

L 1 KR 673/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 4 KR 58/03
Datum
09.11.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 673/07
Datum
12.02.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 9. November 2007 wird aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Beklagte hat dem Kläger 10% der außergerichtlichen Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens zu erstatten. Im Übrigen findet eine Erstattung nicht statt. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger, der bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, möchte von dieser die Kosten für eine kieferchirurgische Operation (Knochen transplantation) sowie für Implantate ersetzt erhalten.

Am 17. Dezember 2002 beantragt der Kläger bei der Geschäftsstelle Eberswalde der Beklagten (exakt: der Rechtsvorgängerin der Beklagten KKH), unter Einreichung eines Kostenvoranschlages die Kostenübernahme für eine Knochentransplantation und Implantation von vier Implantaten im Oberkiefer. Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 6. Januar 2003 ab. Es handele sich nicht um eine Leistung der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Leistungsvergütung erfolge ausschließlich aufgrund privater Vereinbarungen. Deshalb habe der Zahnarzt einen privaten Heil- und Kostenplan erstellt. Der Kläger erhob Widerspruch (Eingang 10. Januar 2003). Die Knochentransplantation sei laut Auskünften des behandelnden Kieferchirurgen und seiner Zahnärztin unumgänglich. Der Mund-Kiefer-Gesichtschirurg Arzt und Zahnarzt Dr. J schrieb der Beklagten unter dem 24. Januar 2003, beim Kläger liege eine absolute Kieferkammatrophy im Oberkiefer vor (Zahnlosigkeit). Eine konventionelle prothetische Versorgung sei nicht mehr möglich. Das Krankheitsbild gehe deutlich über altersentsprechende Befunde hinaus und bedürfe dringender Therapie. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. Februar 2003 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 28. März 2003 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt/Oder (SG) erhoben. Die Implantate seien zwingend erforderlich zur Stabilisierung und zum Erhalt des durch die Knochentransplantation aufgebauten Oberkiefers. In rechtlicher Hinsicht hat der Kläger vorgetragen, er leide an einer Rückbildung des Oberkiefers als einem regelwidrigen Körperzustand und somit einer Krankheit. Mit anderen Maßnahmen als dem beabsichtigten chirurgischen Eingriff eines Knochenaufbaus des Oberkiefers mittels Knochentransplantation sei die Wiederherstellung des Oberkiefers nicht zu erreichen. Eine Kostenübernahme sei auch nicht durch die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßig und wirtschaftliche vertragsärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ausgeschlossen. Unter VI Ziff. 40 seien Knochentransplantationen nicht enthalten. Dort heiße es aber, dass lediglich sämtliche Voraussetzungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente nicht zur Suprakonstruktion im Sinne des [§ 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) gehörten. Das bedeute, dass bei Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten für eine Suprakonstruktion die Kosten für die Knochentransplantation nicht ausgeschlossen seien. Auch nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 19. Juni 2006 – [B 1 KR 4/00 R](#) –) schuldeten die Krankenkassen Zahnersatz in bestimmten Ausnahmefällen, zu denen auch anders nicht zu versorgende Kieferatrophien gehörten.

Die Beklagte hat vorgebracht, der Kläger habe im Oberkiefer noch zwei Zähne (Nr. 25 und 28). Nach den bestehenden Verträgen sei es Aufgabe des Vertragszahnarztes, mit der Erstellung eines Heil- und Kostenplanes einen Zuschuss für den Versicherten in Höhe einer Totalprothese zu begründen. Der Kläger habe auch eine Kostenbeteiligung für den Knochenaufbau beantragt und nicht für Implantate und implantatgetragenen Zahnersatz.

Mit Beweisanordnung vom 30. Mai 2005 hat das SG die Zahnärztin Dr. B zur Sachverständigen ernannt. Wegen der genauen Beweisfragen wird auf die Beweisanordnung verwiesen. Diese führte in ihrem Sachverständigengutachten vom 3. Oktober 2005 u. a. aus, von den behandelnden Zahnärzten sei vorgeschlagen worden, einen Knochenaufbau im vorderen Oberkieferbereich sowie die Insertion von vier

Implantaten vorzunehmen. Hierzu sei es erforderlich, den Oberkieferknochen aufzubauen und mit Implantaten zu stabilisieren. Davon ausgehend, dass wenigstens zwei Implantate und das Teleskop 28 im Kiefer vorlägen, ergebe sich die Situation eines Restzahnbestandes von drei Zähnen im Oberkiefer, welche zu teleskopieren eine Kassenleistung wäre. Dies könne als Ausnahmesituation und Einzelfallentscheidung betrachtet werden, da das Gesetz bei einer Erstversorgung mit Implantaten die Implantate für die Befundzuordnung wie fehlende Zähne betrachte. Da der Zahn 28 noch erhaltungswürdig sei, halte sie es nicht für sinnvoll, diesen zu ziehen, damit die Auflage eines atrophierten zahnlosen Kiefers als Ausnahmefall zur Regelversorgung einträte. Bis auf den Zahn 28 lägen die Voraussetzungen für den Einsatz einer Suprakonstruktion gemäß [§ 30 Abs. 1 SGB V](#) vor. Nach den Änderungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes habe sie, aufbauend auf dem Vorschlag von zwei Implantaten, eine Restbezahnung von 3 Zähnen konstruiert. Hiernach gebe es Festzuschüsse seitens der Krankenkasse, welche über einen fiktiven Heil- und Kostenplan konstruiert würden. Der Patient würde einen Festzuschuss von 1.388,85 EUR von der Krankenkasse erhalten. Voraussetzung sei – wie ausgeführt, dass die Implantate nicht der Erstversorgung zugeordnet würden. Nicht einbezogen in die Bezuschussung sei der chirurgische Anteil einschließlich des Knochenaufbaus.

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2005 hat sich die Beklagte daraufhin bereit erklärt, "im Vorgriff auf die voraussichtlichen gesetzlichen Verbesserungen im Jahr 2006" einen Festzuschuss von ca. 1.390,00 EUR "bewilligen zu können". Der Kläger werde gebeten, zur gegebenen Zeit einen entsprechenden Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Kläger kam dem unter dem 16. Februar 2006 nach. Es handele es sich bei dieser Bewilligung der Festzuschüsse für insgesamt drei Teleskopkronen um eine Kulanzentscheidung. Die Beklagte hat ergänzend vorgebracht, ein stark atrophiertes, abgebauter Kieferkammknochen gehöre nicht zu den Ausnahmeindikationen für Implantate. Die Regelversorgung umfasse beim Kläger einen Festzuschuss für eine Prothese nach 4.1 (275,12 EUR), eine Teleskopkrone nach 4.6 (260,62 EUR), zusätzlich eventuell die Einlage einer Metallbasis nach 4.5 (68,77 EUR). Die Regelversorgung würde demnach einen Zuschuss von 560,51 EUR ergeben. Auf Anregung der Sachverständigen sei dieser Betrag auf eine Versorgung mit drei Teleskopkronen ausgedehnt und eine Summe von 1.390,00 EUR zugesagt worden. Dabei handele es sich um eine Einzelfallentscheidung. Der entsprechende Heil- und Kostenplan liege jedoch bis jetzt nicht vor.

Am 29. Mai 2006 hat sich der Kläger in stationäre Behandlung beim Klinikum B W befunden. Dabei wurde Beckenkamm transplantiert und der Oberkiefer aufgebaut. Der Kläger bekam ferner drei Implantate und eine implantatgetragene Stegprothese eingesetzt.

Mit Schriftsatz vom 14. November 2006 hat der Kläger das Teilanerkennnis in Höhe von 1.390,00 EUR angenommen.

In der mündlichen Verhandlung am 15. Dezember 2006 hat das SG die Sachverständige vernommen. Auf die Anlage I zur Sitzungsniederschrift wird verwiesen.

In der mündlichen Verhandlung am 9. November 2005 haben beide Beteiligten erklärt, sich einig zu sein, sich über die konkret zu erstattende Höhe der Leistung einigen zu können, soweit die Frage einer Leistungspflicht als solcher geklärt sei.

Mit Urteil vom selben Tag hat das SG unter Aufhebung des Bescheides vom 26. Januar 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Februar 2003 die Beklagte verurteilt, dem Kläger dessen erforderliche Kosten für die Implantatversorgung einschließlich der zuvor durchzuführenden Kieferkammtransplantation zu erstatten. Das Gericht habe nur ein Grundurteil über die Frage treffen müssen, ob die Anspruchsgrundlage des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) erfüllt sei, da sich die Beteiligten über die Höhe der Leistung einigen wollten. Der Kläger habe in verfassungskonformer Auslegung des [§ 28 Abs. 2 SGB V](#) einen Anspruch auf die implantologische Leistung, weil es aufgrund der Kieferverhältnisse keine alternative Behandlungsmöglichkeit, insbesondere durch Eingliederung herkömmlichen Zahnersatzes, gebe (Bezugnahme auf LSG Niedersachsen, Urteil vom 23. Februar 2000 – [L 4 KR 217/98](#) – [NZS 2001, 92](#)). Zwar seien implantologische Leistungen gemäß [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) grundsätzlich ausgeschlossen. Allerdings gelte dies für Suprakonstruktionen seit dem 1. Januar 2005 nicht mehr, da diese von den allgemeinen Leistungen des [§ 55 SGB V](#) erfasst würden. Dem habe die Beklagte mit dem Teilanerkennnis entsprochen. In Ausnahmefällen sei auch die Behandlung mit Implantaten Kassenleistung, wenn einer der Ausnahmefälle des 2. Halbsatzes des [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) erfüllt sei, soweit eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei. Die in der Praxis häufig auftretenden Fälle einer Kieferatrophie, also der allmählichen Rückbildung des zahnlosen Kieferknochens, seien von dieser Ausnahmeaufzählung nicht erfasst. Dem Wortlaut nach stelle [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) eine Ausschlussnorm dar, die nicht danach unterscheide, aus welchen Gründen einen Implantatversorgung erforderlich sei. Sie schließe damit bestimmte Erkrankungen für die es keine andere alternative Behandlungsmöglichkeit gebe, aus der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Einen solchen Ausschluss habe der Gesetzgeber jedoch nicht beabsichtigt. Insoweit gebe es eine planwidrige unbeabsichtigte Lücke die vor dem Hintergrund von [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) zu schließen sei (Bezugnahme auf LSG Niedersachsen a. a. O.). Den besonders schweren Fällen, für welche die Ausnahmeindikationen geschaffen seien, seien auch diejenigen schweren Fälle, bei denen die Implantatversorgung die einzige Behandlungsalternative darstelle, gleichzusetzen. Der Fall des Klägers sei nicht mit einer Kieferatrophie gleichsetzbar, für welche das BSG in seiner Entscheidung vom 19.06.2001 ([B 1 KR 4/00](#)) einen Anspruch verneint habe. Dieser leide nicht nur an einer unbefriedigenden prothetischen Versorgung, sondern darüber hinaus an einem durch Parodontitis entstandenen schweren Kieferdefekt.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 17. Dezember 2007.

Mit Verfügung vom 22. Oktober 2008 hat der damals noch zuständige 24. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg dem Kläger den Hinweis erteilt, dass Bedenken gegen die Zulässigkeit der Klage bestünden, soweit allgemein Kostenerstattung verlangt worden sei. Dieser hat daraufhin seinen Klageantrag geändert und beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 9.453,34 EUR nebst 4 % Zinsen seit dem 10. Dezember 2007 zu zahlen.

Er hat neben der Rechnung des W Krankenhauses vom 27. Juni 2006 über 4.000,00 EUR fünf weitere Rechnungen eingereicht über einen Gesamtbetrag von 10.843,35 EUR. Abzüglich der Erstattung durch die Beklagte gemäß Teilanerkennnis in Höhe von 1.390,00 EUR ergibt dies 9.453,35 EUR. Der Anspruch auf Verzinsung bestehe gemäß [§ 44 Sozialgesetzbuch/Erstes Buch \(SGB I\)](#). Auf die eingereichte Rechnung wird ergänzend Bezug genommen.

Mit Beweisanordnung vom 20. Februar 2009, geändert mit Beschluss vom 6. März 2009, hat der Senat dann den Zahnarzt Dr. N mit der Erstattung eines Gutachtens nach Untersuchung des Klägers beauftragt. Hinsichtlich der genauen Beweisfragen wird auf die

Beweisanordnung verwiesen.

In seinem Gutachten vom 6. April 2009 stellt der Sachverständige fest, dass es beim Oberkiefer des Klägers nur noch einen Zahn gebe, den Weisheitszahn 28. Dieser sei erhaltungswürdig. Beim Kläger läge keine schwere Kieferanomalie vor. Es gebe keine größeren Kiefer- oder Gesichtsddefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen, Entzündungen des Kiefers, in Operationen infolge von großen Zysten oder Osteopathien, in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers oder aufgrund eines Unfalles hätten. Es bestehe auch keine dauerhafte extreme Xerostomie (Mundtrockenheit), eine genetische Nichtanlage von Zähnen oder eine willentlich nicht beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund und Gesichtsbereich. Es gebe auch keine andere Gesundheitsstörung, welche den vorgenannten vergleichbar sei, weil sie gleichfalls nur vereinzelt vorkomme und ebenso besonders schwer beeinträchtige. Als Behandlungsmöglichkeiten zur Erzielung des Behandlungszieles der Wiederherstellung einer ausreichenden Funktionstüchtigkeit des Kauorgans oder der Verhinderung der Beeinträchtigungen hätte im Oberkiefer eine subtotale Prothese hergestellt werden können unter Verwendung des Zahnes 28, der mit einer Teleskopkrone habe versorgt werden können. Zur Gesamtplanung hätte auch die prothetische Versorgung des Unterkiefers gehört. Zurzeit fehle dem bereits angefertigten Zahnersatz im Oberkiefer die Abstützung im Seitenzahnbereich. Die Implantate seien deshalb hochgradig gefährdet. Er weiche vom Gutachten der Sachverständigen Dr. Bazin ab weil er die Ausnahmeindikation für eine Implantatversorgung für nicht gegeben halte. Auch sei die Rückbildung des Alveolarfortsatzes keine Erkrankung. Die extrem starke Atrophie im Oberkiefer könne entweder dadurch verursacht worden sein, dass der ältere bis dahin vorhandene Zahnersatz funktionsuntüchtig und nicht unterfüttert gewesen sei oder die Bissregistrierung nicht korrekt erfolgt sei. Im Seitenzahnbereich sei keine Abstützung vorhanden gewesen. Die Hauptlast habe auf dem Frontzahnbereich gelegen. Die Prothese habe einen starken Druck auf den Kieferknochen ausgeübt, so dass dieser atrophiert sei.

Die Beklagte ist der Auffassung, im Gegensatz zu der des SG gehöre der Fall des Klägers zu den häufig anzutreffenden Kieferatrophien, auch und gerade weil der Zahnverlust durch Parodontitis erfolgt sei. Implantate seien damit ausgeschlossen, auch wenn sie medizinisch geboten seien.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 9. November 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend und das Gutachten des Dr. N für mangelbehaftet. Der von diesem wiedergegebene Sachverhalt sei unvollständig und zum Teil falsch. Die Aussagen zur Atrophie und zur Implantologie entsprächen nicht dem wissenschaftlichen Standard. Die Beweisfragen seien nicht oder nicht vollständig beantwortet. Der Sachverständige habe nicht dargelegt, wie er zu seiner Feststellung gelangt sei, dass beim Kläger 2002 ein ungeeigneter Zahnersatz vorgelegen habe. So sei nach Aussage der behandelnden Zahnärztin Herrmann durchaus eine Unterfütterung der Prothese vorgenommen worden. Die Sachverständige Dr. B habe die hochgradige Atrophie auf die Folgen der guten Bezahnung im Unterkiefer zurückgeführt. Die Beantwortung der Beweisfrage 1.3 (liegt eine den Ausnahmeindikationen vergleichbare Gesundheitsstörung vor?) habe der Sachverständigen Dr. N im Widerspruch zu den Ausführungen der Sachverständigen Dr. B verneint. Seine Ausführungen zu den implantologischen Leistungen seien unter Berücksichtigung des Standards für Implantatversorgungen nach der wissenschaftlichen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zur Implantologie in der Zahnheilkunde unhaltbar. Es sei falsch, dass der Sachverständige die Rückbildung des Alveolarfortsatzes nach Zahnverlust nicht für eine Erkrankung gehalten habe. Im ICD-10 sei bei "sonstigen Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates" unter K 08.2 die Atrophie des zahnlosen Alveolarkammes als Erkrankung aufgeführt. Zu kritisieren sei schließlich auch, dass der Sachverständige als Ursache der extrem starken Atrophie die Insuffizienz des alten Zahnersatzes und die Bissregistrierung angesehen habe (Bezugnahme auf einen Aufsatz der Professoren Dr. S und Dr. F).

Der Sachverständige Dr. N hat dazu mit Schreiben vom 13. Juli 2009 Stellung genommen. Der bisherige Zahnersatz sei insuffizient, weil sich im Röntgenbild ein totaler Abbau des Zahnhalteapparates gezeigt habe und die Prothese am Zahn 25 verankert gewesen sei, der den Lockerungsgrad III aufgewiesen habe. Vorgenommene Unterfütterungen hätten nur dazu gedient haben können, für einen kurzen Zeitraum den Prothesensitz zu verbessern. Er habe die Beweisfrage 2 beantwortet, indem er ausgeführt habe, eine subtotale Prothese mit einem Teleskop auf Zahn 28 wäre möglich gewesen. Ihm seien die wissenschaftlichen Empfehlungen der DGZMK bekannt. Der Kläger habe drei Implantate erhalten. Zusammen mit dem eigenen Zahn 28 weise der Oberkiefer derzeit die vier empfohlenen Verankerungselemente auf. Die Entfernung des Zahnes 28 wäre ein Kunstfehler. Aber selbst nach einem natürlichen Verlust des Zahnes läge keine Ausnahmeindikation vor. Er stimme seinen Kollegen hinsichtlich der Ursachen einer Kieferkammatrophy zu. Er habe sich dazu geäußert, warum diese speziell beim Kläger im Bereich 15 – 24 ein so starkes Ausmaß angenommen habe.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg. Die Klage ist abzuweisen. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Erstattung der ihm durch den Kieferaufbau und die Implantate entstandenen Kosten jedenfalls über den von der Beklagten kulanzhalber zugestandenen Betrag hinaus nicht zu:

Ein Anspruch folgt nicht aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), der einzig in Betracht kommenden Kostenerstattungsvorschrift. Danach sind von der Krankenkasse Kosten in entstandener Höhe für notwendige Leistungen zu erstatten, wenn diese eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für selbst beschaffte Leistungen Kosten entstanden sind. Der Kostenerstattungsanspruch reicht hierbei nicht weiter als der entsprechende Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 19. Oktober 2004 – [B 1 KR 27/02 R](#) – und vom 18. Mai 2004 – [B 1 KR 21/02 R](#) – [BSG 79, 125, 126](#)).

Hier scheitert ein solcher Anspruch bereits daran, dass ein entsprechender Leistungsanspruch nicht bestanden hat. Jedenfalls die konkret beim Kläger vorgenommene Implantatbehandlung einschließlich dieser notwendig vorangegangenen Knochentransplantation gehört nicht zum Leistungskatalog:

Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Behandlung von Krankheiten. Die Krankenbehandlung umfasst nach [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2, 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (in der jetzigen und früheren Fassungen des Gesetzes) die zahnärztliche Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.

Implantologische Leistungen gehören nach [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) hingegen nicht zur zahnärztlichen Behandlung, es sei denn, es liegen "seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt" ([§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#)). Ist eine der Indikationen gegeben, hat die Krankenkasse nach Maßgabe des [§ 55 SGB V](#) (Festzuschüsse) zu leisten. Ein Anspruch speziell aus [§ 30 SGB V](#) scheitert bereits daran, dass die Vorschrift mit Wirkung vom 1. Januar 2005 aufgehoben worden ist (Gesetz vom 14. November 2003 – [BGBl I 2190](#)).

In den zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) (in der Fassung vom 4.06.2003 und 24.09.2003 – in Kraft getreten am 1.01.2004) sind die Ausnahmeindikationen wie folgt festgelegt:

VII. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen

2. Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) liegen in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikation 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 Entzündung des Kiefers, - in Operationen infolge von großen Zysten (), - in Operationen infolge von Osteopathien (Erkrankung des Knochensystems), sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, [ab 18.06.2006:- in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers ()] - in Unfällen haben.

b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie (verminderter Speichelfluss), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

In den früheren -außer Kraft getretenen- Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vom 15. September 2000 hieß es auszugsweise:

"VI. Versorgung mit Suprakonstruktion (implantatgestützter Zahnersatz)

38. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen legt in Richtlinien gemäß [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) für Suprakonstruktionen Ausnahmefälle fest, in denen ein Anspruch der Versicherten gemäß [§ 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) besteht.

Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen gemäß [§ 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) liegen vor

a) bei zahnbegrenzten Einzelzahnلücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw. überkront sind sowie b) bei atrophierten zahnlosen Kiefer. 39. Der Anspruch bei zahnbegrenzten Einzelzahnلücken nach Nummer 38 a) auf die Versorgung mit Einzelzahnkronen und bei atrophiertem zahnlosen Kiefer nach Nummer 38 b) auf die Versorgung mit Totalprothesen als vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt. 40. Sämtliche Vorleistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehören nicht zur Suprakonstruktion im Sinne des [§ 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#). 41. Die Krankenkasse kann die vorgelegte Behandlungsplanung einem Gutachter zur Klärung der Frage zuleiten, ob ein unter Nummer 38 genannter Ausnahmefall vorliegt. Dabei gilt das zwischen der KSBV und den Spitzenverbänden der Krankenkasse vereinbarte Gutachterverfahren für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen entsprechend. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Bundesmantelverträge."

Hier scheitert ein Anspruch auf Implantate bereits daran, dass sie nicht erforderlich gewesen sind. Dies folgt zur Überzeugung des Senats aus den Ausführungen des Sachverständigen Dr. N.

Danach bestand beim Kläger gar nicht die zwingende Notwendigkeit für die Suprakonstruktion. Vielmehr wäre auch eine subtotale Prothese mit einem Teleskop auf dem Zahn 28 möglich gewesen. Es wäre also eine konventionelle Lösung im Sinne der Behandlungsrichtlinien möglich gewesen.

Bei Anwendung der alten Richtlinie scheiterte ein Anspruch auf eine Suprakonstruktion am noch vorhandenen Weisheitszahn 28.

Der Kläger greift die entsprechende Aussage des Sachverständigen nicht mit Substanz an. Er kann sich insbesondere nicht erfolgreich auf das Gutachten der Dr. Bbeziehen. Diese schreibt zwar in ihrem Gutachten vom 3. Oktober 2005, aus den erwähnten Gründen (hochgradige

Atrophie des Oberkieferbereiches; gute Bezahnung im Unterkiefer) sei es unbedingt erforderlich, den Oberkieferknochen aufzubauen und mit Implantaten zu stabilisieren. Warum die Alternative einer subtotalen Prothese nicht möglich sei, erklärt sie allerdings nicht.

Selbst wenn aber unterstellt wird, dass die Implantatversorgung zwingend geboten gewesen ist, bestand kein Anspruch auf die Implantatbehandlung:

Es liegt keine der Ausnahmeindikationen nach [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) in Verbindung mit dem Zahnbehandlungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vor. Die Kieferkammatrophy des Klägers hat ihre Ursache unstreitig nicht in Tumoroperationen, einer Entzündung, als Folgen einer Operation infolge von großen Zysten oder Osteopathien, einer angeborenen Fehlbildung oder eines Unfalles (Behandlungsrichtlinien VII, Nr. 1, Nr. 2 Satz 3 Buchstabe a – d).

Ob weitere Ausnahmen aus verfassungsrechtlichen Gründen erforderlich sein könnten, braucht hier nicht entschieden zu werden. Es kann im Falle des Klägers nicht von einem Systemversagen ausgegangen werden, weil ein im Gesetz vorausgesetzte Aktualisierung einer Richtlinie rechtswidrig unterblieben sein könnte: Die ungünstige Oberkiefersituation bei ihm stellt sich nicht als seltener Fall dar, der nach der gesetzlichen Vorschrift Anlass zu einer verfassungskonformen Ergänzung der Behandlungsrichtlinie sein könnte. Im Gegensatz zur Auffassung des SG kann nicht von einer unbeabsichtigten Regelungslücke ausgegangen werden und damit nicht von einer Ungleichbehandlung im Sinne des [Art. 3 Abs. 1 GG](#).

Die in den Richtlinien festgelegten Ausnahmeindikationen sind eng zu interpretieren und lassen eine Auslegung über den Wortlaut hinaus nicht zu. Bereits nach dem Wortlaut handelt es sich um enge Ausnahmefälle mit qualifizierten Anforderungen bei schwerwiegenden Kau- und Funktionsstörungen. Bereits in [§ 28 Abs. 2 SGB V](#) sind die Regel- und Ausnahmefälle vom Gesetzgeber festgeschrieben und deutlich gemacht worden unter welchen Voraussetzungen eine zahnimplantologische Behandlung Teil der vertragszahnärztlichen Behandlung ist (BSG, Urteil vom 19. Juni 2001 – [B 1 KR 4/00 R](#) –; Hessisches LSG, Urteil vom 2. Juli 2009 – [L 1 KR 197/07](#)). Es entspricht deshalb ständiger Rechtsprechung des BSG, dass der Anspruch auf implantologische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung durch [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) seit Januar 1997 regelmäßig auch in den Fällen ausgeschlossen ist, in denen dem Versicherten gerade etwa im Falle einer Kieferatrophy aus medizinischen Gründen anders als mit Implantaten nicht geholfen werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 3. September 2003 – [B 1 KR 9/02 R](#) – SozR 4 – 2500 § 28 Nr. 2 juris RdNr. 14 mit Bezug auf [BSGE 88, 166](#), 168 ff; BSG SozR 3 – 2500 § 28 Nr. 6 Seite 39 ff). Dieser Rechtsprechung schließt sich der hier erkennende Senat an: Der Gesetzgeber hat einen weiten Gestaltungsspielraum bei der Festlegung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung. Er hat einen sachlichen Grund für die Differenzierung in der im Vergleich zu konventionellen Versorgung anderen und teureren Implantat-Technik gesehen, die einerseits mit höherem Tragekomfort und verbesserter Kaufunktion einhergeht und die andererseits noch relativ neu ist, so dass Langzeitstudien über Haltbarkeit und Funktion erst Ende der 90er Jahre vorgelegt worden sind.

Auch wenn es sich bei Kieferkammatrophy, unter der der Kläger leidet, um eine Erkrankung handelt, hat diese jedenfalls kein Seltenheitswert. Dies folgt zur Überzeugung des Senats ebenfalls aus den in sich widerspruchsfreien Ausführungen des Sachverständigen Dr. N. Dass der Oberkiefer des Klägers fast zahnlos ist, ist Folge der Parodontitis. In welchem Umfang dieser ungünstige Befund durch den besser erhaltenen Unterkiefer und/oder eine jahrelange mutmaßlich nicht optimale Versorgung verstärkt wurde, ist nicht relevant.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung folgt für den Kläger –die Implantatbehandlung weiterhin als notwendig unterstellt– auch nicht aus seinen Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) und aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip. Vorrangiger Maßstab für die verfassungsrechtliche Prüfung ist dabei [§ 2 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Bundesverfassungsgericht, b. v. 06.12.2005 – [1 BvR 347/98](#)– [BVerfGE 115, 25](#) RdNr. 49 f). Das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit ist betroffen, weil der Gesetzgeber Personen der Pflichtversicherung in einem System der sozialen Sicherheit unterwirft. Der Schutzbereich wird berührt, wenn der Gesetzgeber durch die Anordnung von Zwangsmitgliedschaft und Beitragspflicht in einem öffentlich-rechtlichen Verband der Sozialversicherung die allgemeine Betätigungsfreiheit des Einzelnen durch Einschränkung der wirtschaftlichen Voraussetzungen nicht unerheblich einengt (Bezugnahme auf [BVerfGE 97, 271](#), 286). Speziell in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die allgemeine Handlungsfreiheit berührt, wenn die Freiheit zur Auswahl unter Arznei- und Hilfsmitteln, die den Versicherten als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden eingeschränkt wird (Bezugnahme auf [BVerfGE 106, 275](#), 304). Es bedarf einer besonderen Rechtfertigung vor [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip, wenn dem Versicherten Leistungen für die Behandlung einer Krankheit – und insbesondere einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen – durch gesetzliche Bestimmungen oder durch deren fachrechtliche Auslegung und Anwendung vorenthalten werden (BVerfGE 115, RdNr. 54). Auch [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) ist bei der Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechtes in Erfüllung der objektiv-rechtlichen Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des [Art. 1 Abs. 2 Satz 1 GG](#) zu stellen, mit zu beachten (BVerfG, a. a. O. RdNr. 56). Allerdings sind die Krankenkassen nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (BVerfG, Beschluss vom 28. Februar 2008 – [1 BvR 1778/05](#), RdNr. 4). Die gesetzliche Krankenversicherung muss dem Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalog ([§ 11 SGB V](#)) unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ([§ 12 SGB V](#)) zur Verfügung stellen, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), der vorsieht, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein haben, ist verfassungsgemäß (BVerfG, a. a. O.). Um eine lebensbedrohliche Erkrankung oder eine schwerwiegende in vorgenanntem Sinne geht es hier nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat darüber hinaus auch den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers betont, dem Versicherten über die Beitragspflicht hinaus in der Form von Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen zu beteiligen, jedenfalls, soweit dies dem Einzelnen finanziell zugemutet werden könne (BVerfG, a.a.O. mit Bezugnahme auf [BVerfGE 70, 1](#), 30). Speziell auf dem Leistungsgebiet des Zahnersatzes ist das Sachleistungsprinzip schon seit Jahren stark eingeschränkt. Schon seit Jahren musste ein Eigenanteil in Höhe von regelmäßig 50 % aufgebracht werden (vgl. die Darstellung in Kasseler Kommentar-Höfler § 55 RdNr. 5 f). Es gibt also auf diesem Gebiet bereits seit langem keinen vollen Versicherungsschutz. Dem einzelnen wird vielmehr zugemutet, für seine Zahngesundheit und –versorgung auch aus eigenen Mitteln zu sorgen. Dies musste auch dem Kläger bekannt sein. Die Vorschriften sind dabei als Einheit zu sehen: Der Gesetzgeber mutet den Versicherten zu, die Kosten teilweise selbst zu tragen bzw. für bestimmte Maßnahmen ganz. Seit Jahren bieten deshalb die privaten Krankenkassen Ergänzungstarife an, welche insbesondere Leistungen des Zahnersatzes abdecken. Diese ersetzen auch die Kosten von Implantaten.

Die Kostenentscheidung gem. [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entspricht dem Ergebnis in der Hauptsache unter Berücksichtigung des

Teilanerkenntnisses.

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

Aus

Login

BRB

Saved

2010-03-31