LSG München, Urteil v. 30.06.2026 – L 5 KR 324/22

Titel:

Zahnbehandlung – Versorgung mit Implantaten einschließlich Suprakonstruktion – besonders schwerer Fall – medizinische Gesamtbehandlung

Normenkette:

SGB V § 28

Leitsätze:

1. Auf das Erfordernis einer medizinischen Gesamtbehandlung kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn tatbestandlich eine der in der Behandlungsrichtlinie geannten Fallgruppen vorliegt.
2. Dies gilt auch für den vorliegenden Fall der nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich.
3. Werden die nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich durch eine langjährige Parkinsonerkrankung bzw. die zur Behandlung erfolgte Medikation verursacht, stellt dies ein Erschwernis dar, das bei der Prothesenversorgung zu berücksichtigen ist, aber nicht dazu führt, dass die Versorgung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erfolgt, wenn lediglich die Kaufähigkeit wiederhergestellt werden soll.

Schlagworte:

Behandlungsrichtlinie, Gesamtbehandlung, Implantat, Muskuläre Fehlfunktionen, Suprakonstruktion, Kostenerstattung, Implantatversorgung, Medizinische Gesamtbehandlung, Ausnahmeindikationen, Sachleistungsanspruch, Prothesenversorgung, Gutachterverfahren

Vorinstanz:

SG Landshut, Urteil vom 22.06.2022 – S 16 KR 124/20

Tenor

I. Das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 22.06.2022 wird aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 06.12.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.03.2020 wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

1
Streitig ist die Ablehnung einer zahnärztlichen Versorgung mit Implantaten einschließlich Suprakonstruktion bzw. nach inzwischen erfolgter Versorgung die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten.

2
Bei dem 1948 geborenen Kläger ist seit 2008 eine Parkinson-Erkrankung diagnostiziert. Im Mai 2019 wurde er im Ober- und Unterkiefer mit konventionellem Zahnersatz in Form zweier Teleskopprothesen versorgt.

3
Am 10.10.2019 beantragte der Kläger bei der Beklagten die zahnärztliche Versorgung mit einem Implantatsystem und einer Brücke. Beigefügt war ein Heil- und Kostenplan vom 27.09.2019 mit voraussichtlichen Gesamtkosten i.H.v. 12.946,05 € sowie ein Schreiben des Universitätsklinikums R vom 17.09.2019, wonach die vorhandene Prothese angesichts der Belastung durch unwillkürliche Zungenbewegungen aufgrund der Parkinson-Erkrankung keinen suffizienten Prothesenhalt biete und bei diesem besonders schweren Fall als Versorgung nicht ausreichend sei. Aus diesem Grund sei eine normale Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich, wodurch der Kläger an Gewicht verloren habe. Beigefügt war ein Attest des Neurologen des Klägers, wonach die medikamentöse Einstellung sehr schwierig sei. Es sei in den letzten Jahren zu Dyskinesien gekommen, wodurch der Kläger massiv an Gewicht verloren habe (von

101 kg auf 63 kg). Die Gewichtsabnahme sei hauptsächlich durch die Dyskinesien, bedingt durch die Parkinson-Krankheit, aufgetreten.

4
Der Kläger wurde mit Schreiben vom 16.10.2019 darüber informiert, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK, ab 01.07.2021: MD) konsultiert werde und eine Begutachtung erforderlich sei, weswegen sich der Gutachter bei ihm melden werde, mit weiterem Schreiben vom 23.10.2019 darüber, dass die Frist von fünf Wochen nicht eingehalten werden könne und bis 13.12.2019 eine Entscheidung ergehen werde.

5
Nach ambulanter Untersuchung des Klägers kam der MDK am 25.11.2019 zu dem Ergebnis, dass der Unterkiefer mit einer konventionellen prothetischen Versorgung grundsätzlich versorgt und auch belastet werden könne. Es liege aktuell ein Mangel der erst im Mai dieses Jahres eingegliederten Unterkieferversorgung vor. Im Rahmen der Untersuchung habe der Kläger mitgeteilt, dass die Unterkieferprothese von Anfang an nicht gepasst und auch nicht gehalten habe. Sie sei von Anfang an locker und eine Nahrungsaufnahme nicht möglich gewesen. Die Prothese habe sich beim Sprechen bzw. beim Essen gelöst. Am Tag der Untersuchung habe festgestellt werden können, dass die Unterkieferprothese mit weichem Unterfütterungsmaterial beschickt worden sei. Zu diesem Zeitpunkt waren im Ober- und im Unterkiefer noch jeweils drei Zähne vorhanden.

6
Daraufhin lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 06.12.2019 ab. Es liege kein medizinisch besonders schwerwiegender Fall vor.

7
Hiergegen legte der Kläger form- und fristgerecht Widerspruch ein. Im Rahmen einer erneuten Stellungnahme führte der MDK aus, dass der Kläger seit zehn Jahren die Diagnose Parkinson habe und medikamentös richtig eingestellt sei. Bei der Untersuchung am 25.11.2019 habe keine Fehlfunktion der Zungenmuskulatur festgestellt werden können. Der Kläger sei ganz ruhig gewesen. Aus diesem Grund könne keine Ausnahmeindikation bestätigt werden. Der Patient sei mit herkömmlichem Zahnersatz versorgbar. Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 25.03.2020 zurück. Bei der persönlichen Begutachtung am 25.11.2019 habe der Gutachter keine Fehlfunktion der Zungenmuskulatur feststellen können. Die im Antrag vorgebrachte Ausnahmeindikation könne somit nicht bestätigt werden. Es verbleibe deshalb bei dem grundsätzlichen gesetzlichen Ausschluss einer Versorgung mit einem Implantatsystem.

8
Am 27.04.2020 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Landshut (SG) erheben lassen. Eine Versorgung mit Implantaten sei u.a. möglich bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich. Da durch die unwillkürlichen und von ihm nicht steuerbaren Bewegungen der Zunge aufgrund der Parkinson-Erkrankung beim Kläger die Prothese immer wieder gelockert werde, halte die Prothese im Unterkiefer nicht und es liege eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion vor.

9
Das Gericht hat zunächst ein neurologisches Sachverständigengutachten bei S eingeholt. Nach persönlicher Untersuchung ist der Sachverständige mit Gutachten vom 03.12.2020 zu dem Ergebnis gekommen, dass sich beim Kläger die typische Langzeit-Komplikation der Parkinson-Medikation zeige. Es komme bei Anfluten des Medikaments zu Peak-ofdose-Dyskinesien (also Dyskinesien beim maximalen Medikamentenspiegel) als auch zu endof-dose-Akinesien (also zu Bewegungsstarre beim Erreichen des Talspiegels der Medikation). Es bestehe eine therapeutische Situation, die jeweils immer wieder begrenzt angepasst werden könne, aber nicht grundsätzlich verbesserbar sei. Im Rahmen der Dyskinesien der orofaszialen Muskulatur komme es zu hin- und herschiebenden Zungen- bzw. Mundbewegungen bei auch eingeschränkter Mundöffnung. Diese würden täglich auftreten, teils über einen Zeitraum von 15-120 Minuten, seien also zeitlich vom quantitativen her durchaus relevant. Diese Dyskinesien seien automatisiert, also willentlich nicht beeinflussbar. Es sei insofern gut nachvollziehbar, dass eine nur mit Haftmittel befestigte Unterkieferprothese ohne sonstige Fixationspunkte durch die doch recht kräftige Zungenmuskulatur weggeschoben werde und die Nahrungsaufnahme störe bzw. erschwere. Von

neurologischer Seite sei nachvollziehbar zu begründen, dass die Ausnahmeindikation für die Versorgung mit einer Suprakonstruktion bestehe, nämlich, weil nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich in Form von extrapyramidalmotorischen Zungen-Mund-Dyskinesien vorlägen. Aktuell seien diese bei der Untersuchung in einer eher schlechteren Bewegungsphase nicht zu sehen gewesen. Sie seien allerdings glaubhaft geschildert worden und würden vom behandelnden Neurologen sowie von der Dyskinesie-Kokmplexbehandlung durchführenden Klinik erwähnt und beschrieben. Im Übrigen seien Dyskinesien bei der langjährigen Medikamententherapie letztlich zu erwarten. Die Tatsache, dass die Dyskinesien nur phasenweise vorhanden seien und nicht ständig, sei krankheitsinnewohnend. Zudem seien die Dyskinesien nicht medikamentös behandelbar. Mit ergänzender Stellungnahme vom 23.04.2021 hat S ergänzt, dass die Dystonien über den Tag verteilt regelmäßig aufträten, weswegen es nach allgemeinen Erfahrungswerten keinen Sinn mache, eine Alternativversorgung durchzuführen, die letztlich keinen Bestand habe.

10
In einer von der Beklagten eingeholten Stellungnahme vom 05.03.2021 hat der MDK (T) die Auffassung vertreten, dass eine neurologische Begutachtung alleine nicht die Frage beantworten könne, ob ein implantatgestützter Zahnersatz Probleme bei der Nahrungsaufnahme beseitigen könne. Vor allem aber könne aufgrund eines neurologischen Gutachtens nicht festgestellt werden, ob nicht eine konventionelle Versorgung ohne Implantate möglich wäre.

11
Anschließend ist ein zahnärztliches Gutachten bei D eingeholt worden. Der Sachverständige hat mit Gutachten vom 28.09.2021 zunächst die beschriebenen, nicht steuerbaren Bewegungen der Zunge des Unterkiefers und der perioralen Weichteile (Dyskinesien) bestätigt. Allerdings liege auch eine hochgradige Atrophie des Unterkieferkammes vor, die mit großer Wahrscheinlichkeit auch für medizinisch gesunde Menschen keinen optimalen Prothesensitz gewährleisten würde. Insbesondere im Seitenzahnbereich links als auch rechts seien die Übergänge des Mundvorhofs in den Mundbogen fließend. Die Prothese im Unterkiefer habe, sobald der Kläger den Mund öffne, keinen Halt. Dies liege vor allem daran, dass wegen des de facto nicht vorhandenen Kieferkammes im Unterkiefer bei Bewegung der Weichteile der Mundhöhle, z.B. beim weiten Herausstrecken der Zunge, die Prothese ihren Halt verliere. Außerdem liege beim Kläger ein erhöhter Speichelfluss vor, der für Patienten mit Parkinson-Syndrom ein typisches Symptom darstelle. Die Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen sei aufgrund der willentlich nicht beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen vollumfänglich gegeben.

12
Demgegenüber hat die Beklagte unter Berufung auf eine weitere Stellungnahme des MD vom 26.10.2021 ausgeführt, dass die Versorgung mit Implantaten und Implantat getragenem Zahnersatz vorliegend nicht im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht werde. Die im Gutachten vorgebrachte Kieferkammatrophie stelle keine seltene Ausnahmeindikation dar. Der Zahnersatz sei mängelbehaftet. Die Prothese sei weichbleibend unterfüttert. Die Funktionsränder der Prothese seien aus diesem Grund nicht ausgeformt, die Prothese damit nicht funktionstüchtig. Es bestehe kein Leistungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenkasse.

13
Im Erörterungstermin vom 22.05.2022 hat das SG eine gütliche Einigung angeregt. Der Vorschlag der Klägerseite, sich auf 75% der Behandlungskosten und außergerichtlichen Kosten zu einigen, ist von der Beklagten nicht angenommen worden. Anschließend ist die Frage erörtert worden, ob eine Genehmigungsfiktion eingetreten sei.

14
Mit Urteil vom 22.06.2022 hat das SG den Bescheid vom 06.12.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.03.2020 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger die beantragte Versorgung mit Implantaten einschließlich Suprakonstruktion für den Unterkiefer zu gewähren. Die vorliegend im Streit stehenden implantologischen Leistungen seien zwar gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V grundsätzlich von der zahnärztlichen Behandlung ausgeschlossen. Versicherte hätten danach aber gleichwohl in seltenen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V festzulegenden, Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle Anspruch auf implantologische Leistungen, wenn sie einschließlich der Suprakonstruktionen im Rahmen einer medizinischen

Gesamtbehandlung als Sachleistungen zu erbringen seien. Hier liege eine Ausnahmeindikation gemäß Punkt VII.2.c) der Richtlinie des G-BA für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) aufgrund der nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich vor. Dies sei in beiden vom Gericht eingeholten Sachverständigengutachten festgestellt bzw. als glaubhaft beurteilt und seitens der Beklagten zuletzt auch nicht mehr bestritten worden. Demnach komme es beim Kläger im Rahmen der Dyskinesien der orofaszialen Muskulatur zu hin- und herschiebenden Zungen- bzw. Mundbewegungen. Die Tatsache, dass diese muskulären Fehlfunktionen nicht unmittelbare Folge einer angeborenen bzw. erworbenen Krankheit oder Behinderung seien, sondern (nur) Folge der langjährigen Behandlung des Klägers mit Parkinson-Medikamenten, stehe der Einstufung als besonders schwerer Fall nicht entgegen. Nach Sinn und Zweck der Regelung werde auf die muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich gerade deswegen abgestellt, weil aufgrund dieser Beeinträchtigung regelmäßig eine konventionelle hypothetische Versorgung keinen ausreichenden Halt finde und insoweit nicht möglich sein werde. Die Ursache könne vor diesem Hintergrund keine Rolle spielen. Auch liege eine medizinische Gesamtbehandlung im Sinne des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V und der Behandlungsrichtlinie vor. Die Mehrheit der vom G-BA festgelegten Ausnahmeindikationen sei bereits inzident durch das Erfordernis einer medizinischen Gesamtbehandlung definiert. Gleichwohl handle es sich bei der Gesamtbehandlung um eine eigenständig zu prüfende Tatbestandsvoraussetzung (vgl. BSG, Urteil vom 04.03.2014 – B 1 KR 6/13 R –). Unabhängig davon, welche Reichweite der Fallgruppe der muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich im Hinblick auf die vom Gesetz zwingend geforderte Gesamtbehandlung zukomme (offen gelassen von BSG, Urteil vom 16.08.2021 – B 1 KR 8/21 R, juris Rn. 16), sei vorliegend jedenfalls eine medizinische Gesamtbehandlung im Sinne der oben genannten Grundsätze gegeben. Das medizinische Gesamtziel bestehe hier in erster Linie in der Behandlung der Parkinson-Erkrankung des Klägers, was den Einsatz von Medikamenten erforderlich mache, die vom Kläger seit Jahren eingenommen würden und in der Folge zu den willentlich nicht beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mundbereich führten. Die Wiederherstellung der Kaufunktion sei lediglich eine zahnmedizinisch notwendige Folge und ein erforderlicher Bestandteil der human- und zahnmedizinischen Gesamtbehandlung. Sie gebe der medizinischen Behandlung des Klägers nicht ihr Gepräge und stehe gerade nicht im Vordergrund. Die Versorgung mit Implantaten einschließlich Suprakonstruktion dürfe insoweit nicht isoliert und getrennt von der Parkinson-Erkrankung betrachtet werden. Dies würde der Eigenart der gesundheitlichen Situation und der Beeinträchtigung des Klägers nicht gerecht. Eine konventionelle zahnprothetische Versorgung des Klägers ohne Implantate sei nach dem überzeugenden zahnärztlichen Gutachten nicht möglich. Die Prothese im Unterkiefer habe, sobald der Kläger den Mund öffne, keinen Halt, was vor allem daran liege, dass wegen des de facto nicht vorhandenen Kieferkammes im Unterkiefer bei Bewegung der Weichteile der Mundhöhle, z.B. beim weiten Herausstrecken der Zunge, die Prothese ihren Halt verliere. Beim Kläger liege ein erhöhter Speichelfluss vor, der für Patienten mit Parkinson-Syndrom ein typisches Symptom darstelle. Die Ausführungen in den Gutachten seien überzeugend und würden durch die Angaben des Klägers bestätigt, der ausgeführt habe, dass vom behandelnden Zahnarzt bereits in der Vergangenheit ohne Erfolg versucht worden sei, die Prothese anzupassen und einen besseren Halt zu gewährleisten. In den Stellungnahmen des MDK sei nicht konkret aufgezeigt worden, auf welche Weise eine Anpassung der vorhandenen Unterkieferprothese erfolgen könne, um einen sicheren Halt zu gewährleisten. Anhaltspunkte dafür, dass die begehrte Versorgung mit Implantaten samt Suprakonstruktion den medizinisch erforderlichen Umfang überschreiten würde oder nicht zweckmäßig wäre, bestünden nicht. Dies sei seitens der Beklagten auch nicht vorgetragen worden. Eine Überversorgung sei nicht ersichtlich.

15
Am 01.08.2022 hat die Beklagte Berufung zum Landessozialgericht eingelegt. Das Urteil missachte die Maßstäbe des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V i.V.m. der Behandlungsrichtlinie sowie die hierzu ergangenen Entscheidungen des Bundessozialgerichts (z.B. Urteil vom 16.08.2021, B 1 KR 8/21 R m.w.N.). Ein Ausnahmefall (BT-Drucks. 13/7264, Seite 59) liege nicht vor. Auch bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen bestehe ein Anspruch auf Implantate zur Abstützung von Zahnersatz als Sachleistung nach Punkt VII Nr. 2 Satz 2 aber nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei. Danach liege beim Kläger keine Ausnahmeindikation vor.

* Unstrittig sei, dass der Kläger seit 2008 an Parkinson erkrankt sei und im Rahmen dieser Behandlung Medikamente einnehme, welche grundsätzlich geeignet seien, Dyskinesien hervorzurufen. Nachdem der zahnärztliche Gutachter D während der Untersuchung die unwillkürlichen, nicht steuerbaren Bewegungen

der Zunge und der perioralen Weichteile selbst festgestellt habe, werde dies seitens der Beklagten nicht mehr bestritten, obwohl die vorgelegten Bilder (Collage 2) dies nicht überzeugend dokumentierten.

* Allerdings bejahe das Sozialgericht zu Unrecht eine medizinische Gesamtbehandlung, obwohl die Sachverständigengutachten zum Vorliegen dieser Tatbestandsvoraussetzung schwiegen. Die Feststellung des Sozialgerichts, dass die Wiederherstellung der Kaufunktion der Behandlung der Parkinsonerkrankung des Klägers diene, entbehre jeglicher medizinischen und rechtlichen Grundlage. Kerngedanke der Regelung in § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V iVm. Behandlungsrichtlinie Zahnärzte sei, dass Versicherte, die im Gesichtsbereich humanmedizinischen (vornehmlich rekonstruktiven) Behandlungsbedarf hätten, in besonders schweren Fällen zusätzlich auch Anspruch auf implantologische Leistungen haben sollten. Dabei gehe es ausweislich der Gesetzesmaterialien um größere Defekte des Gesichts oder des Kiefers infolge Krankheit oder Unfall (BT-Drucks 13/7264 S. 59 zu § 28 SGB V) oder die angeborene Fehlbildung von Gesicht und Kiefer bei gleichzeitiger genetischer Nichtanlage von Zähnen. In allen diesen Fällen stehe nicht die (Wieder-)Herstellung der Kaufunktion im Vordergrund der Gesamtbehandlung und die Implantatversorgung sei Teil der Rekonstruktion eines bestehenden, besonders schweren Defekts, der sich deutlich von bloßer Zahnlosigkeit oder einem Lücken- oder Restgebiss unterscheide (vgl. BSG, Urteil vom 16.08.2021 – B 1 KR 8/21 R –). Bereits im Antrag vom 17.09.2019 werde die Wiederherstellung der Kaufunktion durch die behandelnden MKG-Chirurgen hervorgehoben. Vorliegend erfordere die Parkinson-Erkrankung zwar eine medikamentöse Behandlung, die das Entstehen von Dyskinesien fördere, die ihrerseits den Halt von Zahnersatz im zahnlosen Kiefer, wie er beim Kläger vorliege, verschlechterten. Die vom Sozialgericht als medizinisches Gesamtziel definierte Behandlung der Parkinson-Erkrankung werde aber nicht durch die Wiederherstellung der Kaufunktion erreicht und sei auch kein erforderlicher Bestandteil der human- und zahnmedizinischen Gesamtbehandlung. Weder werde die Wirkung der Medikamente hierdurch verändert oder unterstützt noch könne der beantragte Zahnersatz die Erkrankung heilen oder lindern. Damit rücke die zahnmedizinische Behandlung nicht nur in den Hintergrund, sondern habe nichts mit einer medizinischen Gesamtbehandlung zu tun. Folglich müsse die streitige Versorgung losgelöst von der Parkinson-Erkrankung betrachtet werden. Da sich der Kläger nach den Angaben des Gutachters D in einem guten Ernährungszustand befinde, bestehe auch nicht die Gefahr, dass dem Kläger ohne die beantragte Versorgung eine Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich sei. Schließlich könne durch die Dyskinesien die Zerkleinerung von Nahrung auch bei vorhandener Bezahnung oder intaktem Zahnersatz unmöglich sein, weswegen feste Nahrung püriert werden und die Nahrungsaufnahme unabhängig von der vorhandenen Bezahnung auf „ruhigere“ Zeiträume gelegt werden müsse.

* Dass eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei, liege vorliegend auch nicht an der Parkinson-Erkrankung bzw. den Dyskinesien, sondern an dem atrophierten Kiefer, welcher auch bei einen „gesunden“ Menschen keinen Halt für eine Totalprothese aufweise. Nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteile vom 19.06.2001 – B 1 KR 4/00 R und B 1 KR 23/00 –) liege bei der allmählichen Rückbildung des zahnlosen Kieferknochens im Sinne einer Atrophie aber gerade keine Ausnahmeindikation vor. Die Nichtberücksichtigung der Atrophiefälle in der Behandlungsrichtlinie stehe mit der Ermächtigung in § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V in Einklang. Da der Anspruch danach auf seltene Ausnahmeindikationen beschränkt bleiben solle, könne er im Übrigen nicht schon in all denjenigen Fällen bestehen, in denen Implantate medizinisch geboten seien; vielmehr müssten weitere Umstände hinzukommen, die eine außergewöhnliche Situation begründen. Das sei bei Kieferatrophien schon deshalb nicht der Fall, weil sie bei jedem größeren Zahnverlust aufträten, also in der Praxis außerordentlich häufig seien. Für die einschränkende Auslegung sprächen neben dem Wortlaut die in der Gesetzesbegründung herangezogenen Fallbeispiele (Tumoroperationen bzw. Schädel- und Gesichtstraumata) sowie die Begründung für die spätere Erweiterung des Leistungskatalogs bei Zahnersatz um den Anspruch auf implantatgestützte Suprakonstruktionen in § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V, für die gerade das Beispiel des atrophierten zahnlosen Kiefers ins Feld geführt worden sei (BT-Drucks 14/1245 S. 65). Dazu hätte kein Anlass bestanden, wenn diese Indikation von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V aus Sicht des Gesetzgebers bereits erfasst worden wäre.

16
Der Kläger ist diesen Ausführungen mit Schriftsatz vom 09.11.2022 entgegengetreten und hat darauf hingewiesen, dass das Vorliegen von willentlich nicht beeinflussbaren Fehlfunktionen von der Beklagten nicht mehr bestritten werde. Nach Punkt VII Nr. 2 Satz 2 der Behandlungsrichtlinie bestehe bei Vorliegen eines besonders schweren Falls ein Anspruch auf Implantate, wenn eine konventionelle prothetische

Versorgung ohne Implantate nicht möglich sei. Auch diese Voraussetzung sei beim Kläger schon wegen der „nicht willentlich beeinflussbaren muskuläre Fehlfunktionen“ erfüllt, was von den Gutachtern und vom behandelnden Zahnarzt bestätigt werde. Deswegen komme es nicht darauf an, ob beim Kläger zusätzlich (auch) eine Atrophie vorliege und ob auch diese möglicherweise für einen nicht optimalen Sitz einer konventionellen Prothese führe. Beim Kläger würde die Prothese aufgrund der muskulären Fehlfunktionen auch dann nicht halten, wenn keine Atrophie vorliegen würde, da durch die starken Zungenbewegungen die Prothese immer gelockert würde, und zwar nicht nur beim weiten Herausstrecken der Zunge, sondern ständig. Die Formulierung der Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle impliziere, dass in den vom Bundesausschuss festgelegten besonders schweren Fällen davon ausgegangen werde, dass eine medizinische Gesamtbehandlung vorliege. So habe auch das BSG in seiner Entscheidung vom 16.08.2021 (a.a.O., Rn. 13) ausgeführt: „Bei den vom Gesetz als besonders schwer eingestuften Fällen reicht das Behandlungsziel, wie auch die in der Gesetzesbegründung angeführten Beispiele zeigen …, über eine reine Versorgung mit Zahnersatz hinaus.“ Dies bedeute, dass in den in der Behandlungsrichtlinie genannten besonders schweren Fällen nicht zusätzlich geprüft werden müsse, ob eine medizinische Gesamtbehandlung vorliege. In den vom BSG entschiedenen Fällen habe gerade kein besonders schwerer Fall im Sinne der Richtlinien vorgelegen.

17
Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 18.04.2023 an ihrer Auffassung festgehalten, dass kausal für den schlechten Halt der Prothese das atrophierte Prothesenlager sei, das den Zungenbewegungen nicht genügend Widerstand leisten könne. In diesem Fall sei (BSG, Urteil vom 13.07.2004 – B 1 KR 37/02 R –) der Anspruch auf implantatologische Leistungen auch dann ausgeschlossen, wenn die Krankheit aus medizinischen Gründen nicht anders als mit einer Implantatversorgung geheilt oder gelindert werden könne. Nicht nachvollziehbar seien die Ausführungen zum Urteil des BSG vom 16.08.2021, wonach eine medizinische Gesamtbehandlung kein eigenständig zu prüfendes Tatbestandsmerkmal sein solle (vgl. BSG, Urteil vom 07.05.2013 – B 1 KR 19/12 –). Ergänzend werde auf den Leitfaden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den implantatologischen Gutachter (3. Aufl. 2014, aktualisiert am 01.07.2018) verwiesen, wonach es bei muskulären Fehlfunktionen primär darauf ankomme, ob mit den Fehlfunktionen gesundheitliche Risiken (z.B. Verschlucken) verbunden seien, die eine konventionelle prothetische Versorgung nicht erlaubten. Das sei beim Kläger aufgrund der Größe der Vollprothese nicht der Fall.

18
Mit Schriftsatz vom 20.11.2022 hat die Bevollmächtigte des Klägers ihr Vorbingen dahingehend ergänzt, dass der Kläger, der die Versorgung inzwischen habe vornehmen lassen, einen Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V habe. Der Antrag auf die begehrte Leistung sei bei der Beklagten am 08.10.2019 eingegangen, die Entscheidung aber erst mit Bescheid vom 06.12.2019, somit mehr als 8 Wochen nach Stellung des Antrags und nach Ablauf der Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V erfolgt. Die Beklagte habe zwar mit Schreiben vom 23.10.2019 mitgeteilt, dass der Kläger bis spätestens 13.12.2019 Rückmeldung zu dem Antrag erhalte. Die Begründung, dass erfahrungsgemäß die gutachterliche Stellungnahme etwas Zeit benötige, sei kein hinreichender Grund, der zu einer Verlängerung der Entscheidungsfrist des § 13 Abs. 3a SGB V führe, da die Beklagte dies nur aus allgemeiner Erfahrung heraus mitgeteilt habe, nicht jedoch aufgrund konkreter Umstände, die hier im Einzelfall dazu führen würden, dass die Stellungnahme des medizinischen Dienstes nicht rechtzeitig vor Ablauf der 5 Wochenfrist eingehen werde. Für die zwischenzeitlich die Maßnahme seien insgesamt Kosten i.H.v. 15.328,44 € angefallen. Dieser Betrag setze sich wie folgt zusammen:

Rechnung vom 14.09.2023 3.525,13 €

Rechnung vom 24.10.2023 1.086,84 €

Rechnung vom 12.12.2023 965,46 €

Rechnung vom 09.01.2024 227,74 €

Rechnung vom 29.01.2024 876,83 €

Rechnung vom 18.03.2024 8.646,44 €.

19

Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage am 03.12.2024 hat die Beklagte erläutert, dass nach Überprüfung der eingereichten Rechnungen aus ihrer Sicht nur eine geringe Überschneidung mit dem vorgelegten Heil- und Kostenplan bestehe. Im Wesentlichen sei eine andere Versorgung erfolgt, als ursprünglich beantragt. Außerdem werde an der Auffassung festgehalten, dass die ursprünglich bewilligte Prothese funktionsuntüchtig gewesen sei. Mit Schriftsatz vom 02.01.2025 hat die Beklagte im Nachgang zu eingereichten Rechnungen Stellung genommen. Danach wären lediglich die Positionen 5190a, 9050 und 5070 mit dem 2,3-fachen Faktor ansatzfähig. Allerdings werde in der Sache daran festgehalten, dass die hochgradige Atrophie der eigentliche Grund für die Implantatversorgung beim Kläger gewesen sei und dass die medizinische Gesamtbehandlung im Sinne der Rechtsprechung vorliegend nicht gegeben sei.

20
Das Angebot der Bevollmächtigten des Klägers dahingehend, sich unter Berücksichtigung dieser Einwände dahingehend zu einigen, dass die Beklagte 3.853,08 € an den Kläger erstattet und anteilig (25%) die außergerichtlichen Kosten des Klägers trägt, ist von der Beklagten abgelehnt worden.

21
Anschließend ist auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG N, gutachtlich zu folgenden, im Vorfeld mit dem Kläger abgesprochenen, Fragen gehört worden:

1. Bestand beim Kläger im Zeitpunkt der Versorgung eine Atrophie des Unterkiefers?

2. Wäre ohne eine Atrophie eine konventionelle prothetische Versorgung möglich gewesen?

3. Falls eine konventionelle prothetische Versorgung nicht möglich war, aus welchen Gründen (Atrophie, muskuläre Fehlfunktion, Zungenbewegungen oder ähnliches) war dies nicht möglich?

4. War die ursprünglich angefertigte Prothesenversorgung (Mai 2019) mangelhaft oder ist der fehlende Halt auf andere Gründe zurückzuführen (Atrophie des Unterkiefers, muskuläre Fehlfunktion, Zungenbewegungen)?

5. Ist die Implantatversorgung Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung aus verschiedenen human- und zahnmedizinischen Bestandteilen, ggf. welchen?

6. Entspricht die durchgeführte Implantatversorgung der zuletzt mit dem Heil- und Kostenplan vom Mai 2023 (Blatt 125 LSG-Akte) beantragten Versorgung?

Der Sachverständige hat mit Gutachten vom 15.12.2025 ausgeführt:

* Im Zeitpunkt der Versorgung habe eine Atrophie des Unterkiefers bestanden.

* Auch ohne Atrophie wäre eine konventionelle prothetische Versorgung nicht möglich gewesen, da bei vollständiger Zahnlosigkeit (anders als im Oberkiefer, wo noch eigene Zähne vorhanden gewesen seien), konventioneller totaler Zahnersatz nur durch Saugwirkung auf dem Kieferkamm mit Unterstützung der Kaumuskulatur Halt finde. Dazu müsse eine suffiziente Abformung nicht nur des Prothesenlagers, sondern auch des Mundvorhofes, der Umschlagfalten beidseits und des Mundbodens erfolgen, was bei einem Patienten mit unkontrollierten Zungenbewegungen und muskulären Fehlfunktionen, die sich beim Kläger unmittelbar bei der Inspektion der Mundhöhle gezeigt hätten, nicht möglich sei und in der Folge zu einem insuffizienten Zahnersatz führe. Auch würde der Zahnersatz unkontrolliert hin und her oder sogar aus dem Mund heraus geschoben werden.

* Ob die ursprünglich angefertigte Prothese mangelhaft gewesen sei, hätte nur durch ein Mängelgutachten geklärt werden können, was, da die Prothese nicht mehr vorhanden sei, nicht mehr möglich sei. Planungsfehler seien jedenfalls nicht erkennbar.

* Die Implantatversorgung sei insofern Teil einer medizinischen Gesamtbehandlung, als sie als zahnärztlicher Teil geeignet sei, die Kaufunktion wiederherzustellen. Der humanmedizinische Anteil umfasse sowohl die Therapie der Parkinsonbehandlung als auch die Minimierung von etwaigen Risiken, da bei Versorgung mit einer konventionellen Prothese das Risiko bestehe, dass ungenügend oder gar nicht zerkleinerte Speisenbestandteile verschluckt oder eingeatmet würden. Auch könnten bei falscher Belastung beim Zusammentreffen der Kiefer Kunststoffteile abbrechen und verschluckt oder aspiriert werden. Insofern unterstütze die Prothesenversorgung die Therapie der Parkinsonbehandlung.

* Da der Heil- und Kostenplan vom 27.09.2019 nicht vorliege, könne nicht überprüft werden, inwieweit die abgerechneten Gebührenziffern dem Heil- und Kostenplan entsprochen hätten.

22
Die Beklagte hat erklärt, dass den Ausführungen, dass eine konservative Versorgung auch ohne Atrophie nicht möglich gewesen sei, nicht gefolgt werden könne, was die funktionierende Versorgung im Oberkiefer bestätige. Auch hierfür habe einer Funktionsabformung gefertigt werden müssen. Auch lasse sich eine entsprechend dimensionierte Prothese nicht einfach mit der Zunge aus dem Mund schieben. Weiterhin sei die Implantatversorgung nicht geeignet, der Parkinsonerkrankung ursächlich zu begegnen oder die Einschluckstörungen zu beseitigen oder zu lindern, zumal diese auch bei flüssiger oder pürierter Kost bestehen könnten. Schließlich könnte eine Verbesserung der Mobilität durch eine Höherdosierung erreicht werden, was allerdings stärkere Dsykinesien zur Folge habe und entsprechend umgekehrt, wobei der Kläger gut eingestellt sei. Ein Vergleichsangebot könne deshalb nicht abgegeben werden.

23
Die Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 22.06.2022 zurückzuweisen und die Beklagte in Abänderung des Urteils vom 22.06.2022 zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für die Implantatversorgung einschließlich Suprakonstruktion für den Unterkiefer i.H.v. 15.328,44 € zu erstatten.

24
Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 22.06.2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

25
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

26
Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG –) und auch in der Sache begründet.

27
Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der für die streitige Versorgung aufgewendeten Kosten, weil es im Zeitpunkt der Versorgung an einem entsprechenden Sachleistungsanspruch gefehlt hat.

28
Die Klage ist nach Durchführung der begehrten Behandlungen als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig (§ 54 Abs. 4 SGG). Die Umstellung des Klageantrags ist auch im Berufungsverfahren noch zulässig möglich. Gegenstand des Berufungsverfahrens und vom Senat inhaltlich zu überprüfen sind danach die Kosten für die zwischen dem 28.08.2023 und 07.03.2024 durchgeführten Behandlungen gemäß privatärztlicher Rechnungen vom 14.09.2023, 24.10.2023, 12.12.2023, 09.01.2024, 29.01.2024 und 18.03.2024.

29
1. Ein Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung folgt vorliegend nicht aus § 13 Abs. 3a SGB V (Genehmigungsfiktion). Denn die Beklagte hat nach Antragseingang (am 10.10.2019) am 16.10.2019 E mit der Erstellung eines externen Zahngutachtens beauftragt und nach Mitteilung von E vom 21.10.2019, dass die Einhaltung der Frist nicht möglich sei, weil Befunde fehlten und Kläger sich nicht zurückgemeldet habe, mit Schreiben vom 23.10.2019 den Befundbericht gemahnt und den Kläger darüber informiert, dass eine Meldung bei E erforderlich sei und die Frist von fünf Wochen nicht eingehalten werden könne, weswegen eine Entscheidung bis 13.12.2019 ergehe. Nach Eingang des Gutachtens am 25.11.2019 hat sie dann mit Bescheid vom 06.12.2019 innerhalb offener Frist entschieden.

30
Schon bei einer Beauftragung des medizinischen Dienstes verlängert sich die Entscheidungsfrist von drei auf fünf Wochen, hier bis 13.11.2019, wobei für bestimmte zahnärztliche Gutachterverfahren § 13 Abs. 3a

Satz 4 SGB V um eine Woche verlängerte Fristen vorsieht, da diese Gutachten regelmäßig durch niedergelassene Zahnärzte erstellt werden, die bereits mit ihrem regulären Praxisbetrieb belastet sind. Kann die Krankenkasse auch diese Fristen nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Der Begriff des hinreichenden Grundes ist unbestimmt und betrifft in erster Linie solche Gründe, die außerhalb des Verantwortungsbereichs der Krankenkassen liegen. Dazu zählen beispielsweise ein besonderer Aufwand oder ungewöhnliche Schwierigkeiten bei der Ermittlung im Einzelfall. Zu berücksichtigen ist ferner das Verhalten des Antragstellers. Der Senat hat keinen Zweifel daran, dass vorliegend ein hinreichender Grund vorgelegen hat. Denn es erfolgte eine Begutachtung durch einen externen Gutachter und die angeforderten Befundberichte lagen noch nicht vor, was die Beklagte dem Kläger gemäß § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V innerhalb noch offener Frist mit Schreiben vom 23.10.2023 rechtzeitig mitgeteilt hat, weswegen die Rechtsfolgen der § 13 Abs. 3a Sätze 6 und 7 SGB V, die Genehmigungsfiktion und die Erstattungspflicht nicht eingetreten sind.

31
2. Ein Anspruch nach der 1. Alternative des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V scheidet mangels Vorliegens einer Unaufschiebbarkeit der Leistung aus. Eine Leistung ist unaufschiebbar im Sinne dieser Regelung, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V (Stand: 13.09.2024), Rn. 59). Dafür liegen vorliegend schon aufgrund der Vorgeschichte mit nur noch wenig verbliebenen Zähnen und einer fortgeschrittenen Atrophie keine Anhaltspunkte vor.

32
3. Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch kommt deshalb nur § 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V in Betracht. Danach hat die Krankenkasse die Kosten für eine zu Unrecht abgelehnte und vom Versicherten selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch reicht allerdings nicht weiter als der ursprünglich geltend gemachte Sachleistungsanspruch. Geht es wie vorliegend um Kostenerstattung für eine abgeschlossen in der Vergangenheit liegende Behandlung, ist die Sach- und Rechtslage zu diesem Zeitpunkt maßgeblich (Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 13 SGB V (Stand: 19.03.2024), Rn. 195; BSG, Urteil vom 08.03.1995 – 1 RK 8/94 – SozR 3-2500 § 31 Nr. 3).

33
Die Beklagte hat den Antrag allerdings zu Recht abgelehnt (§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V). Der Kläger hatte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung keinen Anspruch auf die Implantatversorgung als Naturalleistung (vgl. hierzu zuletzt BSG, Urteil vom 25.03.2021 – B 1 KR 25/20 R –, BSGE 132, 67-77, SozR 4-2500 § 137c Nr. 15). Ein Systemversagen liegt nicht vor.

34
Die zahnärztliche Behandlung umfasst gemäß § 28 Abs. 2 SGB V 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; sie umfasst auch konservierendchirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom G-BA 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).

35

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 darüber hinausgehendes medizinisches Gesamtziel muss der Behandlung ihr Gepräge geben (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. grundsätzlich Urteil vom 07.05.2013 – B 1 KR 19/12 R – und vom 16.08.2021 – B 1 KR 8/21 R –; jeweils juris). Das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Gesamtbehandlung schließt von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit hinausreicht. § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V begrenzt den Anspruch auf Implantatversorgung schließlich auf seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle. Der Anspruch besteht nicht bereits dann, wenn Implantate zahnmedizinisch geboten sind, also für die Wiederherstellung der Kaufähigkeit „alternativlos“ sind (vgl. BSG vom 19.06.2001 – B 1 KR 4/00 R – BSGE 88, 166, 170 = SozR 3-2500 § 28 Nr. 5). Auch wenn in den letzten Jahrzehnten implantatgestützter Zahnersatz in der Zahnmedizin erheblich an Bedeutung gewonnen hat, fällt es nicht in die Kompetenz der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit, eigene sozial- und gesundheitspolitische Einschätzungen an die Stelle der verfassungskonformen Vorstellungen des Gesetzgebers zu setzen und hieraus weitergehende Ansprüche der Versicherten abzuleiten.

36
Aus Wortlaut und Entstehungsgeschichte ergibt sich dabei folgender Kerngedanke der Regelung: Versicherte, die im Gesichtsbereich humanmedizinischen (vornehmlich rekonstruktiven) Behandlungsbedarf haben, sollen in besonders schweren Fällen zusätzlich auch Anspruch auf implantologische Leistungen haben. Die Gesetzesmaterialien gehen von besonders schweren Fällen dann aus, wenn es sich um größere Defekte des Gesichts oder des Kiefers infolge Krankheit oder Unfall handelt (vgl. BT-Drucks 13/7264 Seite 59 zu § 28 SGB V; Abschnitt B VII 2 a der Richtlinie des G-BA für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) gem. § 92 Abs. 1 SGB V vom 04.06.2003, zuletzt geändert am 16.12.2021 und in Kraft getreten am 09.03.2022).

37
Ausnahmeindikationen für Implantate und Suprakonstruktionen im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V liegen danach in den in Satz 4 aufgeführten besonders schweren Fällen vor. Aber auch bei Vorliegen dieser Ausnahmeindikationen 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.

38
Besonders schwere Fälle liegen danach vor

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

- in Tumoroperationen,

- in Entzündungen des Kiefers,

- in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),

- in Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,

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

- in Unfällen haben,

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

c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,

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

39
Diese Regelung soll sicherstellen, dass Versicherte in zwingend notwendigen Ausnahmefällen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung erhalten. Hierzu gehören, sofern keine Kontraindikationen für implantologische Leistungen vorliegen, insbesondere die Versorgung nach einer Tumoroperation mit Resektion/Teilresektion am Kieferknochen und nach Schädel- und Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten (BT-Drucks. 13/7264, Seite 59). Der Gesetzgeber geht davon aus, dass in diesen Fällen nicht die (Wieder-)Herstellung der Kaufunktion im Vordergrund der Gesamtbehandlung steht, weil die Implantatversorgung Teil der Rekonstruktion eines bestehenden, besonders schweren Defekts ist, der sich deutlich von bloßer Zahnlosigkeit oder einem Lücken- oder Restgebiss unterscheidet. In diesen besonders schweren Fällen soll die Behandlung im doppelten Sinne des Wortes nicht lückenhaft bleiben (BSG vom 16.08.2021, a.a.O., Rn. 15). In dieser Entscheidung hat das BSG (Rn. 16, a.a.O.) weiter ausgeführt:

„Auch die weiteren vom GBA aufgestellten Fallgruppen gehen von der Vorstellung einer Gesamtbehandlung aus (Tumorbehandlung und muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich, z.B. Spastiken) aus. Es kann hier offenbleiben, welche Reichweite den letztgenannten Fallgruppen im Hinblick auf die vom Gesetz zwingend geforderte Gesamtbehandlung zukommt.“

40
Vorliegend fehlt es jedenfalls an der vom Gesetz zwingend geforderten Gesamtbehandlung, auf die auch dann nicht verzichtet werden kann, wenn tatbestandlich eine der in der Behandlungsrichtlinie genannten Fallgruppen vorliegt. Auch für den vorliegenden Fall der nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich ergibt sich dies nicht bereits daraus, dass diese Fallgruppe einschlägig und eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist.

41
Diese Auslegung gebietet vor allem der Wortlaut der Regelung des § 28 Abs. 2 Satz 9 Halbsatz 2 SGB V, der die Einbindung der implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion in eine „medizinische“, nicht etwa in eine zahnmedizinische Gesamtbehandlung verlangt. Auch aus der Entstehungsgeschichte des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V ergibt sich nichts anderes, wie die umfangreiche dokumentierte Gesetzesbegründung belegt. Die geltende Fassung des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V geht zurück auf eine Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz <2. GKV-NOG>, vgl. BT-Drucks 13/7264 S. 9 f). Der Begründung des Ausschusses für Gesundheit zu seiner Empfehlung über die Einfügung des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V im Gesetzgebungsverfahren zum 2. GKV-NOG ist zwar zu entnehmen, dass die Erläuterung der medizinischen Gesamtbehandlung nicht abschließend sein soll; sie gibt aber den inhaltlichen Kern dessen wieder, was der Gesetzgeber mit der sehr eng zu verstehenden Ausnahme des § 28 Abs. 2 Satz 9 Halbsatz 2 SGB V vom grundsätzlichen Ausschluss der implantologischen Leistungen aus dem Katalog der zahnärztlichen Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 Halbsatz 1 SGB V bezweckt: Versicherte sollen auf implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht schon dann Anspruch haben, wenn es allein oder auch nur hauptsächlich darum geht, Versicherten einen Zahnersatz zu ermöglichen, weil andere Behandlungsmöglichkeiten zur Ersetzung fehlender Zähne nicht bestehen. Der Anspruch soll nur dann bestehen, wenn darüber hinausgehende Behandlungsziele verfolgt werden. Im weiteren Verlauf hat sich an dieser Grundannahme nichts geändert. Diesem Auslegungsergebnis entspricht auch die Regelungssystematik im Verhältnis zu den Vorschriften über den Zahnersatz, die abschließend die Zahnersatzversorgung regeln. Wenn die Ermöglichung der Abstützung von Zahnersatz durch Implantate das einzige oder das hauptsächliche Behandlungsziel ist, sind die Kosten des Implantats vom Versicherten eigenverantwortlich zu tragen. Wertungsmäßig ist damit eine Auslegung des § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V nicht zu vereinbaren, die die Abstützung von Zahnersatz mittels implantologischer Leistungen nur zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Kaufunktion gleichwohl auf Kosten der Versichertengemeinschaft ermöglicht. Dieses Ziel und die Regelung des Umfangs der Versorgung Versicherter zur Erreichung dieses Ziels sind Gegenstand allein der Regelungen der §§ 55 ff. SGB V i.V.m. der Zahnersatz-Richtlinie und der Festzuschuss-Richtlinie. Die Abstützung von Zahnersatz mittels implantologischer Leistungen zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Kaufunktion kann infolgedessen nicht das Hauptbehandlungsziel der medizinischen Gesamtbehandlung i.S. von § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V sein. Schließlich wird allein die Auslegung, dass mit der Gesamtbehandlung ein prägendes medizinisches Behandlungsziel verfolgt werden

muss, dem die Abstützung von Zahnersatz untergeordnet ist, dem Zweck des § 28 Abs. 2 § 9 SGB V gerecht, eine Begrenzung der implantologischen Leistungen einschließlich Suprakonstruktion auf seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle herbeizuführen. Auch würde, wie gerade der Fall der Zahnlosigkeit zeigt, eine durch sachliche Gründe nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung eintreten, wenn die generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen auch dann zu einem Anspruch auf Implantatversorgung führte, wenn es allein oder hauptsächlich um die Abstützung des Zahnersatzes ginge, hingegen in Fällen sonstiger Zahnlosigkeit – wie z.B. beim atrophierten Kiefer – die Versicherten nur Anspruch auf Festzuschüsse zu den Kosten der Suprakonstruktion haben.

42
Eine medizinische Gesamtbehandlung liegt demgemäß nicht schon dann vor, wenn dem Behandlungsplan des Zahnarztes ein Gesamtkonzept zur Wiederherstellung der Kaufunktion des Patienten zu entnehmen ist. Unerheblich ist daher auch, dass gegebenenfalls weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind – z.B. Knochenimplantationen –, um die Insertion eines Zahnimplantats zu ermöglichen (BSG, Urteil vom 07.05.2013 – B 1 KR 19/12 R –, SozR 4-2500 § 28 Nr. 6, Rn. 10 – 17; Urteil vom 04.03.2014 – B 1 KR 6/13 R –, SozR 4-2500 § 28 Nr. 7, Rn. 14). Das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Gesamtbehandlung schließt von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit hinausreicht.

43
Gemessen an diesen Maßstäben waren die implantologischen Leistungen, die der Kläger beantragt hat, nicht im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung als Sachleistung zu erbringen. Vielmehr sollte die vom Kläger begehrte Versorgung mit implantologischen Leistungen lediglich dazu dienen, bei einem hochgradig atrophierten Unterkieferkamm und nur noch wenigen verbliebenen (schadhaften) Restzähnen, eine Prothesenversorgung zu ermöglichen, um die Kaufunktion wiederherzustellen. Dies ergibt sich aus dem vorgelegten Heil- und Kostenplan, der sich auf die prothetische Versorgung beschränkt und die Parkinsonerkrankung im Wesentlichen als Erschwernis erwähnt. Die seit mehr als 10 Jahren diagnostizierte Parkinsonerkrankung wird seit Jahren unabhängig von der nunmehr erforderlichen Implantatversorgung behandelt. Dass diese Erkrankung oder deren Medikation die Versorgung mit Zahnersatz erforderlich gemacht hätte, ist weder vorgetragen noch erkennbar. Die Implantatversorgung erforderte auch keine Einbindung in eine Gesamtbehandlung, in dem Sinne, dass zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken ein Humanmediziner einzubeziehen gewesen wäre (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 13. Juli 2004 – B 1 KR 37/02 R –, Rn. 25, juris). Entsprechend fehlt es an einem fachübergreifenden Gesamtkonzept.

44
Dass beim Kläger nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich gegeben sind und damit dem Grunde nach ein besonders schwerer Fall vorliegt, ist ein Umstand, der bei der Prothesenversorgung erschwerend zu berücksichtigen, aber nicht ausreichend ist, um das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Gesamtbehandlung zu erfüllen. Vor diesem Hintergrund kann dahingestellt bleiben, ob auch ohne Implantate eine konventionelle prothetische Versorgung möglich gewesen wäre. Dies ist zwar von beiden zahnärztlichen Gutachtern dem Grunde nach verneint worden, wird aber (anders als die nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich) von der Beklagten weiterhin anders gesehen. Der Senat legt sich hinsichtlich dieses Tatbestandsmerkmals jedenfalls insoweit fest, als er mit D die hochgradige Atrophie des Kieferkamms als wesentliche Ursache ansieht.

45
Soweit sich vor diesem Hintergrund berechtigterweise die Frage stellt, in welcher Konstellation bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich eine medizinische Gesamtbehandlung vorliegen kann, gibt der Leitfaden für den implantologischen Gutachter insofern Hinweise, als es dort heißt, dass die Aufnahme der muskulären Fehlfunktionen seinerzeit vor dem Hintergrund erfolgt sei, dass in solchen Fällen die Gefahr bestehe, dass Patienten ihre Prothese verschlucken oder aspirieren könnten, weshalb zu prüfen sei, ob mit der Fehlfunktion gesundheitliche Risiken verbunden seien, die eine konventionelle prothetische Versorgung nicht erlauben. Diesen Nachweis sieht der Senat beim Kläger ungeachtet der Ausführungen von N aber nicht erbracht. Denn zum einen betrifft die Gefahr des Verschluckens vor allem kleinere Teilprothesen, während die Gefahr des Abbrechens (die auch in Abhängigkeit von der Qualität zu sehen sein dürfte), ebenso bei einem Implantat oder der beim

Kläger im Oberkiefer vorhandenen herkömmlichen Prothese der Fall sein dürfte. Schließlich ergibt sich auch hieraus noch nicht die Entbehrlichkeit einer medizinischen Gesamtbehandlung.

46
Der grundsätzliche Ausschluss implantologischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog mit den engen, sich aus § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V ergebenden Ausnahmen verstößt auch unter Einbeziehung der Wertungen des Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsgebot und des Art. 2 Abs. 2 GG nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG). Unerheblich ist, ob das Fehlen einer Behandlungsalternative zahnprothetische Gründe hat oder ob die Versorgung mit einer zahnprothetisch möglichen Behandlungsalternative aus anderen medizinischen Gründen kontraindiziert ist.

47
Allerdings wird auch die Auffassung der Beklagten geteilt, dass die vorgelegten Rechnungen sich nur zum Teil in dem Kostenvoranschlag vom September 2019, auf den richtigerweise abzustellen ist, wiederfinden, weshalb auch nur ein Teil der eingeklagten Kosten überhaupt erstattungsfähig wäre.

48
Ein Kostenerstattungsanspruch kann danach nicht bejaht werden.

49
Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

50
Wegen der ungeklärten Frage, welcher Bedeutung in der vorliegenden Konstellation die Voraussetzung der Gesamtbehandlung zukommt, wird gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG die Revision zugelassen.