

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 92/07 B

L 11 (2) KR 124/05 (LSG Nordrhein-Westfalen)
S 9 (19) KR 252/03 (SG Köln)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 19. November 2007 durch den
Präsidenten Dr. h. c. v o n W u l f f e n sowie die Richter Prof. Dr. S c h l e g e l
und Dr. K r e t s c h m e r
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. Juni 2007 wird als unzulässig
verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



Gründe :

I

- 1 Der 1925 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger wurde 1998 nach Diagnose eines Oberkiefer-Tumors und anschließender Resektion (mit Eigenknochenverpflanzung) von dieser unter Anerkennung einer Ausnahmeindikation mit Zahnimplantaten einschließlich Suprakonstruktionen im Oberkiefer versorgt. Mit dem Begehren, auf einen im Mai 2002 gestellten Antrag hin auch die Kosten für eine - schließlich im Jahr 2003 durchgeführte - Implantatversorgung in seinem zahnlosen, atrophierten Unterkiefer erstattet zu erhalten (7.755,79 Euro) ist der Kläger dagegen bislang erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat seine Berufung gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil - teilweise gemäß § 153 Abs 2 SGG auf das Urteil verweisend - zurückgewiesen: Bei dem Kläger liege ausgehend von einem Befundbericht (Prof. Dr. Z.) und einem Sachverständigengutachten (Dr. A.) keine Ausnahme-Indikation nach § 28 Abs 2 Satz 9 SGB V iVm den Zahnbehandlungs-Richtlinien vor, weil sich die Ausnahme nur auf seinen Oberkiefer beziehe. Die Versorgung des Unterkiefers beruhe auf den dortigen atrophierten Kieferverhältnissen. Ausnahmeindikationen seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eng auszulegen. Es liege auch keine "medizinische Gesamtbehandlung" iS von § 28 Abs 2 Satz 9 SGB V vor, weil schon dessen Wortlaut deutlich mache, dass die Behandlung des Oberkiefers nicht automatisch auf den nicht betroffenen Gegenkiefer ausgedehnt werden könne. Die an sich nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehörende Versorgung mit Implantaten einschließlich Suprakonstruktionen werde nämlich grundsätzlich nicht von der zahnärztlichen Behandlung umfasst, sondern nur ausnahmsweise im Zuge einer einheitlichen Behandlung mit Leistungen, die vom Leistungskatalog umfasst werden; die implantologische Leistung sei damit lediglich als Teil einer Gesamtbehandlung zu verstehen (Urteil vom 20.6.2007).
- 2 Der Kläger wendet sich mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil und beantragt zugleich Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Versäumung der Beschwerdebegründungsfrist.

II

- 3 Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 iVm § 169 Satz 3 SGG zu verwerfen. Auch bei Bejahung eines Wiedereinsetzungsgrundes scheitert ihr Erfolg daran, dass Ihre Begründung jedenfalls nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) entspricht.



- 4 Wer sich auf diesen Zulassungsgrund beruft, muss eine Rechtsfrage klar formulieren und ausführen, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (vgl. zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN). Daran fehlt es. Die Beschwerde formuliert zwar die Frage *"ob und inwieweit der Begriff der 'medizinischen Gesamtbehandlung', der in § 28 Abs 2 Satz 9 SGB V vom Gesetzgeber verwandt wird, Ausnahmeindikationen mit Leistungen, die grundsätzlich vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, im Zuge einer einheitlichen Behandlung und damit einer Gesamtbehandlung durchzuführen sind, einbezogen werden"*. Diese Frage ist schon sprachlich unpräzise gefasst. Es bleibt angesichts der für den Senat bindenden Feststellungen des LSG (vgl. § 163 SGG) im Vortrag aber auch unklar, dass es des Tätigwerdens des BSG in einem Revisionsverfahren bedarf, selbst wenn man die Frage sinngemäß dahin verstehen wollte, ob das Vorliegen einer "medizinischen Gesamtbehandlung" iS von § 28 Abs 2 Satz 9 SGB V voraussetzt, dass die streitigen implantologischen Leistungen im Zuge einer einheitlichen Behandlung mit vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten Leistungen erbracht werden. Eine Rechtsfrage ist nämlich nicht klärungsbedürftig, wenn sich ihre Beantwortung bereits - wie hier - ohne Weiteres aus dem Gesetz und/oder bereits ergangener höchstrichterlicher Rechtsprechung ergibt (vgl. zB BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8 S 17; BSG SozR 1500 § 160a Nr 4 S 5 mwN). § 28 Abs 2 Satz 8 und 9 SGB V lauten in der hier maßgeblichen, im Jahr 2003 geltenden Fassung vom 22.12.1999 (BGBl I 2626): "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 Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen 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." Die Beschwerde kann nicht deutlich machen, dass Gesetzeswortlaut und höchstrichterliche Rechtsprechung trotz der grundsätzlichen Herausnahme implantologischer Leistungen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (sowohl aus der Sachleistungserbringung als auch der <Teil->Kostenerstattung) Spielraum für eine Auslegung des Begriffs einer "medizinischen Gesamtbehandlung" lassen, die in der Konstellation des Klägers gleichwohl zu einer Verurteilung der Beklagten führen könnte; denn Streitgegenstand ist allein die Kostenerstattung für die 2003 erfolgte Versorgung des Unterkiefer, die nach dem Beschwerdevorbringen zur Leistungspflicht führen soll, weil dem Kläger 1998 im Oberkiefer Leistungen wegen Ausnahmeindikation gewährt wurden, welche im nun betroffenen Unterkiefer selbst nicht besteht. Die Beschwerde setzt sich zudem nicht mit der Rechtsprechung des BSG auseinander, dass § 28 Abs 2 Satz 9 SGB V eng auszulegen ist und auch zu einem Leistungsausschluss führt, wenn die gesetzlich ausgeschlossene Art der Zahnersatzversorgung als einzig medizinisch sinnvolle Leistung in Betracht kommt (zB Urteil



vom 13.7.2004 - B 1 KR 37/02 R - ArztuR 2005, 134; BSG SozR 4-2500 § 28 Nr 2 RdNr 7, jeweils mwN; vgl auch BSG, Beschluss vom 5.10.2005 - B 1 KR 42/05 B, bestätigt durch BVerfG <Kammer> vom 9.1.2006 - 1 BvR 2344/05).

- 5 Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)