

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
3. Dezember 1997

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 40/96

Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
Nagelsweg 27-35, 20097 Hamburg,

Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein,
Lindemannstraße 34-42, 40237 Düsseldorf,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

.....

beigeladen:

.....

Prozeßbevollmächtigter:

.....

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom
3. Dezember 1997 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter
K r u s c h i n s k y und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richter
Dr. L i c h t b l a u und S c h m e i n c k
für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen
vom 7. Februar 1996 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Revisions-
verfahren. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Der beige-ladene Zahnarzt gliederte aufgrund eines von der klagenden Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplanes im März 1992 im Unterkiefer einer bei der Klägerin versicherten Patientin implantatgestützte Kronen-Brücken-Konstruktionen (sog Suprakonstruktionen) ein. Die Klägerin erstattete der Versicherten als Kassenanteil einen Zuschuß zu den Kosten der prothetischen Versorgung in Höhe von DM 2.043,39.

Nachdem die Versicherte über Beschwerden geklagt hatte, veranlaßte die Klägerin die Einleitung des Gutachterverfahrens, in dem Mängel der prothetischen Versorgung und die Notwendigkeit der Nachbesserung im Bereich der Krone festgestellt wurden. Diese führte ein anderer Zahnarzt aufgrund eines neuen - wiederum von der Klägerin genehmigten - Heil- und Kostenplanes im November 1992 durch. Die Klägerin erstattete der Versicherten hierfür Kosten in Höhe von DM 2.639,73.

Im Februar 1993 machte die Klägerin bei der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) einen Schadensersatzanspruch gegen den Beigeladenen in Höhe von DM 2.043,39 (zuzüglich Gutachterkosten von DM 148,69) geltend. Die Beklagte befragte zunächst den Beigeladenen, der eine Erstattung jedoch ablehnte. Die Beklagte lehnte es daraufhin gegenüber der Klägerin ab, einen Schadensregreß gegen den Beigeladenen festzusetzen, weil die Klägerin den Zuschuß für eine Leistung gewährt habe, die nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung zähle. Diese umfasse implantatgestützte Kronen nicht.

Die dagegen erhobene Klage hat das Sozialgericht (SG) abgewiesen (Urteil vom 21. Dezember 1994). Die Berufung der Klägerin hat das Landessozialgericht (LSG) zurückgewiesen (Urteil vom 7. Februar 1996). Der von ihr erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsantrag - gerichtet auf Festsetzung eines Schadensregresses gegen den Beigeladenen - sei zulässig, aber unbegründet. Der ihr erwachsene Schaden resultiere nicht aus einer Kostenerstattung für eine vertragszahnärztliche Leistung. Die Eingliederung implantatgestützter Kronen-Brücken-Konstruktionen sei nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Ein Anspruch der Klägerin ergebe sich auch nicht daraus, daß die Mängel nicht die Implantate, sondern die darauf aufbauende prothetische Versorgung mit der Krone beträfen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts. Das Berufungsgericht habe zu Unrecht die Eingliederung implantatgestützter Kronen-Brücken-Konstruktionen von der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgenommen. Solche Implantate seien nicht nur Inhalt der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sondern auch des Gebührentarifs C des Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (EKV-Z), ungeachtet dessen, daß die schon 1963 geschaffenen Nrn 20 und 91 des EKV-Z nicht wie die GOZ-Nrn 220 und 500 nach Bekanntwerden der Implantatmethode den Zusatz "oder Implantat" erhalten hätten. Die Zweifel des Berufungsgerichts an der Notwendigkeit und



Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Implantaten seien nicht nachvollziehbar. Mit Teleskopkronen allein könnten Zahnlücken nicht gefüllt werden, und eine Brückenversorgung sei im Regelfall teurer sowie für die benachbarten Zähne schädlich. Auch sonst würden bei Wahl eines aufwendigeren Zahnersatzes nur die Mehrkosten gemäß § 30 Abs 6 (heute: Abs 4) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht erstattet. Es komme aber nicht insgesamt zur Leistungsablehnung. Entgegen der Auffassung des LSG könne durchaus zwischen dem Implantat und dem darauf aufbauenden Zahnersatz getrennt werden, abgesehen davon, daß bloße Abgrenzungsschwierigkeiten nicht die Untrennbarkeit teilbarer Leistungen begründen könnten. Die Zuordnung mindestens der Überkronung zur vertragszahnärztlichen Versorgung könne nicht in Frage gestellt werden.

Die Klägerin beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 7. Februar 1996 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 21. Dezember 1994 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihrer Bescheide vom 23. November 1993 und 1. Februar 1996 zu verurteilen, einen Schadensersatzanspruch der Klägerin gegenüber dem Beigeladenen in Höhe von DM 2.192,08 festzusetzen, hilfsweise, den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das Berufungsurteil für zutreffend. In dem Gebührentarif C des EKV-Z sei - anders als in Geb-Nrn 220 und 500 GOZ - die Versorgung eines Implantats durch eine Vollkrone nicht aufgeführt. Unabhängig davon, ob implantatgestützte Versorgungen bei Schaffung des Gebührentarifs C bekannt oder nicht bekannt gewesen seien, sei eine derartige Versorgung jedenfalls nicht in den Gebührentarif aufgenommen worden.

II

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg.

Der Senat entscheidet in der sich aus § 40 S 1, § 33 S 2, § 12 Abs 3 S 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ergebenden Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenzahnärzte, weil es sich nicht um eine Angelegenheit der Kassenzahnärzte im Sinne des § 12 Abs 3 S 2 SGG, sondern um eine Angelegenheit des Kassen(zahn)arztrechts im Sinne des § 12 Abs 3 S 1 SGG handelt. Die in der Rechtsprechung im Vordergrund stehende Unterscheidung bei der Besetzung des Gerichts danach, wie die Verwaltungsstelle zusammengesetzt ist, die über die in dem Rechtsstreit angefochtene Verwaltungsentscheidung zu befinden hat (BSGE 70, 285,



286 ff = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 S 5 ff; BSG SozR 3-5555 § 13 Nr 1 S 2), betrifft nur die Streitverhältnisse zwischen Arzt bzw Zahnarzt und einer Verwaltungsinstitution und ist nur dann anwendbar, wenn eine Verwaltungsentscheidung vorliegt oder erstrebt wird. Fehlt es hieran oder ist nicht das Rechtsverhältnis zu einem Arzt (Zahnarzt) betroffen, sondern ein Rechtsverhältnis der Verwaltungsinstitutionen zueinander, dann kommt es darauf an, ob der geltend gemachte Anspruch nur Angelegenheiten der Kassen(zahn)ärzte oder die Außenrechtsbeziehungen der K(Z)ÄVen zu den Krankenkassen betrifft (BSG SozR 3-5555 § 15 Nr 1 S 2 f; BSGE 76, 120, 121 = SozR 3-5545 § 24 Nr 1 S 2). Im letzteren Fall entscheiden die Gerichte in der sog paritätischen Besetzung des § 12 Abs 3 S 1 SGG. Vorliegend sind Außenrechtsbeziehungen der beklagten KZÄV zu einer Krankenkasse im Streit, die gegen sie einen Anspruch auf Festsetzung eines Schadensregresses geltend macht.

Die Beklagte hat es im Ergebnis zu Recht abgelehnt, wegen der von der Klägerin an die Versicherte erbrachten Erstattungsleistung von DM 2.043,39 einen Schadensregreß gegen den Beigeladenen festzusetzen.

Der Klägerin steht ein Rechtsschutzbedürfnis für ihr Begehren auf Festsetzung eines Schadensregresses zu, weil sie nicht selbst direkt gegen den beigeladenen Zahnarzt vorgehen kann. Ein direktes Vorgehen der Krankenkasse gegen den Arzt (Zahnarzt) läßt die Rechtsprechung nur zu, wenn die kassen(zahn)ärztlichen Institutionen ihm gegenüber keine Regelungsgewalt mehr haben, weil seine Zulassung (bzw Ermächtigung) zur vertragsärztlichen Versorgung geendet hat (vgl BSGE 76, 153, 154 = SozR 3-2500 § 95 Nr 5 S 21 f; s auch BSGE 64, 209, 211 = SozR 5550 § 18 Nr 1 S 2; BSGE 80, 1, 7 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 12). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin gegenüber der Beklagten verfolgten Begehrens auf Festsetzung eines Schadensregresses ist eine öffentlich-rechtliche Schadensersatzpflicht des Zahnarztes im Verhältnis zur KZÄV, die sich auf den Gesamtzusammenhang der Regelungen des EKV-Z gründet (vgl BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 1 S 4 und § 15 Nr 1 S 4 mwN) und im Falle mangelhafter Prothetikleistungen den Zahnarzt zum Schadensersatz und die kassen- bzw vertragszahnärztlichen Institutionen zur Festsetzung des Schadensersatzanspruches verpflichtet.

Diese Zuordnung zum öffentlichen Recht und die Einbindung in das vertragszahnärztliche System gilt entgegen der Auffassung der Beklagten auch für die Fälle des § 30 Abs 1 SGB V (hier in der vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung des Art 1 des Gesundheitsreformgesetzes <GRG> vom 20. Dezember 1988 <BGBl I S 2477>), der gemäß § 2 Abs 1 S 1 iVm § 4 Abs 1, 2 SGB V ebenfalls im Ersatzkassenbereich Anwendung findet. Unabhängig von der Frage, ob die Kostenerstattungen gemäß § 30 Abs 1 SGB V noch dem Sachleistungssystem zugeordnet werden können oder eine



Abkehr davon darstellen (vgl hierzu BSG SozR 3-2500 § 30 Nr 3 S 7 und Nr 8 S 33), handelt es sich bei den Leistungen nach § 30 SGB V um solche, die den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen bei einer "im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz" (§ 30 Abs 1 S 1 SGB V idF des GRG) erbracht werden. Schon diese Formulierung des § 30 Abs 1 S 1 SGB V zeigt, daß diese Leistungen ungeachtet der Frage der Kostentragung in das System des Kassenzahnarztrechts eingebunden bleiben. Daraus folgt zugleich, daß auch in den Fällen des § 30 Abs 1 SGB V idF des GRG bei Behandlungsfehlern von Kassen- bzw Vertragszahnärzten von der jeweiligen Krankenkasse ein öffentlich-rechtlicher Schadensersatzanspruch geltend gemacht werden kann, der bei Vorliegen der Voraussetzungen gegenüber dem betroffenen Zahnarzt durch Verwaltungsakt festzusetzen ist.

Zuständig für die Festsetzung eines solchen Schadensregresses ist hier die KZÄV, gegen die sich mithin zu Recht die Verpflichtungsklage richtet. Anders als im zahnärztlichen Primärkassenbereich, in dem insoweit die Befugnis zur Festsetzung von Schadensregressen den für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständigen Gremien übertragen worden ist (vgl zum zahnärztlichen Primärkassenbereich § 23 Abs 1, § 24 BMV-Z und BSG SozR 1500 § 70 Nr 3 S 6; BSGE 79, 97, 99 = SozR 3-5545 § 23 Nr 1 S 3 mwN), ist die Zuständigkeit der KZÄV im zahnärztlichen *Ersatzkassenbereich* bislang erhalten geblieben (vgl die noch heute geltende Regelung des § 12 Abs 6 EKV-Z, die seit dem Vertragsschluß vom 29. November 1963 nicht verändert wurde; - zum zahnärztlichen Ersatzkassenbereich vgl BSGE 76, 113, 115 = SozR 3-5545 § 19 Nr 1 S 3; SozR 3-5555 § 15 Nr 1 S 4 mwN).

Der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Festsetzung eines Schadensregresses gegen den beigeordneten Zahnarzt ist indessen nicht begründet. Die Versorgung mit implantatgestützten Kronen stellt nämlich keine vertragszahnärztliche Leistung dar und ist deshalb einer Kostenerstattung gemäß § 30 Abs 1 SGB V nicht zugänglich; dementsprechend kann eine von der Krankenkasse trotzdem gewährte Kostenerstattung von ihr bzw der KZÄV nicht mit Erfolg im Regreßweg eingefordert werden.

Welche Behandlungen als vertrags(zahn)ärztliche Leistungen gewährt werden, ist im Grundsatz durch § 27, § 28 SGB V dahin geregelt, daß der Versicherte die notwendige zahnärztliche Versorgung beanspruchen kann. Ergänzend hierzu ist für die Versorgung mit Zahnersatz in § 30 Abs 1 SGB V außer der Regelung der Kostenerstattung ausdrücklich in Satz 2 bestimmt, daß der Zahnersatz auch Zahnkronen umfaßt.

Die Konkretisierung dieses "Rahmenrechts" auf Krankenversorgung auf untergesetzlicher normativer Ebene (hierzu: BSGE 73, 271, 278 = SozR 3-2500 § 13 Nr 4; BSGE 78, 70, 85 = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 41; BSG, Urteil vom 16. September 1997 - 1 RK 28/95 -, zur Veröffentlichung vorgesehen) liegt in der Entscheidungskompetenz der dafür zuständigen Institutionen, dh einerseits der Bewertungsausschüsse, die die Leistungskataloge der



Einheitlichen Bewertungsmaßstäbe (EBM) festlegen (§ 87 SGB V), und andererseits der Bundesausschüsse der (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen, die zur Entscheidung über die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden berufen sind (§ 135 Abs 1 SGB V). Leistungen, die vom Bewertungsausschuß nicht in den EBM aufgenommen worden sind, sind danach im Regelfall nicht Bestandteil der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Vertrags(zahn)ärzte dürfen diese Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbringen und demgemäß auch nicht abrechnen (s im einzelnen Urteil des Senats vom 13. November 1996 - BSGE 79, 239, 241 ff = SozR 3-2500 § 87 Nr 14). Der Senat hat in dem genannten Urteil weiter darauf hingewiesen, daß die genannten Institutionen bei ihren Entscheidungen über die Einbeziehung von Methoden und Leistungen in das System der kassen- bzw vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zwar Bewertungsspielräume haben, sie aber ungeachtet dessen zwingenden rechtlichen Bindungen unterliegen. Zum einen dürfen Leistungen, die anerkanntermaßen zum Standard der ambulanten medizinischen Versorgung gehören und für die es keine gleichwertigen anderweitigen (Ersatz-)Leistungen gibt, nicht aus dem Katalog der zur kassen- bzw vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen herausgenommen werden. Zum anderen müssen Methoden, die neu sind und für die der Bundesausschuß eine positive Anerkennung im Sinne der "Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" gegeben hat und die nicht dem stationären Versorgungsbe- reich zugeordnet werden, in angemessener Zeit in den Leistungskatalog aufgenommen werden.

Eine ausdrückliche Aufnahme implantologischer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (EBM-Z) ist nicht erfolgt. Auch eine Anerkennung dieser Behandlung durch den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen hat nicht stattgefunden. Allerdings hat der Bundesausschuß die Anerkennung der Behandlungsmethode auch nicht abgelehnt.

Eine Rechtsgrundlage, daß für Implantate, jedenfalls aber für darauf gestützte Kronen, generell Leistungen gewährt bzw die Kosten anteilig erstattet werden müßten, ergibt sich entgegen der Ansicht der Klägerin aus dem geltenden Vertragsrecht nicht. Der EBM-Z bzw ihm folgend die vertragszahnärztliche Gebührenordnung (EKV-Z, § 8 Nr 1 iVm den Gebührentarifen) enthält eine solche Leistung nicht.

Die insoweit in Betracht kommenden Gebührenregelungen des Gebührentarifs C, Anlage 3 zum EKV-Z) lauten auf "Versorgung eines Einzelzahnes durch a) eine Krone ..." (Nr 20) und "Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke - je Pfeilerzahn als Brückenanker - a) eine Krone ... d) eine Teleskopkrone ..." (Nr 91). Der Wortlaut dieser Regelungen nennt also nur solche Kronen, mit denen ein Einzelzahn oder ein Pfeilerzahn versorgt wird. Das Auflegen einer Krone auf ein Implantat stellt jedoch gerade nicht die Versorgung eines (Einzel- oder Pfeiler-)Zahns dar. Die Regelung des Ersatzkassen-Ge-



bührentarifs C ist anders als diejenige der GOZ nicht dahin erweitert worden, daß auch die Versorgung eines Implantats abrechenbar ist (vgl die um den Zusatz "oder Implantat(s)" erweiterten GOZ-Nrn 220 und 500 in der Neufassung vom 22. Oktober 1987, BGBl I S 2316, mit anliegendem Gebührenverzeichnis). Das Implantatverfahren, das - wie die Klägerin geltend macht - damals noch nicht bekannt war, kann auch nicht ohne ausdrückliche Aufnahme in die Regelungen des Gebührentarifs als von diesen mitumfaßt angesehen werden. Hierzu müßte sich die neue Methode ohne jeden Zweifel unter eine bereits vorliegende Leistungsbeschreibung subsumieren lassen (vgl BSG SozR 3-2500 § 30 Nr 6 S 20 betr Bonusheft). Dem stehen aber die Unterschiede zwischen (natürlichen) Einzel- und Pfeilerzähnen und (künstlichen) Implantaten entgegen.

Die Regelungen des Gebührentarifs C des EKV-Z können schließlich weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (ständige Rechtsprechung, vgl aus jüngerer Zeit zB BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 5 f; SozR 3-5533 Nr 2145 Nr 1 S 2).

Eine Gebührenregelung für implantatgestützte Kronen läßt sich auch nicht über die Verweisung von § 3 der Allgemeinen Bestimmungen des Gebührentarifs C des EKV-Z finden, die die Abrechenbarkeit nach anderen Tarifen ermöglicht. Welche Regelungen von dieser Verweisung umfaßt sind, bedarf hier keiner abschließenden Entscheidung. Soweit die Bestimmungen des primärkassenrechtlichen Bewertungsmaßstabes für kassenzahnärztliche Leistungen (Bema-Z) dazugehören sollten, könnte dies für den hier vorliegenden Fall nichts nützen, denn diese gehen nicht weiter als die des ersatzkassenrechtlichen Gebührentarifs C. Auch die Zahnersatz-Richtlinien (in der Fassung vom 31. Oktober 1985, BAnz Nr 49 vom 12. März 1986 S 2999, mit späteren Änderungen) treffen keine Regelungen für Implantate und implantatgestützte Kronen und enthalten ohnehin keine Abrechnungsregelungen im Sinne der Verweisungsbestimmung des § 3 des Gebührentarifs C.

Ein für die Klägerin günstiges Ergebnis kann gleichfalls nicht aus der von ihr angeführten Regelung des § 30 Abs 6 Satz 1 SGB V (heute: Abs 4 Satz 1) hergeleitet werden, wonach Mehrkosten bei aufwendigerem Zahnersatz vom Versicherten selbst zu tragen sind, aber der Charakter der "Grundleistung" als vertragszahnärztliche Leistung unberührt bleibt. Diese Regelung greift nur ein, wenn der wesentliche Teil der Leistungen systemzugehörig ist und nur zusätzliche Mehrleistungen nicht (vgl hierzu BSG SozR 3-2500 § 30 Nr 7 S 25). Die Vorschrift setzt also voraus, daß die Grundleistung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzurechnen ist, während die Mehrleistung nicht dazu zählt. Ein solcher Fall liegt hier indessen nicht vor; denn im Verhältnis von Implantat und Überkronung ist ersteres die Grundleistung. Gerade diese ist jedoch keine vertragszahnärztliche Leistung. Dementsprechend können die Grund- und die Mehrleistung zusammen nicht der vertragszahnärztlichen Versorgung zugerechnet werden. Für die Erwägung, daß der hier eingetretene Schaden nur die Krone selbst betreffe und mit dem Implantat als solchem nichts zu tun habe, ist nach allem kein Raum, weil auch Kronen, mit denen Implantate versorgt wer-



den, grundsätzlich nicht Bestandteil der kassen- bzw vertragszahnärztlichen Versorgung sind.

Erfolglos bleibt schließlich das Vorbringen der Klägerin, daß jedenfalls infolge der Aufstellung und Genehmigung des Heil- und Kostenplanes die darin ausgewiesenen Leistungen dem vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnen seien. Mit der Genehmigung dieses Planes stellt die Krankenkasse klar, daß er aus ihrer Sicht sachgerecht ist. Eine konstitutive Wirkung in dem Sinne, daß damit auch die vertragszahnärztliche Erbringbarkeit und Abrechenbarkeit der genehmigten Leistung mit Bindung für die KZÄV festgelegt wird, entfaltet die Genehmigung nicht; denn insoweit fehlt es der Krankenkasse an der Regelungsbefugnis (zur nur beschränkten Genehmigungswirkung vgl zB BSG USK 92 162 S 801 und SozR 3-5555 § 12 Nr 3 S 17). Für die Anerkennung der Erbringbarkeit und Abrechenbarkeit sind vielmehr, wie oben unter Hinweis auf das Senatsurteil vom 13. November 1996 (BSGE 79, 239 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14) dargelegt worden ist, der Bewertungsausschuß und der Bundesausschuß zuständig.

Allerdings waren Leistungen für Implantate im hier maßgeblichen Zeitraum, für den eine negative Entscheidung des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Aufnahme dieser neuen Behandlungsmethode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorlag, nicht generell ausgeschlossen. Vielmehr mußte auch für diese Art der prothetischen Versorgung, wenn sie medizinisch notwendig war, dh wenn es keine anderen medizinisch gleichwertigen Maßnahmen gab, im kassen- bzw vertrags(zahn)ärztlichen System Leistungen gewährt bzw Kosten erstattet werden. Wurde dies zu Unrecht abgelehnt, ergab sich aus § 13 Abs 2 SGB V (seit dem 1. Januar 1993 gemäß Art 1 Nr 5 Buchst b des GSG nunmehr Abs 3) eine Kostenerstattungspflicht der Krankenkasse. Erst durch Art 2 Nr 6 des Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz) vom 1. November 1996 (BGBl I S 1631) ist § 28 Abs 2 SGB V um einen Satz 4 ergänzt worden, nach dem ua implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören und von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden dürfen. Dieser völlige Ausschluß implantologischer Behandlungen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem 1. Juli 1997 durch § 28 Abs 2 Satz 9 SGB V (eingefügt durch Art 1 Nr 4 Buchst a des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997, BGBl I S 1520) dahingehend korrigiert worden, daß implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen nur in seltenen, vom Bundesausschuß festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle zur vertragszahnärztlichen Behandlung gehören.

Eine medizinische Notwendigkeit im aufgezeigten Sinne für eine Implantatbehandlung ist bei der Versicherten, die der Beigeladene behandelte, ergibt sich aus den den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des Berufungsgerichts nicht. Daß das LSG eine spe-



zielle Indikation für die Implantatmethode hätte anerkennen müssen, hat im übrigen keiner der Beteiligten geltend gemacht.

Mithin stellte die Erstellung implantatgestützter Kronen keine vertragszahnärztliche Leistung dar. Demgemäß war sie auch keiner Kostenerstattung gemäß § 30 Abs 1 SGB V zugänglich. Ein trotzdem gewährter Zuschuß kann von den Krankenkassen nicht im Wege des Regresses der KZÄV eingefordert werden, selbst wenn die Leistung des behandelnden Zahnarztes fehlerhaft gewesen sein sollte. Die Ablehnung der Beklagten, einen Schadensregreß gegen den Beigeladenen festzusetzen, war somit rechtmäßig.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG. Der Senat hat keinen Anlaß gesehen, der Klägerin die Übernahme auch der Kosten des Beigeladenen aufzuerlegen. Dieser hat im Gerichtsverfahren eine inhaltliche Stellungnahme nicht abgegeben.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)