-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	28.04.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	22.03.2000

3. Instanz

Datum	19.06.2001

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 22. MÃ¤rz 2000 und des Sozialgerichts Hannover vom 28. April 1999 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Die Beklagte wendet sich gegen ihre Verurteilung zur GewÃ¤hrung eines Zuschusses zu den Kosten eines auf Implantaten befestigten Zahnersatzes (sogenannte Suprakonstruktion).

Bei der 1939 geborenen KlÃ¤gerin besteht eine fortgeschrittene Atrophie des Alveolarfortsatzes im Unterkiefer; eine Versorgung des zahnlosen Kiefers mit einer herausnehmbaren Totalprothese hat sich als nicht durchfÃ¼hrbar erwiesen. Die KlÃ¤gerin lieÃ sich deshalb im MÃ¤rz 1997 vier Implantate in den Unterkiefer einsetzen, auf denen im September/Oktober 1997 eine Unterkieferprothese befestigt wurde. Nach Einbringung der Implantate beantragte sie zunÃ¤chst

mÃ¼ndlich und sodann im Mai 1997 schriftlich die Zahlung eines Zuschusses zu den Kosten der Zahnbehandlung. Dies lehnte die Beklagte ab, da implantologische Leistungen nicht Bestandteil der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung seien und die KlÃ¤gerin auch nicht unter die zum 1. Juli 1997 eingefÃ¼hrten Ausnahmeindikationen falle (Bescheide vom 25. MÃ¤rz, 29. Mai und 25. September 1997, Widerspruchsbescheid vom 11. Dezember 1997). Das Sozialgericht (SG) Hannover hat die Beklagte dem Grunde nach verurteilt, der KlÃ¤gerin die Kosten der Suprakonstruktion in HÃ¶he des gesetzlichen Zuschusses zu erstatten, der fÃ¼r Zahnersatz bei regulÃ¤ren KieferverhÃ¤ltnissen zu gewÃ¤hren wÃ¤re; im Ã¼brigen, dh hinsichtlich der Aufwendungen fÃ¼r die Implantate, hat es die Klage abgewiesen (Urteil vom 28. April 1999). Die allein von der Beklagten eingelegte Berufung hat das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen mit Urteil vom 22. MÃ¤rz 2000 zurÃ¼ckgewiesen. Es hat ausgefÃ¼hrt, ein Versicherter habe bei verfassungskonformer Auslegung des Â§ 28 Abs 2 Satz 9 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520) Anspruch auf eine implantologische Versorgung, wenn es wegen der KieferverhÃ¤ltnisse keine alternative BehandlungsmÃ¶glichkeit, insbesondere mittels herkÃ¶mmlichen Zahnersatzes, gebe. Zwar seien implantologische Leistungen einschlieÃlich der Suprakonstruktion von der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung grundsÃ¤tzlich ausgeschlossen. Es liege auch keine der vom BundesausschuÃ der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen in den Richtlinien fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤Ãige und wirtschaftliche vertragszahnÃ¤rztliche Versorgung (Zahnbehandlungs-RL) festgelegten Ausnahmeindikationen fÃ¼r besonders schwere FÃ¤lle vor. Insofern enthalte Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V jedoch hinsichtlich der fÃ¼r "normalen" Zahnersatz nicht geeigneten KieferverhÃ¤ltnisse eine planwidrige LÃ¼cke, die unter Beachtung des allgemeinen Gleichheitssatzes zu schlieÃen sei. Die Gleichbehandlung der Versicherten, bei denen die Eingliederung von Implantaten lediglich eine optimale, nicht aber die einzige MÃ¶glichkeit zur Erlangung von Zahnersatz darstelle, und der Versicherten, die keine Behandlungsalternative hÃ¤tten, sei nicht gerechtfertigt. Sinn und Zweck der Regelung stÃ¼nden einer verfassungskonformen Auslegung nicht entgegen, da der Gesetzgeber lediglich eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechende Ãberversorgung habe verhindern wollen.

Mit der Revision rÃ¼gt die Beklagte eine Verletzung des Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V. Sie bestreitet das Vorliegen einer RegelungslÃ¼cke und weist darauf hin, daÃ der Gesetzgeber sich bei den parlamentarischen Beratungen des 2. GKV-NOG ausdrÃ¼cklich gegen eine Einbeziehung der Atrophien in die Leistungspflicht der Krankenversicherung ausgesprochen habe. Im Ã¼brigen bestehe schon deshalb kein Anspruch, weil die KlÃ¤gerin den Leistungsantrag nicht rechtzeitig gestellt und damit den vorgeschriebenen Beschaffungsweg nicht eingehalten habe.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 22. MÃ¤rz 2000 und des Sozialgerichts Hannover vom 28. April 1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das Berufungsurteil fÃ¼r zutreffend. Soweit es um die im Berufungs- und Revisionsverfahren allein noch streitige Suprakonstruktion gehe, sei der Leistungsantrag rechtzeitig vor Behandlungsbeginn gestellt worden, so daÃ der Anspruch hieran nicht scheitern kÃ¶nne. Eine frÃ¼here Antragstellung sei von der Beklagten dadurch verhindert worden, daÃ sie Anfragen hinsichtlich eines Zuschusses verneint und fÃ¶rmliche AntrÃ¤ge nicht entgegengenommen habe.

II

Die Revision der Beklagten hat Erfolg.

Gegenstand des Rechtsstreits ist allein noch der beantragte ZuschuÃ zu den Kosten der im September/Oktober 1997 bei der KlÃ¤gerin eingegliederten Unterkieferprothese (Suprakonstruktion). Ãber die implantologischen Vorleistungen ist dagegen nicht mehr zu entscheiden, nachdem das SG die Klage insoweit abgewiesen und die KlÃ¤gerin kein Rechtsmittel eingelegt hat. Einen ZuschuÃ zu den Aufwendungen fÃ¼r die Suprakonstruktion kann die KlÃ¤gerin entgegen der Ansicht der Vorinstanzen nicht verlangen.

Als Rechtsgrundlage eines darauf gerichteten Anspruchs kommt nur Â§ 13 Abs 3 SGB V in Betracht, nachdem die KlÃ¤gerin sich die in Rede stehende Behandlung auf einem anderen als dem gesetzlich vorgesehenen Weg selbst beschafft hat. Â§ 30 SGB V, der die ModalitÃ¤ten der Versorgung mit Zahnersatz regelt, ist seit seinem Inkrafttreten mehrfach geÃ¤ndert worden. Da es fÃ¼r die Leistungspflicht der Krankenkasse auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Behandlung ankommt und diese im Oktober 1997 abgeschlossen wurde, ist hier die Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) maÃgebend, die bis zum 3. Januar 1998 (Zeitpunkt der VerÃ¶ffentlichung der durch das 2. GKV-NOG eingefÃ¼hrten FestzuschÃ¼sse im Bundesanzeiger, vgl Art 19 Abs 4 2. GKV-NOG) gegolten hat. Zahnersatz wurde danach entgegen der irrefÃ¼hrenden Ãberschrift ("Kostenerstattung bei Zahnersatz") und ungeachtet der vom Versicherten zu leistenden Eigenbeteiligung von den Krankenkassen als Sachleistung gewÃ¤hrt. Die Behandlung war Bestandteil der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung (Â§ 73 Abs 2 Nr 2, Â§ 88 Abs 3 SGB V), und der gesetzliche ZuschuÃ war nicht an den Versicherten oder den Zahnarzt, sondern gemÃ¤Ã Â§ 30 Abs 3 SGB V zugunsten des Versicherten an die KassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung (KZÃV) zu zahlen. Insoweit enthielt das Gesetz eine Klarstellung gegenÃ¼ber der ursprÃ¼nglichen, auf dem Gesundheitsreformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477) beruhenden Fassung des Â§ 30 SGB V, die teilweise als Abkehr vom Sachleistungsgrundsatz gedeutet worden war (siehe dazu: BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 3 S 7 mwN; BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 8 S 33; vgl auch Schmidt in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand: September 2000, Â§ 30 SGB V RdNr 38). Im Behandlungszeitpunkt kam daher eine Kostenerstattung auch bei Zahnersatz

grundsÃ¤tzlich nur nach MaÃgabe der in Â§ 13 Abs 2 und Abs 3 SGB V ausdrÃ¼cklich normierten Durchbrechungen des Sachleistungsprinzips in Betracht.

13 Abs 2 SGB V idF des 2. GKV-NOG ist nicht einschlÃ¤gig. Denn von der durch diese Bestimmung erÃ¶ffneten MÃ¶glichkeit, anstelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung zu wÃ¤hlen, hat die KlÃ¤gerin keinen Gebrauch gemacht. Das Wahlrecht konnte nur in der Weise ausgeÃ¼bt werden, daÃ sich der Versicherte gegenÃ¼ber der Krankenkasse durch eine das VersicherungsverhÃ¤ltnis gestaltende ErklÃ¤rung generell und fÃ¼r die gesamte Krankenbehandlung einheitlich auf das Kostenerstattungsverfahren anstelle des Sachleistungsgrundsatzes festlegte. Eine auf einzelne Behandlungen oder gar Teile einer Behandlung beschrÃ¤nkte WahlmÃ¶glichkeit, wie sie der Senat fÃ¼r die frÃ¼here, von 1993 bis 1997 geltende Gesetzesfassung zugelassen hatte (vgl die Nachweise im Urteil vom 25. September 2000 â B 1 KR 5/99 R â SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 22 S 103), bestand dagegen nicht mehr. Ab dem 1. Juli 1997 galt ua Â§ 13 Abs 2 Satz 5 SGB V, der den Krankenkassen die MÃ¶glichkeit erÃ¶ffnete, in der Satzung zu bestimmen, daÃ die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung fÃ¼r einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind. Eine solche Bindung ist nur denkbar, wenn die Wahl einheitlich fÃ¼r alle von der Kasse geschuldeten Leistungen zu erfolgen hat. Die Aufnahme einer entsprechenden Satzungsbestimmung war den Krankenkassen in der ursprÃ¼nglichen Fassung des Â§ 13 Abs 2 Satz 5 SGB V zwar noch freigestellt; zwingend vorgeschrieben wurde sie erst durch das GKV-SolidaritÃ¤tsstÃ¤rkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 und damit nach der hier streitigen Zeit (siehe jetzt: Â§ 13 Abs 2 Satz 6 SGB V). Der Wortlaut der Vorschrift sowohl in der alten als auch in der neuen Fassung (" â¦ daÃ die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung fÃ¼r einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind") wie auch die BegrÃ¼ndung zum 2. GKV-NOG (BT-Drucks 13/6087 S 14) zeigen jedoch, daÃ der Gesetzgeber als selbstverstÃ¤ndlich von einer allgemeinen, nicht nur auf den einzelnen Behandlungsfall bezogenen Festlegung ausging und lediglich eine Handhabe dafÃ¼r schaffen wollte, die Bindung an die getroffene Wahl fÃ¼r einen bestimmten Zeitraum festzuschreiben.

Die Voraussetzungen fÃ¼r eine Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs 3 SGB V sind nicht erfÃ¼llt. Ein auf diese Vorschrift gestÃ¼tzter Anspruch scheitert schon daran, daÃ die KlÃ¤gerin die streitige Behandlung begonnen hat, ohne sich vorher mit der Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und ihr die GewÃ¤hrung als Sachleistung zu ermÃ¶glichen. Â§ 13 Abs 3 SGB V gewÃ¤hrt einen Kostenerstattungsanspruch fÃ¼r den Ausnahmefall, daÃ eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur VerfÃ¼gung gestellt werden kann. Die Kosten mÃ¼ssen dadurch entstanden sein, daÃ die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder daÃ sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. An dem erforderlichen Kausalzusammenhang fehlt es regelmÃ¤Ãig, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befaÃt wurde, obwohl dies mÃ¶glich gewesen wÃ¤re (stÃ¤ndige Rechtsprechung, vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 15 S 74 mwN; Senatsurteil vom 25. September 2000 â B 1 KR 5/99 R â SozR

3-2500 Â§ 13 Nr 22 S 105 f). So liegt der Fall hier. Nach den nicht angegriffenen Feststellungen des LSG hat die KlÃ¤gerin einen Antrag auf KostenÃ¼bernahme erst nach dem Einsetzen der Implantate im MÃ¤rz 1997 gestellt. Das erstinstanzliche Gericht hat daher zu Recht eine Kostenerstattung fÃ¼r die eigentliche Implantatbehandlung bereits wegen des fehlenden Kausalzusammenhanges verneint. Soweit es fÃ¼r die Suprakonstruktion etwas anderes angenommen hat, weil diese erst nach der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die Beklagte eingegliedert wurde, kann ihm nicht gefolgt werden.

Bei laufenden oder sich Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum erstreckenden Leistungen wird allerdings die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse im allgemeinen als ZÃ¤sur gesehen und die Kostenerstattung nur fÃ¼r diejenigen Leistungen ausgeschlossen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden; fÃ¼r spÃ¤tere Leistungen wird der erforderliche Kausalzusammenhang dagegen bejaht (vgl etwa BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 22 S 106; Urteile des LSG Berlin vom 22. September 1998 â L 9 Kr 30/98; Urteil des LSG Niedersachsen vom 20. Januar 1999 â L 4 KR 171/98). Das kann indes nur gelten, wenn die nachtrÃ¤glich getroffene Entscheidung der Krankenkasse noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. War mit dem eigenmÃ¤chtigen Beginn der Behandlung das weitere Vorgehen bereits endgÃ¼ltig festgelegt, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch fÃ¼r den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt (Senatsurteil vom 24. September 1996 â 1 RK 33/95 â BSGE 79, 125, 128 = SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 11 S 53; Urteil des LSG Berlin vom 22. Oktober 1997 â L 9 Kr 40/95; vgl ferner Urteil des BSG vom 24. Februar 2000 â B 2 U 12/99 R â SozR 3-2200 Â§ 567 Nr 3: keine Kostenerstattung fÃ¼r eine selbstbeschaffte berufliche RehabilitationsmaÃnahme, wenn der UnfallversicherungstrÃ¤ger hiervon erst nach Beginn der MaÃnahme erfÃ¤hrt). Nach diesen rechtlichen MaÃstÃ¤ben stellt sich die Versorgung mit implantatgestÃ¼tztem Zahnersatz als einheitlicher Behandlungsvorgang dar, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lÃ¤Ãt. Die operative Einpflanzung der Implantate in den Kiefer hat den einzigen Sinn, eine StÃ¼tze fÃ¼r den spÃ¤teren Zahnersatz zu schaffen; sind die Implantate vorhanden, ist die Versorgung mit einer Suprakonstruktion unerlÃ¤Ãlich. Ein Versicherter, der sich, ohne die Krankenkasse zu kontaktieren, Implantate einsetzen lÃ¤Ãt, ist daher regelmÃ¤Ãig entschlossen, die Behandlung unabhÃ¤ngig von der Entscheidung der Kasse zu Ende zu fÃ¼hren. FÃ¼r die Entstehung weiterer Kosten durch die Anfertigung und die Eingliederung der implantatgestÃ¼tzten Prothese ist die nachtrÃ¤glich getroffene Entscheidung nicht mehr kausal.

UnabhÃ¤ngig von der verspÃ¤teten Antragstellung kann die KlÃ¤gerin auch deshalb keine Kostenerstattung verlangen, weil die Beklagte die beanspruchten Leistungen zu Recht abgelehnt hat. Das im Zeitpunkt der prothetischen Versorgung im Oktober 1997 geltende Recht bot fÃ¼r die GewÃ¤hrung implantologischer Leistungen bei Kieferatrophie keine Handhabe; die Bereitstellung oder Bezuschussung solcher Leistungen durch die Krankenkasse war entgegen der Auffassung des LSG auch nicht verfassungsrechtlich geboten.

Nach Â§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB V umfaÃ□t der Anspruch des Versicherten auf zahnÃ¤rztliche Behandlung die Versorgung mit Zahnersatz. Ob dazu auch implantatgetragener Zahnersatz gehÃ¶rt, war zunÃ¤chst unklar und im Gesetz nicht geregelt (vgl zum frÃ¼heren Rechtszustand aus Sicht des Leistungserbringungsrechts: Urteil des 6. Senats des BSG vom 3. Dezember 1997 â□□ 6 RKa 40/96 â□□ SozR 3-5555 Â§ 12 Nr 5 S 25 ff = USK 97149; zur Praxis der Krankenkassen: BT-Drucks 13/4615 S 9). Durch das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) vom 1. November 1996 (BGBl I 1631) hat der Gesetzgeber mit Wirkung ab 1. Januar 1997 bestimmt, daÃ□ implantologische Leistungen einschlieÃ□lich der Suprakonstruktion nicht zur zahnÃ¤rztlichen Behandlung gehÃ¶ren und von den Krankenkassen auch nicht bezuschuÃ□t werden dÃ¼rfen (Â§ 28 Abs 2 Satz 8 SGB V idF des BeitrEntlG). Hiervon wurden in der Folge Ausnahmen zugelassen: Seit 1. Juli 1997 wird â□□ bei Beibehaltung der AusschluÃ□regelung im Ã¼brigen â□□ eine Implantatversorgung von der Krankenkasse als Sachleistung gewÃ¤hrt, wenn seltene vom BundesausschuÃ□ der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen in Richtlinien nach Â§ 92 Abs 1 SGB V festzulegende Ausnahmeindikationen fÃ¼r besonders schwere FÃ¤lle vorliegen, in denen der implantatgestÃ¼tzte Zahnersatz Bestandteil einer medizinischen Gesamtbehandlung ist (Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V idF des 2. GKV-NOG). Seit 1. Januar 2000 schlieÃ□lich besteht in weiteren vom BundesausschuÃ□ der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen festzulegenden AusnahmefÃ¤llen ein nach MaÃ□gabe des Â§ 30 SGB V an eine Eigenbeteiligung geknÃ¼pfter Anspruch auf GewÃ¤hrung der zur implantologischen Versorgung gehÃ¶renden Suprakonstruktion, der jedoch die notwendigen Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente nicht umfaÃ□t (Â§ 30 Abs 1 Satz 5 SGB V idF des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKVRefG 2000) vom 22. Dezember 1999 â□□ BGBl I 2626). Die zuletzt genannte Regelung findet hier keine Anwendung, da es fÃ¼r den Kostenerstattungsanspruch auf die Sach- und Rechtslage zur Zeit der Behandlung ankommt und diese bereits im Jahr 1997 stattgefunden hat (zum maÃ□gebenden Zeitpunkt bei Erstattungsbegehren wegen selbstbeschaffter Leistungen: Senatsurteil vom 10. Februar 1993 â□□ 1 RK 31/92 â□□ SozR 3-2200 Â§ 182 Nr 15 S 67; siehe auch Beschluss vom 8. Februar 2000 â□□ B 1 KR 18/99 B â□□ SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 12).

Nach der Rechtslage bei AbschluÃ□ der Behandlung im Oktober 1997 durfte die Krankenkasse eine Implantatversorgung nur unter den engen Voraussetzungen der Ausnahmeregelung in Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V gewÃ¤hren. Eine der dazu vom BundesausschuÃ□ der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen in den Richtlinien fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤Ã□ige und wirtschaftliche vertragszahnÃ¤rztliche Versorgung (Zahnbehandlungs-RL idF vom 24. Juli 1998 â□□ BAnz Nr 177) festgelegten Indikationen (grÃ¶Ã□erer Kiefer- oder Gesichtsdefekt, extreme Mundtrockenheit, genetische Nichtanlage von ZÃ¤hnen, muskulÃ¤re Fehlfunktionen; vgl Abschnitt B VII Nr 29 Zahnbehandlungs-RL) hat bei der KlÃ¤gerin nicht vorgelegen. Kieferdefekte im Sinne der genannten Bestimmung sind nach ausdrÃ¼cklicher Klarstellung nur solche VerÃ¤nderungen, die ihre Ursache in einer Operation wegen eines Tumors, einer Zyste oder einer Osteopathie, in einer EntzÃ¼ndung des Kiefers, einer angeborenen Fehlbildung oder in einem Unfall haben. Bei der allmÃ¤hlichen RÃ¼ckbildung des zahnlosen Kieferknochens im Sinne

einer Atrophie handelt es sich dagegen um einen natÃ¼rlichen Vorgang bei jedem Zahnverlust (vgl stellvertretend Schimming/Schmelzeisen, Klinikarzt 2000, Jg 29, 188). DaÃ□ die Atrophie nicht zu den Ausnahmeindikationen gehÃ¶ren sollte, zeigt sich auch daran, daÃ□ der BundesausschuÃ□ anlÃ¤Ã□lich der Neufassung der Zahnbehandlungs-RL an den Gesetzgeber appelliert hat, den Anwendungsbereich des Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V auf die Versorgung mit Implantaten zu beschrÃ¤nken und alle Arten von Zahnersatz unabhÃ¤ngig von der Frage der implantologischen Versorgung in die Regelung des Â§ 30 SGB V einzubeziehen, weil andernfalls Patienten mit schweren und schwersten Kieferatrophien nicht einmal Anspruch auf den ZuschuÃ□ zum Zahnersatz nach Â§ 30 SGB V hÃ¤tten (ErklÃ¤rung des Bundesausschusses der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen zur Versorgung mit Implantaten und Zahnersatz vom 24. Juli 1998). Im Lichte dieser ErklÃ¤rung kann Abschnitt B VII Nr 29 Zahnbehandlungs-RL nur dahingehend verstanden werden, daÃ□ darin Kieferatrophien nicht erfaÃ□t sind.

Die NichtberÃ¼cksichtigung der AtrophiefÃ¤lle in den Zahnbehandlungs-RL steht mit der ErmÃ¤chtigung in Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V in Einklang. Danach soll eine implantologische Versorgung von den Krankenkassen nur bei seltenen Ausnahmeindikationen in besonders schweren FÃ¤llen bezahlt werden, wenn sie im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erfolgt. Das Letztere schlieÃ□t von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das Ziel der implantologischen Behandlung nicht Ã¼ber die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der KaufÃ¤higkeit hinausreicht. Da der Anspruch auf seltene Ausnahmeindikationen beschrÃ¤nkt bleiben soll, kann er im Ã¼brigen nicht schon in all denjenigen FÃ¤llen bestehen, in denen Implantate medizinisch geboten sind; vielmehr mÃ¼ssen weitere UmstÃ¤nde hinzukommen, die eine auÃ□ergewÃ¶hnliche Situation begrÃ¼nden. Das ist bei Kieferatrophien schon deshalb nicht der Fall, weil sie bei jedem grÃ¶Ã□eren Zahnverlust auftreten, also in der Praxis auÃ□erordentlich hÃ¤ufig sind. FÃ¼r die einschrÃ¤nkende Auslegung sprechen neben dem Wortlaut die in der GesetzesbegrÃ¼ndung herangezogenen Fallbeispiele (Tumoroperationen bzw SchÃ¤del- und Gesichtstraumata) sowie die BegrÃ¼ndung fÃ¼r die spÃ¤tere Erweiterung des Leistungskatalogs bei Zahnersatz um den Anspruch auf implantatgestÃ¼tzte Suprakonstruktionen in Â§ 30 Abs 1 Satz 5 SGB V, fÃ¼r die gerade das Beispiel des atrophierten zahnlosen Kiefers ins Feld gefÃ¼hrt wurde (BT-Drucks 14/1245 S 65). Dazu hÃ¤tte kein AnlaÃ□ bestanden, wenn diese Indikation von Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V aus Sicht des Gesetzgebers bereits erfaÃ□t worden wÃ¤re. SchlieÃ□lich ist aktenkundig, daÃ□ im Gesetzgebungsverfahren zum 2. GKV-NOG Abgrenzungsprobleme fÃ¼r den Fall befÃ¼rchtet wurden, daÃ□ die AtrophiefÃ¤lle in die Ausnahmeregelung aufgenommen wÃ¼rden (vgl die ErklÃ¤rung des Vertreters des BMG vor dem ArbeitsausschuÃ□ "Zahnersatz-Richtlinien" des Bundesausschusses der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen vom 27. MÃ¤rz 1998). Das wiederum lÃ¤Ã□t darauf schlieÃ□en, daÃ□ deren AusschluÃ□ bewuÃ□t in Kauf genommen wurde.

Angesichts all dessen ist fÃ¼r die Annahme einer durch Analogie zu schlieÃ□enden RegelungslÃ¼cke kein Raum. DaÃ□ der Gesetzgeber bei der Fassung der Ausnahmevorschrift gerade die Kieferatrophie als den Hauptanwendungsfall einer implantologischen Versorgung Ã¼bersehen haben kÃ¶nnte, ist angesichts der zuvor

wiedergegebenen ÃuÃerungen auszuschlieÃen. Zwar wurde der AusschluÃ implantologischer Leistungen in der BegrÃ¼ndung zum BeitrEntlG noch damit gerechtfertigt, daÃ es fÃ¼r diese Leistungen alternative BehandlungsmÃ¶glichkeiten gebe, die in der Regel wesentlich wirtschaftlicher seien (BT-Drucks 13/4615 S 9). Der Gesetzgeber hat aber bereits im Zusammenhang mit den RechtsÃ¤nderungen zum 1. Juli 1997 seine Aussage selbst korrigiert, indem dort davon die Rede ist, daÃ der Versicherte in zwingend notwendigen AusnahmefÃ¤llen mit Implantaten versorgt werden soll (BT-Drucks 13/7264 S 59). Darin liegt das EingestÃ¤ndnis, daÃ Alternativen zu Implantaten nicht in allen FÃ¤llen zur VerfÃ¼gung stehen. Gleichzeitig weist der vom 1. Juli 1997 an geltende Gesetzestext so unmiÃverstÃ¤ndlich auf den Ausnahmecharakter der Leistungspflicht fÃ¼r Implantate hin, daÃ kein Spielraum fÃ¼r eine Auslegung bleibt, nach der auch die hÃ¤ufigen FÃ¤lle der mit konventionellem Zahnersatz nicht befriedigend zu versorgenden Kieferatrophien zu den "zwingend notwendigen AusnahmefÃ¤llen" zu rechnen sind.

Die Nichteinbeziehung der Kieferatrophien in die Ausnahmeregelung des Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V verletzt kein Verfassungsrecht.

Welche BehandlungsmaÃnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen und welche davon ausgenommen und damit der Eigenverantwortung des Versicherten (vgl Â§ 2 Abs 1 Satz 1 SGB V) zugeordnet werden, unterliegt aus verfassungsrechtlicher Sicht einem weiten gesetzgeberischen Ermessen, denn ein Gebot zu Sozialversicherungsleistungen in einem bestimmten sachlichen Umfang lÃ¤Ãt sich dem Grundgesetz nicht entnehmen (BSGE 76, 40, 42 f = SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 5 S 14; BSGE 86, 54, 65 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 14 S 71 jeweils mwN aus der Rechtsprechung des BVerfG). Alleiniger verfassungsrechtlicher PrÃ¼fungsmaÃstab ist das Gebot des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art 3 Abs 1 GG), Gleiches gleich und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber nicht jede Differenzierung verwehrt; da der Gleichheitssatz in erster Linie eine ungerechtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern will, unterliegt der Gesetzgeber aber bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmÃ¤Ãig einer strengen Bindung. Dennoch kann er grundsÃ¤tzlich frei entscheiden, auf welche Elemente der zu ordnenden Lebenssachverhalte er seine Unterscheidung stÃ¼tzen will. Eine Grenze ist dann erreicht, wenn sich fÃ¼r seine Ungleichbehandlung kein in angemessenem VerhÃ¤ltnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden lÃ¤Ãt (stellvertretend: BVerfGE 102, 68, 87 = SozR 3-2500 Â§ 5 Nr 42 S 184 mwN).

Im Vergleich zu den Versicherten mit einem Anspruch nach Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V wird die KlÃ¤gerin insofern benachteiligt, als sie die Kosten fÃ¼r die implantologische Versorgung einschlieÃlich der Suprakonstruktion selbst tragen muÃ, obwohl fÃ¼r beide Versichertengruppen konventioneller Zahnersatz nicht mÃ¶glich ist. Die unterschiedliche Behandlung rechtfertigt sich jedoch dadurch, daÃ die Implantatversorgung jeweils verschiedenen Zwecken dient. Bei den vom Gesetz als besonders schwer eingestuften, in Abschnitt B VII Nr 29

Zahnbehandlungs-RL nÃ¤her konkretisierten FÃ¤llen reicht das Behandlungsziel, wie auch die in der GesetzesbegrÃ¼ndung angefÃ¼hrten Beispiele (Resektion/Teilresektion am Kieferknochen bzw SchÃ¤del- und Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten, vgl BT-Drucks 13/7264 S 59 zu Â§ 28 SGB V) zeigen, Ã¼ber eine reine Versorgung mit Zahnersatz hinaus. Dieses Abgrenzungskonzept, das im Gesetz durch den Begriff der Gesamtbehandlung ausgedrÃ¼ckt ist und das â allerdings mit der Wendung "kombinierte BehandlungsmaÃnahmen" â bereits bei der seit dem 1. Januar 1993 angeordneten BeschrÃ¤nkung von kieferorthopÃ¤dischen Leistungen angesprochen wird (nunmehr Â§ 28 Abs 2 Satz 6 und 7 SGB V, dazu Urteil vom 9. Dezember 1997 â 1 RK 11/97 â BSGE 81, 245, 249 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 3 S 11), hat der Senat zwar in einer spÃ¤teren Entscheidung durch die Gesetzesentwicklung insoweit als Ã¼berholt angesehen, als daraus stillschweigende Ausnahmen von Leistungsverboten abgeleitet worden waren (Urteil vom 6. Oktober 1999 â B 1 KR 9/99 R â BSGE 85, 66, 68 ff = SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 10 S 38 ff). Damit ist dem Gesetzgeber jedoch nicht das Recht abgesprochen worden, diesen Gesichtspunkt heranzuziehen, um Ausnahmeindikationen zur Abmilderung von LeistungsausschlÃ¼ssen zu definieren. Vielmehr hat der Senat die VerfassungsmÃ¤Ãigkeit des fraglichen Abgrenzungskriteriums ausdrÃ¼cklich bestÃ¤tigt, weil es ein sachliches Merkmal fÃ¼r die Unterscheidung von Versicherten mit einem besonderen Behandlungsbedarf darstellt. Im selben Zusammenhang hat er auch schon darauf hingewiesen, daÃ das Krankenversicherungsrecht auf einem abschlieÃenden Leistungskatalog beruht und es fÃ¼r die Leistungspflicht nicht darauf ankommt, ob eine ausgeschlossene MaÃnahme den Erfolg einer anderen ermÃ¶glicht, die zum Leistungsumfang gehÃ¶rt (vgl nochmals BSGE 81, 245, 249 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 3 S 11). Beide Gesichtspunkte gelten auch hier, so daÃ weder wegen der getroffenen Unterscheidung noch wegen des Zusammenhangs der ausgeschlossenen Implantate mit dem darauf zu befestigenden Zahnersatz durchgreifende verfassungsrechtliche Bedenken erhoben werden kÃ¶nnen.

Eine weitere Benachteiligung sieht die KlÃ¤gerin darin, daÃ andere Versicherte, deren KieferverhÃ¤ltnisse die Benutzung einer konventionellen schleimhautgetragenen Prothese noch zulassen oder die anstelle selbstbeschaffter Implantate noch Ã¼ber eigene zur Verankerung von Kronen und BrÃ¼cken geeignete ZÃ¤hne bzw Zahnstifte verfÃ¼gen, den gesetzlich vorgesehenen ZuschuÃ zum Zahnersatz erhalten, wÃ¤hrend sie nicht nur fÃ¼r die Implantate, sondern auch fÃ¼r die Kosten der Suprakonstruktion in vollem Umfang selbst aufkommen muÃ. Diese Schlechterstellung hat der Gesetzgeber spÃ¤ter fÃ¼r BehandlungsfÃ¤lle ab dem 1. Januar 2000 abgemildert, indem er fÃ¼r AusnahmefÃ¤lle, zu denen nach Abschnitt VI Nr 38 der Zahnersatz-RL des Bundesausschusses der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen der atrophierte zahnlose Kiefer gehÃ¶rt, einen Anspruch auf Bezuschussung der Suprakonstruktion vorgesehen hat (Â§ 30 Abs 1 Satz 5 SGB V). Auch die hier noch anzuwendende Regelung des 2. GKV-NOG, die einen solchen ZuschuÃ nicht vorsah, war indessen mit dem allgemeinen Gleichheitssatz vereinbar. Der Gesetzgeber ist auch dann, wenn er eine medizinische Behandlung (hier: Zahnersatz) grundsÃ¤tzlich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur VerfÃ¼gung stellt, nicht

gehindert, bestimmte technisch besonders aufwendige oder teuere MaÃnahmen von der Leistungspflicht auszunehmen, wenn ihm dies wegen der zu erwartenden Kosten oder Risiken, wegen des im Normalfall geringen zusÃ¤tzlichen Nutzens oder aus anderen nachvollziehbaren GrÃ¼nden geboten erscheint. Insoweit ist zu beachten, daÃ die Suprakonstruktion auf der einen und herkÃ¶mmlicher Zahnersatz in der Form einer schleimhautgetragenen Prothese oder einer BrÃ¼cke auf der anderen Seite zwar jede auf ihre Weise dieselbe Funktion erfÃ¼llen, im Ã¼brigen aber erhebliche Unterschiede aufweisen, die auch eine abweichende rechtliche Behandlung rechtfertigen kÃ¶nnen. Der wesentliche Unterschied liegt in der technischen AusfÃ¼hrung. Die Suprakonstruktion bildet funktionell eine untrennbare Einheit mit den Implantaten, auf denen sie befestigt wird. Ihre Lebensdauer hÃ¤ngt von der Verankerung, der VertrÃ¤glichkeit und der Haltbarkeit der Implantate ab. Des weiteren handelt es sich bei der Behandlung mit implantatgestÃ¼tztem Zahnersatz um eine relativ neue Methode, fÃ¼r die Langzeitstudien Ã¼ber Haltbarkeit und Funktion erst Ende der neunziger Jahre vorgelegt worden sind (vgl Priest, Single-tooth implants and their role in preserving remaining teeth â A 10-year survival study, International Journal of Maxillofacial Implants 1999, Jg 14 Heft 2, 181 ff; McMillan/Allen/Bin Ismail, A retrospective multicenter evaluation of single tooth implant experience at three centers in the United Kingdom, Journal of Prothetic Dentistry 1998, Jg 79, 410 ff; vgl auch die Untersuchung der vorliegenden klinischen Studien zu Einzelzahn-Implantaten von Creugers/Kreulen/Snoek/de Kanter, A systematic review of single-tooth restorations supported by implants, J Dent 2000, Jg 28 Heft 4, 209 ff; fÃ¼r die Haltbarkeit von festsitzendem Zahnersatz vgl die Studie der UniversitÃ¤t KÃ¶ln, ZM 2000 Nr 22, S 26). Damit ergeben sich Unterschiede, die es im Hinblick auf das Ziel einer wirtschaftlichen und zweckmÃ¤Ãigen, auf das Notwendige beschrÃ¤nkten zahnmedizinischen Versorgung rechtfertigen, implantierten Zahnersatz insgesamt aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung auszuschlieÃen.

Da die angefochtenen Bescheide somit rechtmÃ¤Ãig sind, waren die angefochtenen Urteile aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 19.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024