
S 9 KR 251/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 251/19
Datum	10.08.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 739/22
Datum	06.06.2023

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts X. vom 10.08.2022 geändert und die Klage abgewiesen.

Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Ä

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Kostenübernahme für eine Implantatversorgung im Oberkiefer.

Die 0000 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie leidet an einer sog. Amelogenesis imperfecta, Hypomineralisations-/Hypomaturationstyp. Hierbei handelt es sich um eine seltene

genetisch bedingte Erkrankung, bei der die Bildung des Zahnschmelzes (ÄuÄere Zahnhartsubstanz) beeinträchtigt ist. Dem folgend besteht ein erhöhtes Risiko der Kariesbildung der Milchzähne und der bleibenden Zähne, meist werden die Zähne restaurationsbedürftig, z.B. durch frühzeitige Äberkronungen. Bereits im Jahr 2016 war die KlÄgerin auf Grund des Verlustes der Zähne im Unterkiefer mit einer implantatgetragenen Prothese versorgt worden. Die Kosten hierfür hatte sie selbst getragen.

Am 04.10.2018 beantragte die KlÄgerin unter Vorlage eines Kostenvoranschlages der Praxisklinik Y. in X. vom 05.09.2018 die KostenÄbernahme für eine Implantatversorgung im Oberkiefer. Der Kostenvoranschlag sah Kosten i.H.v. 18.590,36 € vor. Sie legte ein Attest des Kinderzahnarztes V. (Z., P.) vom 18.09.2017 vor, wonach sie an einer Amelogenesis imperfecta leide. Danach sei sie dort bereits seit 1995 in Behandlung gewesen. Im Jahr 2009 sei sie bereits mit zahlreichen dauerhaften Zahnprothesen versorgt gewesen.

Die Beklagte teilte der KlÄgerin mit, dass sie ihre Unterlagen am 09.10.2018 an einen vertragszahnÄrztlichen Gutachter weitergeleitet habe. Am 07.11.2018 informierte sie die KlÄgerin Äberdies, dass eine abschließende Entscheidung innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von sechs Wochen nicht möglich sei, weil dem Gutachter noch keine Unterlagen vom behandelnden Zahnarzt vorlägen. Sie gehe jedoch davon aus, bis zum 21.12.2018 entscheiden zu können. Tatsächlich ging die Stellungnahme des Dr. Y. am 07.11.2018 bei der Beklagten ein.

Der Facharzt für Oralchirurgie O. erstattete am 14.11.2018 sein Gutachten. Danach bestehe bei der KlÄgerin eine nicht erhaltungswürdige Restbeziehung im Oberkiefer. Die Erkrankung der KlÄgerin habe zum Verlust der Zähne geführt. Eine Ausnahmeindikation läse dieses Krankheitsbild jedoch nicht aus. Geplant seien acht Implantate mit rein implantatgetragenen Brücken. Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate sei jedoch möglich.

Mit Bescheid vom 30.11.2018 lehnte die Beklagte eine Äbernahme der geplanten Implantatbehandlung und des implantatgestützten Zahnersatzes als Sachleistung ab. Unter Umständen bestehe jedoch ein Anspruch auf einen Festzuschuss für den Zahnersatz. Die KlÄgerin werde gebeten, einen entsprechenden Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes vorzulegen.

Hiergegen legte die KlÄgerin mit Schreiben vom 19.12.2018 Widerspruch ein. Sie benötige die beantragte Versorgung, um schlimmere Folgeschäden zu vermeiden. Zudem sei ihr noch junges Alter (30 Jahre) nicht berücksichtigt worden. Sie könne nicht die nächsten 50 Jahre auf ein Provisorium, wie es die derzeitige Brücke darstelle, verwiesen werden.

Die Beklagte bat daraufhin den bereits zuvor beauftragten Gutachter O. um weitere Stellungnahmen. Dieser Äbersandte zunächst die Antwort des Dr. Y. auf die Anfrage der Beklagten vom 09.10.2018. Darin teilte Dr. Y. mit, dass eine Ausnahmeindikation gemÄß [Ä§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) / Abschnitt B Nr. VII der

Behandlungsrichtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (im Folgenden: Behandlungsrichtlinie) nicht vorliege. Die Frage, ob die Möglichkeit einer konventionellen prothetischen Versorgung ohne Implantate bestehe, beantwortete er mit: „Muss versucht werden.“

Darüber hinaus führte O. aus, die vorgesehene implantatprothetische Therapie sei sicherlich eine sehr gute und geeignete Maßnahme, herausnehmbaren Zahnersatz in Form einer Vollprothese zu vermeiden. Über diese Leistungen würde eine funktionelle Belastung auf den Kiefer erfolgen und eine sonst zu erwartende Rückbildung könne verhindert werden. Die vorgesehenen Maßnahmen seien daher sinnvoll und anzuraten, jedoch sei eine Amelogenesis imperfecta nicht im Katalog der Ausnahmeindikationen aufgenommen worden, so dass eine Kostenübernahme nicht erfolgen könne.

Die Klägerin legte daraufhin eine Bescheinigung des Dr. Y. vom 30.03.2019 vor, wonach sie bereits als Kind an einer Amelogenesis imperfecta gelitten habe. Dadurch komme es zu vorzeitigem Zahnverlust im Kindesalter und Hypotrophie des Kieferkammknochens. Aus diesem Grund und unter Berücksichtigung des Alters der Patientin sei eine adäquate Versorgung mit festem Zahnersatz mittels Implantaten aus medizinischer Sicht zu empfehlen.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 23.05.2019 zurück. Implantologische Leistungen gehörten grundsätzlich nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürften von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, sofern nicht eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegte Ausnahmeindikation vorliege und eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei. Die bei der Klägerin vorliegende Zahnanomalie falle nach dem Ergebnis der Begutachtung jedoch nicht unter die Ausnahmeindikationen.

Am 17.06.2019 hat die Klägerin bei dem Sozialgericht Münster Klage erhoben. Die Behandlungsrichtlinie müsse zwar durchaus außerwirksames Recht setzen. Es bestehe aber dennoch ein Spielraum in der verbindlichen Leistungserbringerpflicht im Rahmen einer Ermessensausübung. Dieses Ermessen sei nicht fehlerfrei ausgeübt worden. Ihre Erkrankung sei unter die Ausnahmeindikation „generalisierte Nichtanlage von Zähnen“ zu subsumieren. Die Brücke, mit welcher sie im Oberkiefer versorgt sei, halte nicht an Zähnen (die nicht vorhanden seien), sondern an Wurzeln. Diese seien gelblich, weich, quasi wie Gummi. Das Zahnfleisch falle herunter, der Knochen befinde sich im Auflösungsprozess. Sie leide daher auch unter einem Kieferdefekt. Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate sei absolut unzumutbar und nur ein Flickwerk. Ihr Oberkiefer sei immer mehr in Mitleidenschaft gezogen. Die Nahrungsaufnahme sei zunehmend beschwerlich und die gesamtgesundheitliche Situation leide. Ihr Zahnarzt Dr. Y. habe zudem eine angeborene Fehlbildung des Kiefers bescheinigt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 30.11.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2019 zu verurteilen, ihr die für ihre Versorgung mit Implantaten und implantatgestütztem Zahnersatz in Höhe von 18.784,54 € entstandenen Kosten zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Ausführungen im Widerspruchsbescheid für zutreffend gehalten. Auch wenn bei der Klägerin auf Grund der vorliegenden Erkrankung eine Kieferatrophie vorgelegen habe, könne dadurch ein Anspruch nicht begründet werden. Denn sämtliche Formen von Kieferatrophien gehören nicht zu den vom G-BA festgelegten Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen. Diese Ausnahmeindikationen seien abschließend. Zudem komme eine Leistungspflicht für implantologische Leistungen nur in Betracht im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung.

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht eingeholt bei dem behandelnden Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und Fachzahnarzt für Oralchirurgie. Dieser hat ausgeführt, eine konventionelle Versorgung der Klägerin durch Teleskopprothese oder Totalprothese sei möglich. Die bei der Klägerin vorliegende Krankheit sei kein Bestandteil des Ausnahmeindikationskataloges.

Die Klägerin hat überdies ein Attest der Fachärztin für Allgemeinmedizin R. vorgelegt. Danach leide sie unter erheblichen Zahnproblemen mit zahlreichen Eingriffen und reaktiver psychischer Belastung. Durch die angestrebte Implantatversorgung könne die psychische Belastung der Klägerin reduziert und durch die Stabilisierung der Kiefermotorik eine chronisch-mandibuläre Dysfunktion behandelt werden. Dadurch würden Folgekosten durch anhaltendes Schmerzsyndrom, psychische Belastungsreaktionen und Krankheitsfehlzeiten reduziert.

Ergänzend hat die Klägerin vorgetragen, die begehrte implantologische Behandlung zwischenzeitlich durchgeführt zu haben. Auf Grund der Äußerungen des Dr. Y. gegenüber dem Gericht habe sie zu diesem allerdings kein Vertrauen mehr gehabt, so dass die Behandlung durch Herrn A. im Implantatzentrum X. erfolgt sei. Es seien etwa 19.000,00 € in Rechnung gestellt worden. Sie habe durch die jahrelangen erheblichen Schmerzen keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen können. Sie habe sich überwiegend von Brei ernährt und keine ausgewogene Ernährung einhalten können, so dass sie untergewichtig gewesen sei. Auch in ihrer Ausbildung als Erzieherin habe sie psychische Probleme gehabt, weil sie aus Scham nicht habe lachen oder sprechen können. Auf Grund der jahrelangen Ängste, dass beim Kauen fester Nahrung ein Zahn abbreche, habe sie auch heute noch Ängste beim Essen fester Nahrung.

Zum Nachweis hat die Klägerin den Heil- und Kostenplan des A. vom 13.03.2020

sowie die Rechnungen des A. vom 03.03.2021 und vom 19.06.2020 vorgelegt. Insgesamt sind danach Kosten i.H.v. 18.784,54 € entstanden.

Das Sozialgericht hat einen weiteren Befundbericht bei A. eingeholt. Dieser hat ausgeführt, es sei theoretisch eine Vollprothese im Oberkiefer möglich, aber funktionell sei eine adäquate Versorgung damit nicht möglich. Eine Ausnahmeindikation im Sinne der Behandlungsrichtlinie des G-BA habe nicht vorgelegen. Jedoch habe die Patientin auf Grund ihrer Erkrankung schuldlos die Zähne verloren. Es habe auch keine stabile und funktionale Versorgung der Kieferin vor der durchgeführten Behandlung vorgelegen. Die normale Kau- und Sprechfunktion sei deutlich eingeschränkt gewesen und die Patientin habe über nachvollziehbare Schmerzen geklagt. Eine konventionelle Versorgung mit einer Totalprothese hätte gravierende Folgen für die Kieferin auf Lebenszeit mit sich gebracht. Eine stabile Lagerung wäre nicht möglich und eine Kaufähigkeit für härtere Lebensmittel nicht zu erreichen gewesen. Zudem wäre es über die Jahre zu einer ausgeprägten Rückbildung des Kieferknochens gekommen, die langfristig zu einer völligen Prothesenunfähigkeit hätte führen können. Seiner Einschätzung nach handle es sich um einen besonders schweren Fall, der vergleichbar sei mit den in der Behandlungsrichtlinie des G-BA festgelegten Ausnahmeindikationen.

Die Kieferin hat schließlich noch ein Attest der psychologischen Psychotherapeutin M. vorgelegt. Die Kieferin habe auf Grund ihrer Erkrankung Ängste beim Essen und Selbstwertprobleme entwickelt. Sie habe nicht in Gesellschaft essen oder lachen können. Diese Erlebnisse sowie die Auseinandersetzung mit der Beklagten würden psychotherapeutisch aufgearbeitet. Eine Unterstützung der Kieferin in ihrer Leidensgeschichte sei wünschenswert.

Mit Urteil vom 10.08.2022 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Kieferin die entstandenen Kosten für ihre Versorgung mit Implantaten und implantatgestütztem Zahnersatz i.H.v. 18.784,54 € zu erstatten. Die Kieferin habe einen Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#). Die Behandlung der Kieferin sei auf Grundlage eines medizinischen Gesamtbehandlungskonzepts erfolgt. Bei der erfolgten Behandlung sei es keinesfalls nur um eine zahnärztliche Behandlung gegangen. Die Hausärztin und die Psychotherapeutin der Kieferin hätten vielmehr ebenfalls die Behandlungsnotwendigkeit der Kieferin auf Grund diverser, aus der Zahnproblematik resultierender Krankheitsbilder bejaht. Die abschließende Aufklärung der Ausnahmeindikationen in der Behandlungsrichtlinie des G-BA sei mit der gesetzlichen Ermächtigung in [§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) nur dann in Einklang zu bringen, wenn auch einzelne Fälle, die sich zwar nicht unter die explizit aufgeführten Fallgruppen subsumieren ließen, jedoch die gesetzliche Voraussetzung eines besonders schweren Falles erfüllten, bei gleichzeitig fehlender anderweitiger zahnärztlicher Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeit in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen würden. Ein solcher Fall liege hier vor. Die Kaufähigkeit der Kieferin sei seit Jahren trotz prothetischer Versorgung

aufgehoben, zudem leide sie unter ständigen Schmerzen, insbesondere beim Kauen fester Nahrung. Zu Beginn der Behandlung bei A. habe zudem eine sehr defizitäre Versorgung mit deutlicher Einschränkung der Kau- und Sprechfunktion vorgelegen. Die zwar grundsätzlich bestehende Anlage von Zähnen, welche aber eine derart schlechte Struktur und Qualität aufgewiesen hätten, dass von vornherein ein Erhalt der Zähne ohne prothetische Maßnahmen nicht möglich gewesen sei, komme nach Auffassung der Kammer einer generalisierten genetischen Nichtanlage von Zähnen gleich. Die Klägerin habe auch nicht anderweitig prothetisch versorgt werden können. Zwar hätten Dr. Y. und A. eine solche Versorgungsmöglichkeit grundsätzlich bejaht. Jedoch habe letzterer auch ausgeführt, dass eine Versorgung mit einer Vollprothese die weitere Rückbildung des Oberkiefers nicht verhindern könne, so dass angesichts des noch jungen Lebensalters der Klägerin mit hoher Wahrscheinlichkeit eine vollständige Prothesenunfähigkeit eingetreten wäre. Die Klägerin würde dann zwar die Voraussetzungen für eine Implantatversorgung erfüllen, gleichzeitig sei eine solche dann aber nicht mehr möglich, weil die Implantate zu diesem Zeitpunkt nicht mehr haltbringend in den atrophierten Kiefer gesetzt werden könnten. Die Klägerin würde dann der aufgehobenen Kaufkraft mit der Folge der künstlichen Ernährung anheimfallen. Zudem habe A. ausgeführt, dass die Versorgung mittels Vollprothese nicht geeignet gewesen wäre, eine vollständige Kaufkraft auch für festere Lebensmittel herzustellen. Die Wiederherstellung der Kaufkraft diene aber nicht nur dem Erhalt der körperlichen Unversehrtheit durch regelmäßige und schmerzfreie Nahrungsaufnahme, sondern im Fall der Klägerin auch der Sicherung des Erfolges der psychotherapeutischen Behandlung. Eine genügend kalorische und nährstoffreiche Ernährung hätte die Klägerin zudem allenfalls durch die Verordnung von Sondenkost erlangen können. Eine solche Versorgung wäre aber hinter dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz zurückgeblieben.

Gegen das der Beklagten am 30.09.2022 zugestellte Urteil hat diese am 20.10.2022 Berufung eingelegt. Implantologische Leistungen gehörten grundsätzlich nicht zur zahnärztlichen Behandlung. Eine Ausnahmeindikation nach der Behandlungsrichtlinie des G-BA habe bei der Klägerin nicht vorgelegen. Eine Vergleichbarkeit zu den bestehenden Ausnahmeindikationen werde rechtlich nicht gestützt. Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 16.08.2021 ([B 1 KR 8/21 R](#)) bestehe ein Anspruch nicht schon dann, wenn Implantate zahnmedizinisch geboten, also für die Wiederherstellung der Kaufkraft alternativlos seien.

In der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat am 06.06.2023 ist für die Beklagte niemand erschienen.

Schriftsätzlich beantragt die Beklagte sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 10.08.2022 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zur¹/₄ckzuweisen.

Die begehrte Zahnbehandlung sei f¹/₄r die medizinische Gesamtbehandlung geradezu existenziell gewesen. Sie habe an einer Unter- und Mangelern¹/₄hrung, an Schmerzen und einer daraus resultierenden psychischen Erkrankung gelitten. Eine Vergleichbarkeit zu den Ausnahmeindikationen in der Behandlungsrichtlinie des G-BA sei nicht nur rechtlich geboten, sondern in dieser Angelegenheit geradezu angezeigt. Inzwischen sei sie als stellvertretende Leiterin einer Kindertagesst¹/₄tte t¹/₄tig, sie habe an K¹/₄rpergewicht gewonnen, Schmerzen und sonstige Probleme h¹/₄tten nachgelassen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverst¹/₄ndigengutachtens bei dem Chefarzt der Klinik f¹/₄r Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikums L. in C., D., das dieser nach Aktenlage am 01.03.2023 erstattet hat. Der Sachverst¹/₄ndige kommt in ¹/₄bereinstimmung mit O. und den behandelnden ¹/₄rzten zu dem Ergebnis, dass eine Ausnahmeindikation im Sinne der Richtlinie des G-BA nicht vorliege. Zudem sei nach ¹/₄bereinstimmender Einsch¹/₄tzung eine Versorgung mit einer Totalprothese im Oberkiefer m¹/₄glich gewesen. Eine solche habe zwar grunds¹/₄tzlich nicht die funktionelle Wertigkeit wie implantatgetragene Behandlungsalternativen. Sie w¹/₄re aber dennoch ausreichend gewesen, um Kauf¹/₄higkeit grunds¹/₄tzlich herzustellen, die Kl¹/₄gerin phonetisch und ¹/₄sthetisch zu rehabilitieren und eine ad¹/₄quate kalorische n¹/₄hrstoffhaltige Ern¹/₄hrung sicherzustellen, wenn auch nicht f¹/₄r sehr harte Lebensmittel. Betreffend myofaszialer Schmerzen k¹/₄nnne f¹/₄r eine prothetische Versorgung die Unterlegenheit im Vergleich zu einer feststehenden Rehabilitation nicht grunds¹/₄tzlich angenommen werden. Zuzugestehen sei, dass selbst bei idealer Gestaltung einer Totalprothese eine fortschreitende Kieferatrophie von 0,2 mm pro Jahr angenommen werden k¹/₄nnne, was bei entsprechender Versorgung junger Menschen zwangs¹/₄ufig zur Prothesenunf¹/₄higkeit mit Eintritt einer absoluten Kieferatrophie im jahrzehntelangen Verlauf f¹/₄hre. Ebenso wenig k¹/₄nnne aber der jahrzehntelange Erfolg und Erhalt der durchgef¹/₄hrten implantatgetragenen Rehabilitation vorhergesagt werden. Bei Implantatverlusten auf Grund entz¹/₄ndlicher Komplikationen w¹/₄rde dann der durch das Implantat zun¹/₄chst in seiner H¹/₄he erhaltene Knochen in gr¹/₄erem Umfang ebenfalls verloren gehen, was gleichfalls zu hochgradig abgebauten (atrophierten) und dann noch zus¹/₄tzlich narbig ver¹/₄nderten Zust¹/₄nden f¹/₄hre. Dennoch sei in der Situation der Kl¹/₄gerin die implantatgetragene prothetische Versorgung die Therapie der Wahl und im jahrzehntelangen Verlauf sogar wirtschaftlich. Sie k¹/₄nnne aber nicht zu Lasten der GKV erfolgen. Bei der Kl¹/₄gerin sei eine ¹/₄bergeordnete medizinische Gesamtbehandlung nicht gegeben gewesen und k¹/₄nnne bei einer Amelogenesis imperfecta auch nicht gegeben sein. In der konkreten Konstellation der Kl¹/₄gerin mit allgemein¹/₄rztlichen und psychotherapeutischen Bescheinigungen ohne Mitteilung von Behandlungszeitr¹/₄umen, aber nachvollziehbaren subjektiven Beeintr¹/₄chtigungen und Zust¹/₄nden lasse sich die medizinische Behandlung allenfalls als nachgeordnet, keinesfalls aber als ¹/₄bergeordnet oder pr¹/₄gend einordnen. Die durchgef¹/₄hrte Behandlung sei auch unter Au¹/₄erachtlassung der weiteren Kriterien nicht wirtschaftlich gewesen. Es h¹/₄tte vielmehr eine implantatgetragene prothetische Rehabilitation mit einer Totalprothese stabilisiert

auf vier Implantaten erfolgen müssen.

Die Klägerin hat auch in Kenntnis des Gutachtens an ihrer Klage festgehalten. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, warum eine ambulante Untersuchung durch den Gutachter nicht stattgefunden habe.

D. hat daraufhin ergänzend Stellung genommen und ausgeführt, die Besserung des gesamtmedizinischen Zustandes der Klägerin sei sicherlich eingetreten, auch der Erfolg der Behandlung stehe außer Frage. Im Rahmen der fraglichen Kostenerstattung sei dies jedoch nicht relevant. Vielmehr fehle es im Fall der Klägerin schon an einer übergeordneten medizinischen Gesamtbehandlung. Selbst vor Aufnahme der fraglichen Behandlung wäre eine persönliche Untersuchung der Klägerin nicht angezeigt gewesen, weil eine Ausnahmeindikation nicht vorgelegen habe und eine konventionelle prothetische Versorgung möglich gewesen wäre. Zudem hätte der Behandlungsplan geändert werden müssen, weil er selbst bei einer angenommenen Ausnahmeindikation, übergeordneten medizinischen Gesamtbehandlung und fehlender konventioneller prothetischer Versorgungsmöglichkeit über das notwendige Maß hinausgegangen sei.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Der Inhalt dieser Akten ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg.

A. Die form- und fristgerecht i.S.d. [Â§ 151 SGG](#) eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet. Die Klage der Klägerin ist zwar zulässig, aber nicht begründet. Durch den von der Klägerin angefochtenen Bescheid der Beklagten vom 30.11.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2019 ist die Klägerin nicht beschwert i.S.d. [Â§ 54 Abs. 2 SGG](#). Denn der Bescheid ist rechtmäßig. Die Klägerin hat weder nach [Â§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V](#) (dazu unter I.) noch nach [Â§ 13 Abs. 3a SGB V](#) (dazu unter II.) einen Anspruch auf die von ihr begehrte Kostenerstattung für die bereits durchgeführte Implantatversorgung.

I. Nach [Â§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V](#) hat die Krankenkasse, sofern sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Dieser Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch (vgl. zuletzt nur BSG, Urteil vom 10.03.2022 – [B 1 KR 2/21 R](#) Rn. 8).

Ein solcher Sachleistungsanspruch der Klägerin bestand vorliegend jedoch nicht. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die Klägerin mit Zahnimplantaten zu

versorgen. [Â§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) bestimmt, dass implantologische Leistungen nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Dies gilt nur dann nicht, wenn seltene vom G-BA in Richtlinien nach [Â§ 92 Abs. 1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliegen, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Eine solche medizinische Gesamtbehandlung muss sich aus verschiedenen, nämlich aus human- und zahnmedizinisch notwendigen Bestandteilen zusammensetzen, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die Wiederherstellung der Kaufunktion im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüberhinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben. Der grundsätzliche Ausschluss implantologischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog mit den engen, sich aus [Â§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) ergebenden Ausnahmen verstößt nicht gegen Verfassungsrecht (st. Rspr. des BSG; vgl. nur BSG a.a.O. Rn. 9 m.w.N.).

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragsärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie; in der am 18.06.2006 in Kraft getretenen Fassung) sieht unter Abschnitt B VII 2 Satz 4 Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von [Â§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#) vor. Danach liegen besonders schwere Fälle vor

a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache

â in Tumoroperationen,

â in Entzündungen des Kiefers,

â in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große folliculäre Zysten oder Keratozysten),

â in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,

â in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder

â 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 (z. B. Spastiken).

Sind die Voraussetzungen dieser Ausnahmeindikationen erfüllt, besteht auch im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist (Abschnitt B VII 2 Satz 2 Behandlungsrichtlinie).

Sämtliche Voraussetzungen sind vorliegend jedoch nicht erfüllt.

1.) Anders, als es das Sozialgericht meint, fehlt es schon an einer medizinischen Gesamtbehandlung i.S.d. [§ 28 Abs. 2 S. 9 SGB V](#). Für eine solche reicht es nicht aus, wie bereits dargelegt nicht aus, dass mit der Wiederherstellung der Kaufunktion auch andere medizinische Zwecke erreicht werden (st.Rspr. des BSG, dazu grundlegend Urteil vom 07.05.2013 [B 1 KR 19/12 R](#), zuletzt bestätigt durch Beschluss vom 07.12.2022 [B 1 KR 48/22 BH](#)). Nachvollziehbar war die Klägerin vorliegend zwar auf Grund des Zustandes ihrer Zähne bei der Nahrungsaufnahme eingeschränkt. Es erscheint auch nachvollziehbar, dass die Klägerin psychisch unter ihrer Erkrankung litt, weil sie zum einen das Abbrechen weiterer Zähne befürchtete und zum anderen beim Lachen und Sprechen optische und phonetische Beeinträchtigungen vorlagen. Es steht jedoch keinesfalls fest, worauf der gerichtliche Sachverständige zutreffend hinweist, dass ein medizinisches Gesamtbehandlungskonzept vorlag, weil schon Behandlungsfrequenz und -zeitraum der hausärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung nicht nachgewiesen wurden. Überdies stand auch unter Berücksichtigung dieser Aspekte die Wiederherstellung der Kaufunktion eindeutig im Vordergrund. Die erforderliche medizinische Gesamtbehandlung muss sich aber aus verschiedenen, nämlich aus human- und zahnmedizinisch notwendigen Bestandteilen zusammensetzen, ohne sich in einem dieser Teile zu erschöpfen. Nicht die Wiederherstellung der Kaufunktion im Rahmen eines zahnärztlichen Gesamtkonzepts, sondern ein darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben. Das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Gesamtbehandlung schließt daher von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit hinausreicht (BSG, Beschluss vom 07.12.2022 [B 1 KR 48/22 BH](#)).

2.) Unstreitig lag auch keine der in der Behandlungsrichtlinie genannten Ausnahmeindikationen vor. Insbesondere lag keine generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen vor. Denn der zunächst vorhandene Zahnbestand der Klägerin ist erst auf Grund der bei ihr vorliegenden genetisch bedingten Erkrankung nach und nach dezimiert worden. Eine analoge Anwendung der genannten Ausnahmeindikation auf andere schwere Fälle kommt entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts aber nicht in Betracht. Das BSG weist in ständiger Rechtsprechung vielmehr darauf hin, dass die in der Behandlungsrichtlinie geregelten Ausnahmeindikationen abschließend sind und eine ergänzende Auslegung ausscheidet (vgl. nur BSG, Urteil vom 10.03.2022 [B 1 KR 48/22 BH](#)).

3.) Darüber hinaus war nach den Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen und auch nach Auffassung der behandelnden Ärzte bei der Klägerin eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich. Dass damit nicht eine optimale Versorgung erreicht hätte werden können, gesteht zwar auch D. zu. Allerdings wäre nach seinen überzeugenden Feststellungen eine Versorgung der Klägerin mit einer Totalprothese dergestalt möglich gewesen, dass die Kaufähigkeit grundsätzlich wiederhergestellt worden und die Klägerin phonetisch und ästhetisch rehabilitiert worden wäre. Eine adäquate kalorische und nährstoffhaltige Ernährung wäre so sichergestellt gewesen, wenn auch nicht für sehr harte Lebensmittel. Vor diesem gutachterlichen Ergebnis kann daher keinesfalls davon ausgegangen werden, dass die Klägerin früher oder später unweigerlich auf Sondennahrung angewiesen wäre, wie es das SG auf Grund eigener Einschätzung und ohne ärztliche Untermauerung angenommen hat.

4.) Schließlich war die konkret vorgenommene implantologische Versorgung der Klägerin auch nicht als wirtschaftlich anzusehen. Insofern hat der gerichtliche Sachverständige überzeugend ausgeführt, dass auf Grund der bestehenden Gegebenheiten bei unterstelltem Vorliegen aller sonstigen Voraussetzungen eine implantatgetragene prothetische Rehabilitation mit einer Totalprothese stabilisiert auf vier Implantaten (und nicht auf acht, wie vorliegend erfolgt) hätte erfolgen müssen.

5.) Ohne dass es vorliegend darauf ankommt, ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass ein Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung auch an dem Umstand scheitern würde, dass die von der Klägerin selbst beschaffte Leistung nicht der ursprünglich beantragten entsprach. Denn ursprünglich hatte die Klägerin ausweislich des Kostenvoranschlages des Dr. Y. Zahnimplantate in den Zahnregionen 17, 16, 14, 13, 23, 24, 26, 27 beantragt. Tatsächlich verschaffte sie sich jedoch Zahnimplantate in den Zahnregionen 16, 15, 13, 11, 21, 23, 25, 26. Unerheblich ist insoweit, dass die mit Implantaten versehenen Zahnregionen bei der beantragten und der tatsächlich erbrachten Implantatleistung teilweise identisch sind. Denn es ging darum, die implantologischen Voraussetzungen für eine spätere Versorgung mit einer festsitzenden Oberkiefer-Zahnprothese zu schaffen, nicht jedoch um eine jeweils isolierte Versorgung mit einzelnen Zahnimplantaten. Das beantragte Implantatkonzept stellt eine andere Leistung dar als das Implantatkonzept, nach dem sich die tatsächlich durchgeführte Versorgung richtete (vgl. hierzu insbesondere BSG, Urteil vom 16.08.2021 – [B 1 KR 8/21 R](#) Rn. 18 sowie Urteil vom 10.03.2022 – [B 1 KR 2/21 R](#) Rn. 16).

II. Die Klägerin kann schließlich ihren Anspruch auch nicht auf [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) stützen. Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine

gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeföhrt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion sind hier nicht erfüllt. Vorliegend hat die Beklagte nach Eingang des Antrags am 04.10.2018 zwar erst 30.11.2018 und damit erst nach Ablauf der Sechs-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3a S. 4 SGB V](#) entschieden. Allerdings trat die Verzögerung deshalb ein, weil der damals behandelnde Arzt der Klägerin, Dr. Y., die notwendigen Unterlagen nicht zeitnah an den beauftragten Gutachter O. übersandt hatte. Diese gingen erst am 07.11.2018 bei der Beklagten ein, von einem entsprechenden Eingang bei O. ist daher auszugehen. Die Beklagte ist aber ihrer Verpflichtung, die Klägerin rechtzeitig über eintretende Verzögerungen zu informieren, mit Schreiben vom 07.11.2018 nachgekommen. Nach Eingang des Gutachtens bei der Beklagten am 26.11.2018 hat diese mit Bescheid vom 30.11.2018 über den Antrag entschieden. Eine Genehmigungsfiktion ist daher nicht eingetreten.

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

C. Gründe für eine Zulassung der Revision i.S.d. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim

**Bundessozialgericht, Postfach 41 02 20, 34114
Kasseloder Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel**

einzu legen.

wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften und juristischen Personen müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten. Handelt es sich dabei um eine der vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen, muss diese durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Bevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshäufe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der [§§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz nicht und eine Verletzung des [§ 103](#) Sozialgerichtsgesetz nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch die oben genannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der

für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Beschwerde begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach [§ 65a Abs. 4 Nr. 2 SGG](#) zur Verfügung steht ([§ 65d SGG](#)).

Erstellt am: 28.11.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024