

L 24 KR 15/04

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 9 KR 27/02
Datum
12.02.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KR 15/04
Datum
22.02.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 12. Februar 2004 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Kostenerstattung in Höhe von 5.706,17 Euro (11.160,30 DM) für implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktion.

Die im ... 1955 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 03. Dezember 1998 gingen bei der Beklagten die für die Klägerin erstellten Heil- und Kostenpläne vom 28. Oktober 1998 der Zahnärzte Dres. U. und A. J. vom 28. Oktober 1998 über beabsichtigte implantologische Maßnahmen mit nachfolgender prothetischer Versorgung bei voraussichtlichen Kosten unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) von 4.271,56 DM bzw. 7.115,98 DM ein.

Mit Bescheid vom 11. Dezember 1998 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab, da die beantragten Leistungen nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung seien. Auch sei nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) eine Kostenbeteiligung durch die Krankenkasse ausdrücklich ausgeschlossen.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, sie habe als katholische Gemeindefürsprecherin sehr viel Umgang mit Menschen, so dass sie für ihre Berufsausübung auf eine zahntechnische Versorgung angewiesen sei. Bei ihr lägen schwere Kieferanomalien durch massiven Knochenschwund vor. Ein weiteres Abwarten hätte dazu geführt, dass nicht einmal eine Zahnprothetik ordnungsgemäß mehr möglich gewesen wäre.

Für die am 12. Januar 1999 durchgeführten implantologischen Maßnahmen liquidierten die Zahnärzte Dres. J. unter dem 14. Januar 1999 3.704,88 DM. Dieser Betrag setzte sich aus Behandlungskosten von 1.209,61 DM, Materialkosten von 2.114,71 DM und Kosten aus der Rechnung der Zahn + Technik R. Sch. GmbH vom 08. Dezember 1998 von 380,56 DM zusammen. Diesen Betrag zahlte die Klägerin nach dem vorgelegten Kontoauszug am 04. Februar 1999.

Am 08. bzw. 15. Februar 1999 gingen bei der Beklagten die weiteren Heil- und Kostenpläne der Zahnärzte Dres. J. vom 27. Januar 1999 über eine Unterfütterung bzw. prothetische Versorgung des Unterkiefers im Sinne einer Totalprothese bei voraussichtlichen Kosten von 218,56 DM bzw. 1.009,41 DM ein.

Mit Bescheid vom 16. Februar 1999 genehmigte die Beklagte diese Heil- und Kostenpläne unter Bewilligung eines Zuschusses. Da nunmehr eine vertragszahnärztliche Versorgung gewählt worden sei, werde davon ausgegangen, dass der Widerspruch hinfällig sei.

Auf der Grundlage der Heil- und Kostenpläne vom 27. Januar 1999 rechneten die Zahnärzte Dres. J. wie folgt ab:

1. Für die Unterfütterung des Unterkiefers: 221,02 DM, bestehend aus dem zahnärztlichen Honorar von 88,56 DM, Material- und Laborkosten von 117,86 DM (Rechnung des Dentallabors B. vom 27. Januar 1999) und 14,60 DM (Eigenbeleg Materialkostenersatz, Zahnersatz vom 27. Januar 1999). Nach Abzug eines Zuschusses der Krankenkasse in Höhe von 65 v. H. (143,66 DM) wurde der Versichertenanteil auf 77,36 DM beziffert (vgl. auch Eigenanteilsrechnung der Dres. J. vom 26. Februar 1999).

2. Für die prothetische Versorgung des Unterkiefers im Sinne einer Totalprothese:

1. Zunächst: 992,91 DM, bestehend aus dem zahnärztlichen Honorar von 459,41 DM, Material- und Laborkosten von 493,70 DM (Rechnung der R. & K. Dental-Labor GmbH vom 23. Februar 1999) und Zahnarztlabor und Praxismaterial von 39,80 DM (Eigenbeleg Materialkostensersatz Zahnersatz vom 17. Februar 1999). Nach Abzug eines Zuschusses der Krankenkasse in Höhe von 65 v.H. (645,39 DM) wurde der Versichertenanteil auf 347,52 DM (vgl. auch Eigenanteilsrechnung der Dres. J. vom 26. Februar 1999) beziffert.

2. Dann: 969,22 DM, bestehend aus dem zahnärztlichen Honorar von 459,41 DM, Material- und Laborkosten von 470,01 DM (Rechnung der R. & K. Dental-Labor GmbH vom 23. Februar 1999) und aus Zahnarztlabor und Praxismaterial von 39,80 DM. Nach Abzug eines Zuschusses der Krankenkasse in Höhe von 65 v. H. (bezeichnet mit 629,99 DM, tatsächlich jedoch von 646,58 DM, vgl. Schriftsatz der Beklagten vom 20. August 2004) wurde der Versichertenanteil auf 339,23 DM (vgl. auch die Eigenanteilsrechnung der Dres. J. vom 03. Mai 1999) beziffert.

Für die vom 16. April bis 07. Mai 1999 durchgeführten implantologischen Maßnahmen liquidierten die Zahnärzte Dres. J. unter dem 11. Mai 1999 6.491,71 DM. Dieser Betrag setzte sich aus Behandlungskosten von 2.173,71 DM, Materialkosten von 2.385,00 DM, Eigenlaborkosten von 53,50 DM und Fremdlaborkosten von 1.887,79 DM, abzüglich eines Guthabens von 8,29 DM zusammen. Diesen Betrag zahlte die Klägerin nach dem vorgelegten Kontoauszug am 07. Juli 1999.

Die Klägerin hielt jedoch ihren Widerspruch aufrecht, da die Beseitigung der schweren Kieferanomalie durch kieferchirurgische Behandlung Voraussetzung für die Totalprothese gewesen sei.

Nachdem die Beklagte über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die gutachterliche Stellungnahme des Fachzahnarztes V. vom 26. Juli 1999 eingeholt hatte, wonach der bei der Klägerin bestehende Sachverhalt eines hochgradig atrophierten Kieferknochens nicht als Ausnahmeindikation vorgesehen sei, gleichwohl eine Implantatversorgung befürwortet werde, wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 09. September 1999 zurück: Nach [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) gehörten implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur vertragszahnärztlichen Behandlung. Sie dürften von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden, es sei denn, es lägen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringe. Der bei der Klägerin vorhandene hochgradig atrophierte Unterkieferknochen rechne jedoch nicht zu diesen seltenen Ausnahmeindikationen.

Dagegen hat die Klägerin am 11. Oktober 1999 beim Sozialgericht Neuruppin Klage erhoben und vorgetragen:

Durch das Gutachten des Zahnarztes V. vom 26. Juli 1999 sei eindeutig festgestellt, dass eine schwere Kieferanomalie mit massivem Knochenschwund vorliege, die eine Sonderindikation nach [§ 28 Abs. 2 SGB V](#) rechtfertige. Im Zweifel müsse ein Obergutachten eingeholt werden. Die Richtlinien seien entgegen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht abschließend. Wenn aufgrund der Kieferverhältnisse keine ausreichende medizinische Versorgung möglich sei, bestehe im Wege einer verfassungskonformen Auslegung Anspruch auf die begehrte Leistung. Dies gelte jedenfalls nunmehr, nachdem die Richtlinien zwischenzeitlich geändert worden seien.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

den Bescheid vom 11. Dezember 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr verauslagte Kosten in Höhe von 17.325,91 DM (8.885,60 Euro) zuzüglich 4 v. H. Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte ist der Ansicht gewesen, dass die Klägerin aufgrund der fehlerhaften Befundeintragung in den Heil- und Kostenplänen vom 08. bzw. 15. Februar 1999 zu Unrecht Leistungen erhalten haben, da daraus nicht ersichtlich gewesen sei, dass die Zahnregionen 33, 31, 41 und 43 bereits implantatversorgt gewesen seien. Aus Vertrauensschutzgründen bleibe es jedoch bei dieser Zuschussleistung. Weitere Kosten seien jedoch nicht zu übernehmen. Durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 01. November 1996 habe der Gesetzgeber mit Wirkung ab 01. Januar 1997 bestimmt, dass implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehörten und von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden dürften. Seit 01. Juli 1997 werde - bei Beibehaltung der Ausschlussregelung im Übrigen - eine Implantatversorgung von der Krankenkasse als Sachleistung jedoch gewährt, wenn seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorlägen, in denen der implantatgestützte Zahnersatz Bestandteil einer medizinischen Gesamtversorgung sei. Seit 01. Januar 2000 schließe in weiteren vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festzulegenden Ausnahmefällen ein nach Maßgabe des [§ 30 SGB V](#) an eine Eigenbeteiligung geknüpfter Anspruch auf Gewährung der zur implantologischen Versorgung gehörenden Suprakonstruktion, der jedoch die notwendigen Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente nicht umfasse. Die letztgenannte Regelung finde vorliegend keine Anwendung, da es für den Kostenerstattungsanspruch auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der Behandlung im Jahre 1999 ankomme. Zu den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen am 24. Juli 1998 beschlossenen Ausnahmeindikationen gehöre der streitige Sachverhalt nicht. Das BSG habe mit Urteilen vom 19. Juni 2001 - [B 1 KR 4/00 R](#) und [B 1 KR 5/00 R](#) - bestätigt, dass die Nichteinbeziehung der Kieferatrophien in die Ausnahmeregelung des [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) kein Verfassungsrecht verletze. [§ 29 Abs. 1 SGB V](#) finde keine Anwendung, da es sich bei der Suprakonstruktion nicht um eine kieferorthopädische Behandlung handele.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte der Zahnärztin Dr. W. vom 17. Januar 2000 und der Zahnärzte Dres. J. vom 15. Januar 2000 eingeholt.

Mit Urteil vom 12. Februar 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Kostenerstattung könne nicht verlangt werden, da kein Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion bestehe. Die Kammer folge den Gründen des Widerspruchsbescheides. Die seit 01. Januar 2000 bestehende Rechtslage sei nicht maßgebend, da für den Kostenerstattungsanspruch auf die Sach- und Rechtslage zur Zeit der Behandlung abzustellen sei.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 17. März 2004 zugestellte Urteil richtet sich die am 13. April 2004 eingelegte Berufung der

Klägerin.

Nach ihrer Ansicht liegt eine Ausnahmeindikation vor. Die Richtlinien seien nicht abschließend. Das Urteil des BSG [B 1 KR 4/00 R](#) sei nicht beachtet worden. Die Beklagte habe zudem mit dem MDK-Gutachten einen Vertrauenstatbestand geschaffen. Diesem Gutachten nicht zu folgen, sei treuwidrig. Der nunmehr geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch setze sich aus der Rechnung vom 14. September 1999 über 3.704,88 DM, der Rechnung vom 11. Mai 1999 über 6.491,71 DM, der Rechnung Dental-Labor R. & K. vom 23. Februar 1999 über 470,01 DM sowie aus Fremdlaborleistungen in Höhe von 493,70 DM zusammen.

Die Klägerin hat verschiedene Rechnungen und Kontoauszüge vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 12. Februar 2004 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11. Dezember 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 1999 zu verurteilen, an die Klägerin 5.706,17 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Sie verweist darauf, dass die Klägerin offensichtlich Rechnungskopien mehrfach eingereicht hat. Sie hat Kopien der Abrechnungsunterlagen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vorgelegt.

Der Senat hat die Auskünfte der Zahnärzte Dres. J. vom 21. November 2004 und 21. Dezember 2004 nebst Liquidation vom 11. Mai 1999 eingeholt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (...) und der weiteren Gerichtsakte des Sozialgerichts Neuruppin S 9 KR 65/99, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 11. Dezember 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 1999 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung von 5.706,17 Euro. Hinsichtlich der sich aus den Rechnungen der R. & K. Dental-Labor GmbH vom 23. Februar 1999 ergebenden Beträgen von 470,01 DM bzw. 493,70 DM gilt dies deswegen, weil es sich zum einen um ein und dieselben Maßnahmen handelt, die zum anderen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung der Klägerin als Sachleistung unter Zahlung eines Eigenanteils erbracht wurden. Hinsichtlich des darüber hinausgehenden Betrages folgt dies daraus, dass implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktion keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung waren.

Die Klage ist zulässig. Insbesondere fehlt es nicht am vorangegangenen Verwaltungsverfahren bezüglich des geltend gemachten Anspruches auf Kostenerstattung.

Gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen einem Versicherten und seiner Krankenkasse über einen Leistungsanspruch sind grundsätzlich nur in zwei Konstellationen denkbar. Entweder klagt der Versicherte auf Gewährung einer noch ausstehenden Behandlung als Sachleistung oder er beschafft sich die Behandlung privat auf eigene Rechnung und verlangt von der Krankenkasse die Erstattung der Kosten (BSG, Urteil vom 09. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#), abgedruckt [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#)). Ausnahmsweise kann eine Kostenerstattung bei noch nicht durchgeführter Behandlung auch dann in Betracht kommen, wenn die begehrte Leistung nicht vom EBM erfasst wird (BSG, Urteil vom 03. April 2001 - [B 1 KR 40/00 R](#) abgedruckt in [SozR 3-2500 § 27 a Nr. 3](#)).

Die am 03. Dezember 1998 eingereichten Heil- und Kostenpläne der Dres. J. vom 28. Oktober 1998 können als Antrag auf kostenfreie Gewährung einer Sachleistung ausgelegt werden. Dem steht nicht entgegen, dass die dort vorgenommene Berechnung der voraussichtlichen Kosten nach der GOZ erfolgte. Aufgrund dessen kann zwar davon ausgegangen werden, dass den behandelnden Zahnärzten Dres. J. klar war, dass die Ausnahmeindikationen für die Gewährung von implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung bei der Klägerin nicht vorlagen. Sind die Voraussetzungen für eine Sachleistung jedoch nicht gegeben, kommen deswegen zugleich andere Ansprüche, nämlich auf Verpflichtung zur Übernahme von Kosten für eine beabsichtigte Behandlung, auf Freistellung von solchen Kosten bzw. auf Erstattung geleisteter Zahlungen nach durchgeführter Behandlung, grundsätzlich nicht in Betracht. Aus der Sicht des Versicherten macht somit ein darauf gerichteter Antrag bei der Krankenversicherung von vornherein keinen Sinn. Bei sachgerechter Auslegung kann das Begehren des Versicherten in den Fällen, in denen zweifelhaft sein kann, ob eine Maßnahme als Sachleistung gewährt werden kann, allein auf kostenfreie Gewährung einer solchen Sachleistung gerichtet sein. Die Beklagte hat den Antrag der Klägerin auch in diesem Sinne verstanden, denn im Bescheid vom 11. Dezember 1998 hat sie die Gewährung der implantologischen Maßnahmen mit der Begründung abgelehnt, es handle sich nicht um vertragszahnärztliche Leistungen. Mit Widerspruchsbescheid vom 09. September 1999 wies sie den Widerspruch, offensichtlich in Unkenntnis darüber, dass zwischenzeitlich die begehrten Maßnahmen bereits durchgeführt wurden, zurück. Der Antrag auf Verschaffung einer Sachleistung hatte sich jedoch nach erfolgter Behandlung erledigt ([§ 39 Abs. 2 SGB X](#)) und der dies ablehnende Widerspruchsbescheid vom 09. September 1999 ging damit ins Leere, so dass für die Fortführung eines darauf gerichteten Begehrens kein Rechtsschutzbedürfnis mehr bestand. Das klägerische Begehren kann daher nunmehr allein als auf Kostenerstattung gerichtet sein. Bei einem solchen Sachverhalt umfasst die ursprüngliche Ablehnung der Sachleistung zugleich auch die Ablehnung der Einstandspflicht für die Kosten, so dass es eines weiteren Verwaltungsverfahrens nicht bedarf (BSG, Urteil vom 15. April 1997 - [1 RK 4/96](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 14](#)).

Die demnach zulässige Klage ist jedoch vom Sozialgericht zu Recht als unbegründet abgewiesen worden.

Nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen der Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) nichts Abweichendes vorsehen. Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch oder das SGB IX vorsieht ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)).

Die hier allein in Betracht kommende Vorschrift des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Der Klägerin sind hinsichtlich der Rechnungen der R. & K. Dental-Labor GmbH vom 23. Februar 1999 über 470,01 DM bzw. 493,70 DM keine Kosten entstanden.

Zum einen handelt es sich um Rechnungen über ein und dieselben Maßnahmen. Dies ergibt sich bereits aus der Bezeichnung der einzelnen Maßnahmen. Die dort angegebenen Mengen sind identisch. Lediglich der Einzelpreis weist Unterschiede auf. Die Rechnung über den Betrag von 470,01 DM ist demnach tatsächlich die Berichtigung der Rechnung über den Betrag von 493,70 DM. Dies folgt auch aus der Eigenanteilsrechnung der Dres. J. vom 03. Mai 1999. Daraus geht hervor, dass in Anrechnung eines Guthabens von 347,52 DM (vgl. insoweit die Eigenanteilsrechnung dieser Zahnärzte vom 26. Februar 1999 mit u. a. einem Betrag von 493,70 DM für Laborrechnung Fremdlabor) bei einem dort ausgewiesenen Versichertenanteil von 339,23 DM (bei einem ausgewiesenen Betrag von 470,01 DM für Laborrechnung Fremdlabor), ein Guthaben von 8,29 DM verbleibt. Nach beiden Eigenanteilsrechnungen handelt es sich um Maßnahmen mit dem Eingliederungsdatum 25. Februar 1999. Bei der R. & K. Dental-Labor GmbH sind daher lediglich einmalig Kosten von 470,01 DM angefallen.

Zum anderen handelt es sich bei dem Betrag von 470,01 DM um Kosten, die im Rahmen der mit Bescheid vom 16. Februar 1999 bewilligten Sachleistung aufgrund der genehmigten Heil- und Kostenpläne vom 08. bzw. 15. Februar 1999 über eine Unterfütterung bzw. prothetische Versorgung des Unterkiefers im Sinne einer Totalprothese angefallen waren. Da der Klägerin insoweit eine Sachleistung gewährt wurde, können ihr notwendigerweise daraus keine eigenen Kosten entstanden sein. Der Betrag von 470,01 DM hat somit mit den am 12. Januar 1999 bzw. im Zeitraum vom 16. April bis 07. Mai 1999 durchgeführten implantologischen Leistungen einschließlich Suprakonstruktion nichts zu tun.

Der von der Klägerin im Hinblick auf diese Sachleistung auch bezüglich dieser Materialkosten von 470,01 DM zu tragende Eigenanteil (vgl. die Abrechnung des Heil- und Kostenplanes vom 27. Januar 1999 und die Eigenanteilsrechnung der Dres. J. vom 03. Mai 1999) folgt aus [§ 30 SGB V](#) in der ab 01. Januar 1999 geltenden Fassung aufgrund Art. 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 ([BGBl I 1998, 3853](#)).

Nach [§ 30 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Nach [§ 30 Abs. 2](#) Sätze 1, 3 und 5 [SGB V](#) gilt danach Folgendes: Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz nach [§ 30 Abs. 1 SGB V](#) einen Anteil von 50 v. H. der Kosten auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplans nach [§ 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) an den Vertragszahnarzt. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne mindert sich der Anteil um 10 Prozentpunkte. Der Anteil mindert sich um weitere 5 Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach [§ 30 Abs. 2 Satz 4 Nrn. 1 und 2 SGB V](#) ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben.

Daraus resultiert der in den Heil- und Kostenplänen der Dres. J. vom 27. Januar 1999 ausgewiesene und abgerechnete Zuschuss der Kasse (Kassenanteil) von 65 v. H.

Hinsichtlich des danach verbleibenden Betrages von 5.213,43 Euro (10.196,59 DM) als Summe der Beträge von 3.704,88 DM aus der Liquidation vom 14. Januar 1999 und von 6.491,71 DM aus der Liquidation vom 11. Mai 1999 kann die Klägerin deswegen keine Zahlung von der Beklagten verlangen, weil diese die begehrten implantologischen Maßnahmen einschließlich Suprakonstruktion nicht zu Unrecht ablehnte, denn sie gehörten nicht zur zahnärztlichen Versorgung. Dies gilt sowohl zum Zeitpunkt der Erteilung des Bescheides vom 11. Dezember 1998 als auch zum Zeitpunkt der durchgeführten Behandlung am 12. Januar 1999 und vom 16. April bis 07. Mai 1999. Für den Kostenerstattungsanspruch kommt es grundsätzlich auf die Sach- und Rechtslage zur Zeit der Behandlung an (vgl. Urteile des BSG vom 13. Juli 2004 - [B 1 KR 37/02 R](#), vom 19. Juni 2001 - [B 1 KR 27/00 R](#)). Eine Änderung der Rechtslage ist in dem genannten Gesamtzeitraum nicht eingetreten.

Nach [§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit ([§§ 27 bis 52 SGB V](#)).

Ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u. a. die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#)).

[§ 28 SGB V](#) in der hier ab 01. Juli 1997 anzuwendenden Fassung nach Maßgabe des Art. 17 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1997, 1520](#)) und nach Maßgabe des (hier nicht einschlägigen) zum 01. Januar 1999 in Kraft getretenen Art. 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 08. Mai 1998 ([BGBl I 1998, 907](#)) bestimmt: Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist ([§ 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert ([§ 28 Abs. 2](#) Sätze 7 und 8 bzw. Sätze 6 und 7 [SGB V](#)). Das gleiche gilt für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt ([§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#)).

Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2005-03-17