligte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 31.07.2008 einen Festzuschuss in Höhe von 323,04 EUR, begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Kosten. Dieser Bescheid enthielt keine Rechtsbehelfsbelehrung. Für die Versorgung stellte das Universitätsklinikum C G C dem Kläger unter dem 11.09.2008 einen Betrag von insgesamt 456,69 EUR in Rechnung; sein Eigenanteil belief sich auf 133,65 EUR.

Mit Schreiben vom 31.07.2008, welches die Überschrift "Kostenerstattung" trug, erläuterte die Beklagte dem Kläger, die aufgrund des Heil- und Kostenplanes vom 11.02.2008 erfolgte Versorgung stelle eine andersartige Versorgung dar. Denn die Versorgung habe eine voll verblendete Krone für den Zahn 32 und eine implantatgetragene Brücke für die Zähne 33 bis 36 umfasst. Die Höhe des Festzuschusses sei bei einer andersartigen Versorgung auf den doppelten Festzuschuss begrenzt. Implantate, deren Vorleistungen sowie implantatbedingte Verbindungselemente seien außervertragliche Leistungen, es sei denn, es lägen bestimmte Ausnahmefälle vor. Dies sei beim Kläger nicht der Fall. Die Rechnung über 1.866,41 EUR betreffe die Implantation und sei deshalb auf privatrechtlicher Basis abzurechnen. Die Rechnung über 813,36 EUR aufgrund des Heil- und Kostenplanes vom 27.03.2008 betreffe, soweit sich der Kläger für eine voll verblendete Brücke entschieden habe, ebenfalls eine Privatleistung. Den doppelten Festzuschuss habe er auch im Hinblick auf diesen Heil- und Kostenplan erhalten.

Der Kläger teilte der Beklagten mit Schreiben vom 03.08.2008 mit, er sei davon ausgegangen, sein Antrag auf vollständige Befreiung von Eigenanteilen umfasse auch den 1.035,48 EUR übersteigenden Restbetrag aus der Rechnung vom 22.05.2008. Insoweit berufe er sich auf Vertrauensschutz. Darüber hinaus habe er im Hinblick auf die Rechnungen vom 13.06.2008 über 1.866,41 EUR und vom 01.07.2008 über 813,36 EUR einen Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung als Sachleistung gemäß § 28 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Bei ihm liege ein besonders schwerer Fall wegen größerer Kieferdefekte infolge einer Progenie vor. Nach Auskunft seiner behandelnden Zahnärzte sei infolge dieser Gebissfehlstellung bei größeren zu behandelnden Zahndefekten nur eine Implantatversorgung möglich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 06.11.2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 31.07.2008 "wegen Ablehnung Implantate und der Kostenerstattung über den doppelten Festzuschuss hinaus" zurück.

Dagegen hat der Kläger am 21.11.2008 Klage beim Sozialgericht (SG) Leipzig erhoben, welches den Rechtsstreit an das SG Chemnitz verwiesen hat.

Im Klageverfahren hat der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 06.11.2008 zu verurteilen, aus der Rechnung vom 22.05.2008 einen Betrag von 2.216,61 EUR, aus der Rechnung vom 13.06.2008 einen Betrag von 1.866,41 EUR und aus der Rechnung vom 01.07.2008 einen Betrag von 813,36 EUR nebst Verzugszinsen zu zahlen. Er hat vorgetragen, bei ihm liege aufgrund der Progenie eine Ausnahmeindikation vor. Dies habe seine behandelnde Zahnärztin, Dr. L., bestätigt. In dem Schreiben von Dr. L. vom 24.04.2009 heißt es:

"Beim Kläger liegt eine komplizierte Bissituation durch eine bestehende Angle-Klasse III und eine einseitig stark verkürzte Zahnreihe (32 ist der endständige Zahn) vor. Durch die relative kurze klinische Zahnkrone des Zahnes 32, die kaum Retention bietet und den umgekehrten Frontzahnüberbiss bestehen sehr schwierige Abstützungs- und Retentionsverhältnisse für einen herausnehmbaren Zahnersatz, so dass diese Zahnersatzvariante für den Kläger funktionell nicht befriedigend sein wird. Aus diesem Grund wurde in Abstimmung mit dem Kläger eine implantatprothetische, festsitzende Versorgungsform durchgeführt, die den anatomischen Gegebenheiten des Patienten entspricht und ihm die volle Funktionsfähigkeit gewährleistet."

Der Kläger hat weiter ausgeführt, bei ihm bestehe ein größerer Kieferdefekt, der seine Ursache in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers habe. Eine Versorgung ohne Implantate sei bei ihm nicht möglich. Er beanspruche aufgrund seines Antrages auf vollständige Befreiung von Zuzahlungen für Zahnersatz im Jahre 2008 Vertrauensschutz. Das Gutachten von Dr. T sei widersprüchlich. In diesem nach persönlicher Untersuchung des Klägers am 16.09.2009 erstellten implantologischen Gutachten vom 22.09.2009 hatte Dr. T unter anderem ausgeführt:

"Bei dem Patienten wurden bereits im Juni 2006 drei Implantate regio 33, 35 und 36 inseriert. Die Implantate sind röntgenologisch gut osseointegriert und mit einer festsitzenden und klinisch intakten Brückenkonstruktion versorgt. Zum Zeitpunkt der Implantatinserion handelte es sich um eine Freierlücke im Unterkiefer links ab 32 bei gleichzeitigem Vorliegen einer Progenie. Als Alternative zu Implantaten wäre nur ein herausnehmbarer Zahnersatz möglich gewesen, der mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die ungünstigen Hebelverhältnisse bei der Progenie kein suffizienten Halt gehabt hätte. Dies entspricht auch den Angaben in dem gesonderten Schreiben von Dr. L. Allerdings liegt

keine im [§ 28 Abs. 2 SGB V](#) genannten Ausnahmeindikation für die Insertion von Implantaten vor, da kein Knochendefekt besteht und auch keine Nichtanlage oder Ähnliches vorliegen.

Als Kausaltherapie wäre eine Umstellungsosteotomie des Unterkiefers (evtl. auch des Oberkiefers) möglich gewesen, wobei dazu eine kombinierte kieferorthopädisch/kieferchirurgische Behandlung erforderlich gewesen wäre. Danach hätte dann im Unterkiefer eine Versorgung mit einer konventionellen Prothese erfolgen können. Kostenmäßig wäre sicher eine solche Behandlung viel höher gewesen als die Versorgung mit den drei Implantaten.

Ich möchte nochmals zusammenfassen: Es liegt keine Ausnahmeindikation vor; bei der vorliegenden Bissituation ist aber keine andere prothetische Versorgung als mit Implantaten möglich gewesen."

Die Beklagte hat vorgetragen, die vom Kläger in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen entsprächen nicht der Regelversorgung. Bei der implantatgetragenen Brücke und der Vollverblendung handele es sich um andersartige Versorgungsformen. Die hierfür entstandenen - über den doppelten Festzuschuss hinausgehenden - Mehrkosten habe der Kläger zu tragen. Beim Kläger liege keine Ausnahmeindikation vor, die eine Implantatversorgung rechtfertige. Denn die von Dr. L bestätigte komplizierte Bissituation und eine stark verkürzte Zahnreihe gehörten nicht zu den Ausnahmeindikationen. Dies werde durch das Gutachten von Dr. T, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, bestätigt.

Unter dem 23.04.2010 hat das SG dem Kläger ein Schreiben gegen Empfangsbekanntnis mit Freiumschlag übersandt, in welchem das SG den Termin zur mündlichen Verhandlung auf den 06.05.2010 bestimmt hat. Eine Rückantwort des Klägers vor dem Termin zur mündlichen Verhandlung ist ausgeblieben, zum Termin zur mündlichen Verhandlung ist er nicht erschienen.

Mit Urteil vom 06.05.2010 hat das SG die Klage abgewiesen. Obwohl beim Kläger eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei, erfülle die bei ihm vorliegende Erkrankung die Voraussetzungen für eine Ausnahmeindikation nicht. Im Rahmen von [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) reiche es nicht aus, dass die Erkrankung des Versicherten aus medizinischen Gründen nicht anders als mit einer Implantatversorgung behandelt werden könne. Die implantologische Versorgung solle von den Krankenkassen nur bei seltenen Ausnahmeindikationen in besonders schweren Fällen bezahlt werden. Der geltend gemachte Anspruch könne auch nicht auf einen Vertrauensschutz gestützt werden. Die Tatsache, dass eine Behörde ein Antragsformular übersende und Bereitschaft zur Prüfung bekunde, könne nach verständiger Würdigung nicht als positive Bewilligung verstanden werden. Die insoweit rechtsirrigte Auffassung des Klägers allein führe nicht zu einem Vertrauensschutz.

Mit Telefax vom 14.05.2010 hat der Kläger dem SG eine Empfangsbestätigung mit dem Vermerk "Termin war bereits vorbei" übersandt, die Terminmitteilung zum 06.05.2010 habe er am 12.05.2010 erhalten.

Gegen das ihm am 22.05.2010 übersandte Urteil hat der Kläger am 26.05.2010 Berufung beim Sächsischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt.

Der Kläger trägt vor, da er erst am 12.05.2010 Kenntnis von dem Termin zur mündlichen Verhandlung am 06.05.2010 erhalten habe, habe er an dem Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG nicht teilnehmen können. Dieser Umstand stelle einen Verfahrensfehler dar, weil sein rechtliches Gehör verletzt worden sei. In der Sache selbst habe das SG das Vorliegen einer Ausnahmeindikation unzutreffenderweise verneint. Selbst wenn keine Ausnahmeindikation angenommen werde, könne bei der gegebenen Bissituation eine Kostenübernahme durch die Beklagte erfolgen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 6. Mai 2010 aufzuheben sowie die Bescheide der Beklagten vom 6. März 2008 und 7. April 2008, außerdem die beiden Bescheide vom 31. Juli 2008, sämtlich in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. November 2008 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm alle im Jahr 2008 entstandenen Kosten im Zusammenhang mit Zahnersatz und Implantatversorgung zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung in der Sache für zutreffend.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

1. Der Senat ist nicht gehalten, das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache wegen eines Verfahrensfehlers im Sinne von [§ 159 Abs. 1 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) an das SG zurückzuverweisen. Eine Verletzung rechtlichen Gehörs kann allenfalls in Ausnahmefällen zu einer Zurückverweisung an das SG führen (Bundessozialgericht [BSG], Beschluss vom 16.12.2003 - [B 13 RJ 194/03 B](#) - juris Rn. 9) und war vorliegend nicht geboten. Denn das Berufungsgericht ist in vollem Umfang als zweite Tatsacheninstanz ausgestaltet. Der Kläger hat daher im Berufungsverfahren Gelegenheit, sich rechtliches Gehör zu verschaffen.

2. Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das Urteil des SG vom 06.05.2010 und die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig.

a) Streitgegenstand sind alle Rechnungen, die der Kläger im Jahr 2008 im Zusammenhang mit der Einbringung von Zahnersatz und Implantaten erhalten hat.

aa) Zwar hat die Beklagte prima facie nur im Hinblick auf die Heil- und Kostenpläne vom 11.02.2008 (Rechnung vom 22.05.2008; Bescheid vom 06.03.2008), 27.03.2008 (Rechnung vom 01.07.2008; Bescheid vom 07.04.2008) und 14.07.2008 (Bescheid vom 31.07.2008)

Bescheide erlassen. Da sie nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen waren, lief für die Einlegung des Rechtsbehelfs jeweils die Jahresfrist des [§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Innerhalb dieser Frist hat der Kläger deutlich gemacht, sämtliche Bescheide des Jahres 2008, in denen ihm nicht die volle Übernahme seiner Kosten bewilligt worden war, angreifen zu wollen.

bb) Darüber hinaus ist auch das Schreiben der Beklagten vom 31.07.2008, das die Überschrift "Kostenerstattung" trägt, als Bescheid anzusehen. Denn ein Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkungen nach außen gerichtet ist ([§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB X]). In diesem Schreiben lehnte die Beklagte erstmals auch die Kostenübernahme der Rechnungen vom 13.06.2008 über 1.866,41 EUR und vom 01.07.2008 über 813,36 EUR ab. Diese Entscheidungen dienten der Regelung eines Einzelfalles und waren auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet. Auch die Beklagte selbst geht in ihrem Widerspruchsbescheid vom 06.11.2008 davon aus, dass dieses Schreiben einen Verwaltungsakt darstellt (erster Satz im dritten Absatz auf Seite 2: "Mit Bescheid vom 31.07.2008 wurde der Sachverhalt noch einmal erläutert").

b) Dem Kläger steht im Hinblick auf die streitgegenständlichen Rechnungen weder ein über den doppelten Festzuschuss hinausgehender Anspruch auf Kostenerstattung für Zahnersatz und die damit verbundenen Behandlungen (aa) noch ein Anspruch auf Kostenerstattung für Implantate und die damit verbundenen Behandlungen zu (bb). Die Begrenzung der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung ist verfassungsgemäß (cc).

aa) Gemäß [§ 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. Die Krankenbehandlung umfasst zahnärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#)) sowie die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 a SGB V](#)). Die zahnärztliche Behandlung beinhaltet nach [§ 28 Abs. 2 Satz 1 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. Für Zahnersatzleistungen enthalten die [§§ 55, 56 SGB V](#) spezielle Regelungen. Danach hat der Kläger einen Anspruch gegen die Beklagte auf den doppelten Festzuschuss, aber nicht darüber hinaus.

Nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) anerkannt ist.

Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Der Kläger ist bei der Beklagten versichert, die Versorgung mit Zahnersatz war in Bezug auf die Suprakonstruktion für die Zähne 33 bis 36 (Rechnung vom 13.06.2008) sowie im Hinblick auf die Kronen für die Zähne 24 (Rechnung vom 11.09.2008) und 32 (Rechnung vom 22.05.2008) medizinisch notwendig und die durchgeführten Versorgungen entsprachen einer nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) anerkannten Methode. Gleiches gilt für die prothetische Versorgung der Zähne 12 bis 17 (Rechnung vom 01.07.2008).

Nach [§ 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Abs. 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Abs. 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss.

Auch bei einkommensschwachen Versicherten besteht dieser Kostenerstattungsanspruch demnach maximal in Höhe des doppelten Festzuschusses. Dies deckt sich mit der Konzeption des Gesetzgebers, aus einer bestimmten Regelversorgung jeweils einen befundbezogenen Festzuschuss abzuleiten: Gemäß [§ 56 Abs. 1 SGB V](#) erfolgt die Festsetzung der prothetischen Regelversorgungen in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (siehe insoweit die ab 01.01.2008 geltende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach [§§ 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](#) vom 03.11.2004 in der Fassung vom 07.11.2007 [BAnz. 2008, 8328] sowie die ab 01.07.2008 geltende Festzuschuss-Richtlinie in der Fassung vom 04.06.2008 [BAnz. 2008, 2103]). Dabei wird dem jeweiligen Befund eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet, welche sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren hat, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz gehören ([§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Dabei muss die jeweilige Regelversorgung eine konkrete Versorgung abbilden, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund unter Beachtung der gesetzlich genannten Kriterien zur Behandlung geeignet ist ([BT-Drucksache 15/1525 S. 92](#) zu § 56 Abs. 2). Den Befunden wird daher eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet, nach der wiederum der jeweilige Festzuschuss bemessen wird. Dieser Festzuschuss ist unabhängig davon, welche Leistung im einzelnen Fall tatsächlich notwendig ist ([BT-Drucksache 15/1525 S. 91](#) f. zu § 55 Abs. 1). Die [§§ 55, 56 SGB V](#) regeln die Ansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz als Sondertatbestände abschließend (so auch LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 29.01.2009 - [L 10 KR 57/06](#) - juris Rn. 31; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 25.02.2010 - [L 16 KR 188/09](#) - juris Rn. 21, 23 f.; vgl. weiterhin BSG, Beschluss vom 23.05.2000 - [B 1 KR 3/99 B](#) - juris Rn. 4 m.w.N.).

Gemäß [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) haben die Krankenkassen die bewilligten Festzuschüsse nach Abs. 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

(1) In Bezug auf die Suprakonstruktion für die Zähne 33 bis 36 (Rechnung vom 22.05.2008) hat sich der Kläger für eine andersartige Versorgung entschieden. Denn nach den am 01.01.2008 in Kraft getretenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) vom 08.12.2004, zuletzt geändert am 07.11.2007 [BAnz. 2007, 8383]) kann eine derartige Suprakonstruktion keiner Regelversorgung zugeordnet werden. Vielmehr heißt es in der Zahnersatz-Richtlinie unter D V 36, dass nur Suprakonstruktionen bei zahnbegrenzten

Einzelzahnücken (Buchstabe a) und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer (Buchstabe b) zur Regelversorgung gehören. Sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören ebenfalls nicht zur Regelversorgung bei Suprakonstruktionen (D V 38).

Soweit der Kläger Kostenerstattung für eine Krone für den Zahn 32 mit keramischer Verblendung begehrt (Rechnung vom 22.05.2008), hat er sich ebenfalls für eine andersartige Versorgung entschieden. Zwar sieht die Zahnersatz-Richtlinie unter bestimmten Voraussetzungen die Versorgung mit einer Verblendung vor (D I 20). Der Kläger hat sich aber für eine sehr aufwendige Verblendungsform entschieden.

Den doppelten Festzuschuss von 1.035,48 EUR hat ihm die Beklagte aber bezüglich der Rechnung vom 22.05.2008 bereits bewilligt (Bescheid vom 06.03.2008).

(2) Entsprechendes gilt hinsichtlich der keramischen Verblendung für die Krone für den Zahn 24 (Bescheid vom 31.07.2008, doppelter Festzuschuss von 323,04 EUR).

(3) Auch hinsichtlich der voll verblendeten Brücke (Rechnung vom 01.07.2008) hat sich der Kläger für eine andersartige Versorgung entschieden. Der doppelte Festzuschuss von 1.753,26 EUR ist ihm bereits bewilligt worden (Bescheid vom 07.04.2008).

bb) Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die Implantatversorgung und die damit verbundenen Behandlungen (Rechnungen vom 22.05.2008 und vom 13.06.2008).

Wie bereits ausgeführt, umfasst der Anspruch des Versicherten auf zahnärztliche Behandlung auch die Versorgung mit Zahnersatz (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 a SGB V). Zunächst war unklar und im Gesetz nicht geregelt, ob dazu auch Implantate und implantatgetragener Zahnersatz gehören (vgl. BSG, Urteil vom 03.12.1997 - 6 RKa 40/96 - SozR 3-5555 § 12 Nr. 5 S. 25 ff.; BT-Drucksache 13/4615 S. 9). Mit dem Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.1996 (BGBl. I S. 1631) bestimmte der Gesetzgeber in § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V ab 01.01.1997, dass implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997 (BGBl. I S. 1520) ließ ab 01.07.1997 Ausnahmen von dem grundsätzlich fortbestehenden Ausschluss zu, indem in § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V bestimmt wurde, dass eine (eigenbeteiligungs-freie) Implantatversorgung von der Krankenkasse als Naturalleistung gewährt wird, wenn "seltene" vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V festzulegende Ausnahmeindikationen "für besonders schwere Fälle" vorliegen, in denen implantatgestützter Zahnersatz Bestandteil einer "medizinischen Gesamtbehandlung" ist. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626) nahm die zur implantologischen Versorgung gehörenden Suprakonstruktionen aus der Bestimmung des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V heraus und regelte in § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V, wann ein an eine Eigenbeteiligung geknüpfter Anspruch auf sie besteht. An die Stelle dieser Regelung trat ab 01.01.2005 die oben erwähnte Festzuschussregelung in den §§ 55 ff. SGB V.

Eine Ausnahmeindikation im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegt nach den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses allein bei den in Abschnitt B VII Nr. 2 Satz 4 der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in der Fassung des Beschlusses vom 01.03.2006 (BAnz. 2006, 4466) aufgeführten Sachverhalten vor. Dazu gehören nur folgende Krankheiten: a) größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache haben in: - Tumoroperationen, - Entzündungen des Kiefers, - Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten), - Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, - angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder - Unfällen, b) dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung, c) generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen, d) nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken). Darüber hinaus darf nach Abschnitt B VII Nr. 2 Satz 2 Behandlungsrichtlinie eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sein. In den Fällen der Buchstaben a bis c gilt dies nur dann, wenn das rekonstruierte Prothesenlager durch einen schleimhautgetragenen Zahnersatz nicht belastbar ist (Abschnitt B VII Nr. 2 Satz 3 Behandlungsrichtlinie).

Ausgehend von diesen Maßstäben hat der Kläger keinen Anspruch auf implantologische Leistungen, da bei ihm keine Ausnahmeindikation vorliegt. Dies ergibt sich übereinstimmend aus dem Schreiben von Dr. L vom 24.04.2009 und dem Gutachten vom 22.09.2009 von Dr. T. Dr. L hat eine komplizierte Bissituation und eine einseitig stark verkürzte Zahnreihe beschrieben, aber keinen größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekt, der seine Ursache in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers hätte (Buchstabe a, vorletzter Anstrich; die übrigen möglichen Ursachen sind vorliegend nicht einschlägig). Dr. T hat nach persönlicher Untersuchung des Klägers ausdrücklich mitgeteilt, eine Ausnahmeindikation liege bei letzterem nicht vor. Zwar hat er eine ausgeprägte Progenie festgestellt. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine angeborene Fehlbildung des Kiefers im Sinne der Behandlungsrichtlinie. Denn dort werden ausdrücklich nur Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten und ektodermale Dysplasien genannt.

Sowohl Dr. L als auch Dr. T haben eingeschätzt, eine andere Form der Versorgung wäre beim Kläger nicht möglich gewesen. Das ändert aber nichts an dem Umstand, dass keine nach der Behandlungsrichtlinie zwingend vorausgesetzte Ausnahmeindikation besteht. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Ausnahmeindikationen sind jedoch eng auszulegen (BSG, Urteile vom 19.06.2001 - B 1 KR 4/00 R - juris Rn. 19 f., und B 1 KR 23/00 R - juris Rn. 18 f.). Denn nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V soll eine implantologische Versorgung von den Krankenkassen nur bei seltenen Ausnahmeindikationen in besonders schweren Fällen bezahlt werden, wenn sie im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erfolgt. Letzteres schließt von vornherein Konstellationen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung - anders als beim Kläger - nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit hinausreicht. Da der Anspruch auf seltene Ausnahmeindikationen beschränkt bleiben soll, kann er aber auch im Übrigen nicht schon in all denjenigen Fällen bestehen, in denen - wie beim Kläger - Implantate medizinisch geboten sind; vielmehr müssen weitere Umstände hinzukommen, die eine außergewöhnliche Situation begründen. Dies ist beim Kläger nicht der Fall. Vor diesem Hintergrund kommt eine ausdehnende Auslegung der Behandlungsrichtlinie im Wege einer Analogie nicht in Betracht. Auch der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass der Versicherte nur in zwingend notwendigen Ausnahmefällen mit Implantaten versorgt werden soll (BT-Drucksache 13/7264 S. 59). Darin liegt das Eingeständnis, dass Alternativen zu Implantaten nicht in allen Fällen zur Verfügung stehen.

Weiterer Ermittlungen von Amts wegen bedurfte es bei dieser Sachlage nicht.

cc) Gegen die Begrenzung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Der Gesetzgeber hat bei der Abgrenzung, welche Risiken die Krankenkasse und welche der Versicherte im Rahmen seiner Eigenverantwortung zu übernehmen hat, einen weiten Gestaltungsspielraum (ebenso LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 29.01.2009 – [L 10 KR 57/06](#) – juris Rn. 35-38, und LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 25.02.2010 – [L 16 KR 188/09](#) – juris Rn. 25; zur Begrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung siehe außerdem BSG, Urteil vom 19.09.2007 – [B 1 KR 6/07 R](#) – Breithaupt 2008, 287, 289 f., und Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 28.02.2007 – [1 BvL 5/03](#) – [BVerfGE 117, 316](#), 326).

dd) Soweit der Kläger aufgrund seines Antrages auf vollständige Befreiung von Zuzahlungen für Zahnersatz für 2008 Vertrauensschutz in Anspruch zu nehmen begehrt, wird auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung verwiesen und von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) abgesehen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Klotzbücher Atanassov Dr. Wietek  
Rechtskraft  
Aus  
Login  
FSS  
Saved  
2012-02-15