S 6 KR 91/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 91/99
Datum	29.10.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 49/00
Datum	20.03.2002

3. Instanz

Datum	-

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 29. Oktober 1999 aufgehoben und die Klage abgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber eine teilweise Kostenerstattung fÃ¼r zwei routinemÃ¤Ãige Nachbesserungen einer vorangegangenen Implantatbehandlung.

Die 1925 geborene KlÃ¤gerin ist als KVdR-Mitglied bei der Beklagten versichert. Diese bewilligte mit Bescheid vom 27.04. 1992 einen Zuschuss zu den Kosten einer privatÃ¤rztlich durchgefÃ¼hrten Implantatversorgung. Eine solche war nach dem Befund der ZahnÃ¤rzte Dres. A. und K. notwendig, weil wegen einer Atrophie am Ober- und Unterkieferalveolarkamm die Fortsetzung der bisherigen Versorgung mit einer Totalprothese nicht mehr ausreiche. Am 05.11.1992 erfolgte die Zuzahlung der zwischen dem 26.03. und 26.10.1992 erbrachten zahnÃ¤rztlichen Leistungen. Im Folgenden wurde die Erneuerung von "VerschleiÃteilen" (Haltekapseln) der Implantate notwendig, wofÃ¼r die Beklagte nach Auskunft der KlÃ¤gerin die

gesamten Kosten Ã¼bernahm.

Erneut kam es zum Auswechseln eines SekundÃ¤rteils am 20.01. 1998, wofÃ¼r die KlÃ¤gerin am gleichen Tage 383,40 DM an Dr.E. bezahlte. Wann die KlÃ¤gerin diese Rechnung der Beklagten vorlegte, lÃ¤sst sich den Akten nicht entnehmen. Der Stempelaufdruck lautet auf den 19.12.1998. Aus einer Eingabe an den damaligen Gesundheitsminister vom 18.08.1998 geht hervor, dass die Beklagte sich zu diesem Zeitpunkt bereits geweigert hatte, Kosten zu Ã¼bernehmen. Mit Bescheid vom 23.10.1998 (ohne Rechtsmittelbelehrung) lehnte die Beklagte es im schriftlichem Wege ab, die Kosten auch nur teilweise zu erstatten, weil dies fÃ¼r implantologische Leistungen nicht mehr vorgesehen sei, auch die mÃ¶glichen AusnahmefÃ¤lle lÃ¤gen bei der KlÃ¤gerin nicht vor.

Am 03.12.1998 erneuerte Dr.S. in K. weitere VerschleiÃteile (DÃ¤mpfungselemente) und berechnete dafÃ¼r der KlÃ¤gerin 846,47 DM. Der Zahnarzt Dr.S. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen â MDK â prÃ¼fte die darÃ¼ber ausgestellte Rechnung und weitere Unterlagen am 21.12.1998 und kam zu dem Ergebnis, dass die schwere Atrophie des Unterkiefers einen implantatgestÃ¼tzten Zahnersatz erfordere, gleichwohl diese Krankheitsform nicht unter die Ausnahmeregelungen der einschlÃ¤gigen Richtlinie falle. Daraufhin erneuerte die Beklagte im Bescheid vom 04.01.1999 ihre Ablehnung.

Dagegen erhob die KlÃ¤gerin am 14.01.1999 Widerspruch, was zu ihrer persÃ¶nlichen Untersuchung am 25.01.1999 durch den MDK mit dem wiederholenden Ergebnis fÃ¼hrte, wonach eine zufriedenstellende Versorgung durch Implantate einschlieÃlich der Erneuerung der VerschleiÃteile erforderlich sei, gleichwohl die Ausnahmeindikationen nach der Richtlinie nicht erfÃ¼llt wÃ¤ren.

Nunmehr lehnte die Beklagte mit fÃ¶rmlichen Bescheid vom 18.02. 1999 unter Bezugnahme auf ihre vorangegangenen Bescheide eine Kostenbeteiligung endgÃ¼ltig ab. Auch hiergegen legte die KlÃ¤gerin unter Bezug auf ihre bisherigen Rechtsbehelfe Widerspruch ein und bat die Beklagte ihr einen Weg aufzuzeigen, wie sie zu einem "funktionierenden Gebiss" kommen kÃ¶nne. Ohne auf dieses Anliegen einzugehen, bestÃ¤tigte die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 11.05.1999 ihre ablehnende Haltung.

Mit der BegrÃ¼ndung, dass eine andere Versorgung medizinisch ausgeschlossen sei und sie erst nach Abschluss der Erstversorgung von der Notwendigkeit regelmÃ¤Ãiger Erneuerung erfahren habe, erhob die KlÃ¤gerin am 10.06.1999 Klage zum Sozialgericht Augsburg. Dieses gab mit Urteil vom 29.10.1999 die auf Zahlung einer teilweisen Kostenerstattung gerichtete Klage in HÃ¶he der geforderten 594,16 DM statt. Dazu hat das Sozialgericht ausgefÃ¼hrt: Bei Herausnahme implantologischer Versorgung aus der Leistungspflicht der Krankenkasse durch den Gesetzgeber sei dieser davon ausgegangen, dass es alternative BehandlungsmÃ¶glichkeiten gÃ¤be. Eine solche Alternative habe die KlÃ¤gerin 1998 nicht mehr gehabt. Zu dieser Zwangslage habe auch die Beklagte beigetragen, indem sie den Zuschuss gewÃ¤hrt und damit die KlÃ¤gerin davon abgehalten habe, alternative Behandlungsformen zu suchen. Auch sei im

Bewilligungsbescheid 1992 nicht daraufhingewiesen worden, dass Folgekosten nicht Ã¼bernommen wÃ¼rden.

Die Beklagte, deren Berufung durch Beschluss des Sozialgerichts vom 14.03.2000 zugelassen ist, hÃ¤lt das Leistungsverbot bei Implantaten fÃ¼r unbedingt, so dass der Gedanke des EinstehenmÃ¼ssens fÃ¼r die Folgen der vorangegangenen Versorgung nicht greifen wÃ¼rde und die in Lauf gesetzte Entwicklung auch nicht als Systemversagen angesehen werden kÃ¶nnte.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 29. Oktober 1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

SinngemÃ¤Ã beantragt die KlÃ¤gerin,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die durch den Beschluss des Sozialgerichts vom 14.03.2000 ausgesprochene Zulassung der Berufung fÃ¼hrt zu deren ZulÃ¤ssigkeit (Â§ 145 Abs. 5 in der bis 01.01.2002 geltenden Fassung i.V.m. Â§ 151 SGG).

Die Berufung ist begrÃ¼ndet, denn die Beklagte kann unter keinen hier vorliegenden UmstÃ¤nden zu der begehrten Kostenbeteiligung verpflichtet werden. Auch wenn dieses Ergebnis fÃ¼r die KlÃ¤gerin unbefriedigend ist, weil die Beklagte ihr keine alternative Versorgung ihres atrophischen Kiefers zur VerfÃ¼gung stellen kann, entspricht dies dem gesetzgeberischen Willen, wonach die Implantatversorgung bei Kieferatrophie der Eigenvorsorge der Versicherten zuzurechnen ist.

Die von der KlÃ¤gerin geltend gemachten ZahlungsansprÃ¼che lieÃen sich allein auf der Grundlage des Â§ 13 Abs. 3 SGB V realisieren, doch sind entgegen der Annahme des Sozialgerichts die dazu maÃgeblichen Voraussetzungen nicht erfÃ¼llt.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist so konstruiert, dass die Krankenkasse den Versicherten die notwendige Behandlung in Form von Sachleistungen zukommen lÃ¤Ãt (Â§ 2 Abs. 1 und 2 SGB V), indem die Versicherten von den zugelassenen Leistungserbringern, hier also dem Kassenzahnarzt, unter Vorlage ihrer Krankenkarte die vom ihm als zweckmÃ¤Ãig und ausreichend erachtete MaÃnahme erhalten. Ist das nicht mÃ¶glich, beabsichtigt ein Versicherter, sich eine BehandlungsmaÃnahme privat- Ã¤rztlich zu verschafffen, ist er gehalten, sich zuvor mit seiner Krankenkasse in Verbindung zu setzen und deren Entscheidung (in angemessener Zeit) abzuwarten, ob in seinem Fall anstelle der Sachleistung eine Kostenerstattung mÃ¶glich ist. Wird diese Reihenfolge nicht eingehalten und die Krankenkasse vor einer privatÃ¤rztlichen

Behandlung nicht eingeschaltet, scheidet eine Erstattung der entstehenden Behandlungskosten prinzipiell aus (stÃ¤ndige Rechtsprechung des Senats und des BSG z.B. im Urteil vom 19.06.2001 â B 1 KR 23/00R -). Es spricht nach dem Zeitablauf einiges dafÃ¼r, dass die KlÃ¤gerin diese Reihenfolge nicht eingehalten hat, sondern erst die "SekundÃ¤rteile" von Dr.E. vom 20.01.1998 hat erneuern lassen, am gleichen Tage die Rechnung bezahlt und diese danach der Beklagten vorgelegt hat. Eine solche Vorgehensweise wÃ¼rde einen auch nur teilweisen Erstattungsanspruch von vornherein ausschlieÃen, doch lÃ¤sst sich der klÃ¤gerischen Petition vom Sommer 1998 an den damaligen Bundesgesundheitsminister entnehmen, dass vor Erlass des ersten schriftlichen Bescheides vom 23.10.1998 schriftlich nicht festgehaltene VorgÃ¤nge dieser Angelegenheit abgelaufen sein dÃ¼rften. Letztlich kann aber offen bleiben, ob die KlÃ¤gerin bezÃ¼glich der beiden hier streitigen MaÃnahmen vom 20.01. und 02.12. 1998 die Beklagte rechtzeitig vorher eingeschaltet hat oder nicht, denn die Weigerung der Beklagten fÃ¼r die implantatbedingten FolgemaÃnahmen aufzukommen, besteht zu Recht. Es handelt sich dabei um zahnmedizinische MaÃnahmen, die die Beklagte schon nicht im Wege der Sachleistung zu erbringen hat und damit auch nicht in Form der Erstattung.

Als 1992 die Beklagte der KlÃ¤gerin einen Zuschuss zu der medizinisch unstreitig erforderlichen Implantatbehandlung bezahlte, stand rechtlich nicht eindeutig fest, ob auf der Grundlage des damals geltenden Â§ 28 SGB V oder einer anderen Norm ein derartiger Anspruch bestand. Jedenfalls gewÃ¤hrte die Beklagte keine Sachleistung und erstattete von den entstandenen Kosten nur einen Anteil.

Mit Wirkung zum 01.01.1997 stellte das Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.1996 (Bundesgesetzblatt I S. 1631) durch eine ErgÃ¤nzung des Â§ 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V klar, das implantologische MaÃnahmen nicht zu den von den Krankenkassen zu erbringenden Sachleistungen gehÃ¶ren und auch nicht bezuschusst werden dÃ¼rfen. Dieser vollstÃ¤ndige Ausschluss jedweder Leistung im Zusammenhang mit der Implantatversorgung ist ein halbes Jahr spÃ¤ter durch das Gesetz vom 23.06.1997 (Bundesgesetzblatt I S.1520) zum 01.07.1997 abgeÃ¤ndert worden. Seitdem haben Versicherte einen gesetzlichen Anspruch darauf, dass ihnen die Kasse eine notwendig gewordene Implantatversorgung zukommen lÃ¤sst, wenn bestimmte Zahn-/Kiefererkrankungen vorliegen, die abschlieÃend in den vom Bundesausschuss der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen festgelegten Richtlinien aufgelistet sind. Wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat, fÃ¤llt die bei der KlÃ¤gerin vorhandene Atrophie nicht unter diese Ausnahmeindikation und ist auch bewusst nicht in diese Auflistung aufgenommen worden (vgl. BSG vom 19.06.2001 a.a.O.). Damit scheidet nach dem Gesetzeswortlaut und dem gesetzgeberischen Willen beim Krankheitsbild der KlÃ¤gerin implantologische Versorgung fÃ¼r die KlÃ¤gerin zu Lasten der Krankenkasse aus. Neben dem o.a. Urteil hat sich das BSG am 19.06.2001 in weiteren Urteilen (B 1 KR 4/ und 5/00 R) mit der Problematik dieses gesetzlichen Ausschlusses befasst und sieht darin keinen VerstoÃ gegen hÃ¶herrangiges Recht, insbesondere nicht darin, dass die besagten Ausnahmen vom Leistungsausschluss vom Bundesausschuss festgelegt wurde und dessen Katalog abschlieÃend gestaltet ist. Aus dem Gedanken der Eigenvorsorge, wonach den Versicherten nicht sÃ¤mtliche, auch medizinisch unverzichtbare MaÃnahmen

von ihren Krankenkassen abgenommen werden mÃ¼ssen, ist der Gesetzgeber durchaus befugt, bestimmte Behandlungsmethoden aus dem Aufgabenbereich der Kasse herauszunehmen. Das gilt auch dann, wenn wie hier nach dem Wissensstand der modernen Medizin die Implantologie das Mittel der Wahl ist, also keine AuswahlmÃ¶glichkeit fÃ¼r eine andere Form des Zahnersatzes besteht. Ist also bei Vorliegen einer solchen Atrophie wie die, von der die KlÃ¤gerin betroffen ist, eine implantologische Versorgung durch die Krankenkasse nicht mÃ¶glich, gilt dies auch fÃ¼r eine Nachbesserung im Zusammenhang mit einer vormaligen, tatsÃ¤chlich erbrachten Versorgung vor Geltung des nunmehrigen gesetzlichen Ausschlusses.

Davon lÃ¤sst sich auch nicht aus dem Gedanken her abweichen, dass die Beklagte fÃ¼r etwas einzustehen habe, was sie zuvor ihrer Versicherten zugemutet habe. Es wÃ¤re zu denken an FÃ¤lle, wo die Beklagte einen Versicherten, der zunÃ¤chst eine bestimmte, von der Kasse aber abgelehnte Behandlung begehrt hatte, auf eine Kassenleistung verwiesen hat und sich nun weigert, die daraus erwachsenden Folgekosten zu tragen, die bei der abgelehnten Behandlungsmethode nicht angefallen wÃ¤ren. So liegt der Fall hier aber nicht. Es war 1992 nicht von der Beklagten ausgegangen, dass die KlÃ¤gerin sich mit den Implantaten versorgen lieÃ. Dies war medizinisch angezeigt, jedoch nicht als originÃ¤re Kassenleistung im Rahmen des damals nicht ganz klar formulierten Â§ 28 SGB V. Die Beklagte hatte daher damals auch nur einen Zuschuss geleistet. Folgt man den Ãberlegungen des Sozialgerichts kÃ¤me die nunmehr beantragte Bezuschussung der Reparaturleistung nicht in Betracht, wenn die Beklagte sich von vornherein geweigert hÃ¤tte, angesichts der damaligen unklaren Rechtslage, sich Ã¼berhaupt an den Implantatkosten zu beteiligen. Dieses Verhalten, im Zweifel fÃ¼r den Versicherten, kann dann nicht weiter gelten, wenn nunmehr bei eindeutiger Gesetzeslage die Zweifel beseitigt sind und die Implantatversorgung keine Kassenleistung mehr sein kann, sondern der Eigenvorsorge zugerechnet werden muss. Mutet der Gesetzgeber bei atrophiebedingter Notwendigkeit einer Implantatversorgung den Versicherten zu, sich diese selbst zu beschaffen, gilt dies auch fÃ¼r Nachfolgeleistungen, gleichgÃ¼ltig, ob zuvor eine Kassenleistung erfolgte oder nicht. Damit ist die streitige Leistung von der Beklagten weder zu Unrecht abgelehnt worden, noch hat sie diese medizinisch notwendige, rechtlich aber nicht mÃ¶gliche Leistung am 20.01. und 03.12.1998 "nicht rechtzeitig" im Sinne eines Notfalles erbracht (Â§ 13 Abs.3 1. und 2. Alternative SGB V). Die Beklagte hat die Nachbesserungen an den Implantaten zu keiner Zeit geschuldet und kann daher zu einer Kostenbeteiligung nicht herangezogen werden.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach Â§ 193 SGG in der bis 01.01.2002 geltenden Fassung.

Im Hinblick auf die umfangreiche Rechtsprechung, wie sie am 19.06.2001 durch das BSG ergangen ist, besteht kein Grund, die Revision nach Â§ 160 SGG zuzulassen.

Erstellt am: 28.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024