-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	14.03.1996

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	29.01.1998

3. Instanz

Datum	06.10.1999

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 29. Januar 1998 wird zurÃ¼ckgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist der Umfang des Anspruchs der KlÃ¤gerin auf die Versorgung mit Zahnersatz.

Die KlÃ¤gerin ist pflichtversichertes Mitglied der beklagten Ersatzkasse. Ihre ZÃ¤hne waren frÃ¼her mit AmalgamfÃ¼llungen versorgt worden. Nach deren Entfernung lieÃ sie sich â soweit hier von Interesse â im Mai 1994 Zahnersatz (Voll- und Teilkronen) eingliedern. Die Beklagte gewÃ¤hrte einen ZuschuÃ in HÃ¶he von 60 vH des zahnÃ¤rztlichen Honorars und der Material- und Laborkosten mit Ausnahme der Metallkosten, die pauschal abgerechnet wurden; eine Ãbernahme der vollen Kosten lehnte sie unter Hinweis auf die gesetzliche BeschrÃ¤nkung des Zuschusses in Â§ 30 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

ab. Da das Einkommen der KlÃ¤gerin die gesetzlich festgelegten Grenzen Ã¼berschreite, liege eine unzumutbare Belastung nach der HÃ¤rtefallregelung der Â§ 61 Abs 1 Nr 2, Â§ 62 Abs 2a SGB V nicht vor (Bescheid vom 6. Januar 1993 und Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 1994). Klage und Berufung, mit denen die KlÃ¤gerin eine toxische Belastung durch Quecksilber und andere Schwermetalle geltend machte, hatten keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 14. MÃ¤rz 1996 und Urteil des Hessischen Landessozialgerichts (LSG) vom 29. Januar 1998). Zur BegrÃ¼ndung hat das LSG im wesentlichen ausgefÃ¼hrt, die Leistungspflicht der Beklagten sei im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz gemÃ¤Ã Â§ 30 SGB V auf die Zahlung eines Zuschusses in HÃ¶he von maximal 60 vH begrenzt, so daÃ die KlÃ¤gerin schon den hÃ¶chstmÃ¶glichen ZuschuÃ erhalten habe. Die HÃ¤rtefallregelung greife nicht ein. Die Ursache fÃ¼r die Versorgung mit Zahnersatz sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) fÃ¼r die HÃ¶he der Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen nicht maÃgeblich.

Mit der vom Senat zugelassenen Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin eine Verletzung des Â§ 30 SGB V. Jedenfalls dann, wenn wie in ihrem Fall schwerwiegende Erkrankungen die Entfernung des vorhandenen, krankmachenden ZahnfÃ¼llungsmaterials und die folgende Sanierung mit Zahnersatz medizinisch bzw zahnmedizinisch notwendig machten, seien die dabei anfallenden Sanierungskosten von der Beklagten in vollem Umfang zu erstatten. Davon sei das BSG bereits frÃ¼her wiederholt ausgegangen (Hinweis auf BSG SozR 2200 Â§ 182 Nr 11: Zahnersatz im Zusammenhang mit einem kieferchirurgischen Eingriff und BSGE 45, 212 ff = SozR 2200 Â§ 182 Nr 29: Zahnersatz als Teil einer umfassenden Parodontosebehandlung). Bei ihr liege ein vergleichbarer Zusammenhang zwischen allgemeinmedizinischer, von der Krankenkasse zu gewÃ¤hrender Behandlung und dem streitigen Zahnersatz vor. In anderen FÃ¤llen von ArzneimittelschÃ¤digungen wÃ¼rden die Krankenkassen die medizinisch notwendigen Heilbehandlungskosten Ã¼bernehmen, lediglich bei GesundheitsschÃ¤digungen durch das Arzneimittel Amalgam bzw bei sonstigen Zahnmetall-Legierungen werde dieser Anspruch verweigert. Bei SchÃ¤digungen durch ein von den Krankenkassen zugelassenes ZahnfÃ¼llungsmaterial, wie zB Amalgam, das sogar als Regelversorgung vorgeschrieben sei, wÃ¤re im Ã¼brigen an einen Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse zu denken, der durch einen hÃ¶heren als den in Â§ 30 SGB V vorgesehenen ZuschuÃ zu erfÃ¼llen sei. Im Ã¼brigen rÃ¼gt die KlÃ¤gerin, daÃ die Vorinstanzen den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Amalgam-Problematik nicht ausreichend aufgearbeitet hÃ¤tten.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben sowie die Beklagte unter AbÃ¤nderung ihrer Bescheide zur Zahlung weiterer 2.830,24 DM zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angegriffene Urteil fÃ¼r zutreffend.

II

Die Revision ist unzulÃ¤ssig, soweit dem von der KlÃ¤gerin geforderten Betrag hÃ¶here Metallkosten zugrunde liegen als die von der Beklagten zugestandenen und in HÃ¶he von 60% Ã¼bernommenen 12 DM pro Teilkrone bzw 15 DM pro Vollkrone. Insoweit genÃ¼gt ihre RevisionsbegrÃ¼ndung nicht den gesetzlichen Anforderungen. Nach Â§ 164 Abs 2 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) muÃ die (nach Satz 1) erforderliche RevisionsbegrÃ¼ndung einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit VerfahrensmÃ¤ngel gerÃ¼gt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben. Dabei bedarf es der Darlegung, in welchen Punkten und aus welchen GrÃ¼nden die angefochtene Entscheidung angegriffen wird (BSGE 70, 186, 187 = SozR 3-1200 Â§ 53 Nr 4 S 17; BSG SozR 1500 Â§ 164 Nr 22 und Nr 28 jeweils mwN).

Hat das angefochtene Urteil Ã¼ber eine Mehrheit von prozessualen AnsprÃ¼chen oder Ã¼ber einen aus sonstigen GrÃ¼nden teilbaren Streitgegenstand entschieden, sind die BegrÃ¼ndungsanforderungen fÃ¼r jeden selbstÃ¤ndigen Teilgegenstand zu erfÃ¼llen (BSG USK 96131; BSG 11. November 1993 â 7 RAr 94/92 = DBlR 4086a, AFG/Â§ 117 mwN; BSGE 65, 8, 11 = SozR 1300 Â§ 48 Nr 55 S 159; BSG SozR 1500 Â§ 164 Nr 22). Ein teilbarer Streitgegenstand in diesem Sinne liegt hier vor. Die von der Beklagten fÃ¼r das Material gewÃ¤hrte Pauschale ist nach den Kosten fÃ¼r Palladium-Basis-Legierungen berechnet. Ein Teil der von der Beklagten nicht Ã¼bernommenen Kosten von etwas Ã¼ber 2.800 DM beruht darauf, daÃ bei der KlÃ¤gerin ein anderes Material verwendet wurde. Diese Frage betrifft einen selbstÃ¤ndigen Teil des Streitgegenstandes, nÃ¤mlich nicht die HÃ¶he des von der Beklagten zu Ã¼bernehmenden Anteils an den Gesamtkosten, sondern die Grundlagen fÃ¼r deren Berechnung. Die ErwÃ¤gungen, die eine Ãberschreitung des in Â§ 30 SGB V fÃ¼r die Leistung der Krankenkasse festgelegten Prozentsatzes rechtfertigen sollen, sind vÃ¶llig andere als diejenigen, die mit der Materialkostenpauschale zusammenhÃ¤ngen: Bei der Begrenzung des Kassenanteils geht es um mÃ¶gliche Folgerungen aus der frÃ¼heren Verwendung von AmalgamfÃ¼llungen und die dadurch angeblich verursachten GesundheitsstÃ¶rungen; davon unabhÃ¤ngig mÃ¼Ãte hinsichtlich der Materialkosten Ã¼ber die VertrÃ¤glichkeit von Palladium-Basis-Legierungen entschieden werden, wie der Senat bereits an anderer Stelle ausgefÃ¼hrt hat (BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 5 S 15 f). Unter diesen UmstÃ¤nden hÃ¤tte die RevisionsbegrÃ¼ndung auf diese Frage eingehen und darlegen mÃ¼ssen, warum nach Auffassung der KlÃ¤gerin hÃ¶here als die PauschbetrÃ¤ge der Berechnung der Gesamtkosten zugrunde zu legen gewesen wÃ¤ren und warum das angefochtene Urteil in diesem Punkt Bundesrecht verletzt. Ohne entsprechende AusfÃ¼hrungen kann nicht angenommen werden, daÃ die Erfolgsaussicht der Revision in diesem Punkt vom ProzeÃbevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin geprÃ¼ft worden ist, wie das von der Rechtsprechung zu Â§ 164 SGG verlangt wird, um aussichtslose Revisionen nach MÃ¶glichkeit zu verhindern (vgl nochmals BSG SozR 1500 Â§ 164 Nr 28 mwN). Im Revisionsverfahren sind infolgedessen die GrÃ¼nde der Beklagten fÃ¼r eine beschrÃ¤nkte BerÃ¼cksichtigung von Materialkosten in HÃ¶he von lediglich 12 bzw

15 DM pro Krone bei den Gesamtkosten nicht mehr zu Ã¼berprÃ¼fen.

Soweit sich die Revision auf die HÃ¶he des von der Beklagten zu Ã¼bernehmenden Anteils dieser Gesamtkosten fÃ¼r den Zahnersatz der KlÃ¤gerin bezieht, ist sie zwar zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, daÃ der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Versorgung mit Zahnersatz kein Anspruch auf volle Kostenerstattung zusteht.

Der (unstreitige) Behandlungsanspruch der KlÃ¤gerin ergibt sich aus Â§ 27 Abs 1 Satz 1 und Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB V und umfaÃt grundsÃ¤tzlich auch die Versorgung mit Zahnersatz. Insofern ist die Leistungspflicht der Krankenkasse allerdings nach Â§ 30 SGB V â hier in der bis zum 31. Dezember 1996 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) â auf 60 vH des berÃ¼cksichtigungsfÃ¤higen Aufwands beschrÃ¤nkt. Eine ErhÃ¶hung des Kassenanteils mit RÃ¼cksicht auf regelmÃ¤Ãige Zahnpflege nach Â§ 30 Abs 2 Satz 3 SGB V kommt frÃ¼hestens fÃ¼r Behandlungen im Jahre 1999 in Betracht, so daÃ sie fÃ¼r den bei der KlÃ¤gerin in den Jahren 1993/94 eingegliederten Zahnersatz nicht eingreift. Ein hÃ¶herer Kassenanteil nach den Regeln der Â§Â§ 61, 62 SGB V scheidet ebenfalls aus. Die Beklagte hat bereits im Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 1994 nÃ¤her ausgefÃ¼hrt, daÃ der verbleibende Eigenanteil die KlÃ¤gerin im Sinne dieser Vorschriften nicht unzumutbar belastet. Nachdem diese Feststellung vom LSG bestÃ¤tigt und wÃ¤hrend des gesamten Verfahrens von der KlÃ¤gerin nicht in Zweifel gezogen worden ist, sieht der Senat keinen AnlaÃ, darauf erneut einzugehen.

Nach dem Inhalt der hier einschlÃ¤gigen Gesamtregelung hat die Beklagte infolgedessen ihre Leistungspflicht erfÃ¼llt, indem sie 60 vH der berÃ¼cksichtigungsfÃ¤higen Zahnersatzkosten Ã¼bernommen hat. Die besonderen GrÃ¼nde fÃ¼r die Eingliederung des Zahnersatzes bei der KlÃ¤gerin rechtfertigen keinen hÃ¶heren Prozentsatz. Dieses Ergebnis ist nach der Ãberzeugung des Senats auch nicht verfassungswidrig. Dabei kommt es letztlich nicht darauf an, ob die KlÃ¤gerin deshalb mit Zahnersatz versorgt werden muÃte, weil ihr allgemeiner Gesundheitszustand durch die vorhandenen AmalgamfÃ¼llungen verschlechtert wurde, und ob sie diese zu einem Zeitpunkt erhalten hatte, zu dem sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

Unter dem von der Revision in den Vordergrund gestellten Gesichtspunkt, daÃ die Versorgung mit Zahnersatz in FÃ¤llen wie dem der KlÃ¤gerin als Teil einer allgemein-medizinischen Behandlung betrachtet werden mÃ¼sse, weil sie durch unvertrÃ¤gliche Materialien mit Krankheitsfolgen an anderen Organen als den ZÃ¤hnen veranlaÃt ist, hat der erkennende Senat bereits in seinen Urteilen vom 29. Juni 1994 im Zusammenhang mit einer UnvertrÃ¤glichkeit gegenÃ¼ber einer Goldlegierung und vom 8. MÃ¤rz 1995 im Zusammenhang mit einer Amalgamentfernung Stellung genommen (BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 3 und BSGE 76, 40 = SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 5). Er hat insoweit dargelegt, daÃ das Gesetz einen hÃ¶heren ZuschuÃ auch fÃ¼r den Fall nicht vorsieht, daÃ die Versorgung mit Zahnersatz aus anderen als zahnmedizinischen GrÃ¼nden erfolgt. Denn Â§ 30 Abs 1 Satz 1 SGB V knÃ¼pft die BeschrÃ¤nkung der Kassenleistung an den Gegenstand

(Zahnersatz) und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs. Im Gesetz wird deshalb von medizinisch (und nicht zahnmedizinisch) notwendiger Versorgung gesprochen. Ein RÃ¼ckgriff auf den umfassenden Sachleistungs- oder Naturalverschaffungsanspruch, der sich fÃ¼r zahnÃ¤rztliche Behandlungen aus Â§Â§ 27, 28 Abs 2 SGB V ergibt, verbietet sich, da Â§ 30 SGB V als spezielle Anspruchsnorm die AnsprÃ¼che bei Versorgung mit Zahnersatz abschlieÃend regelt und die Anwendung der allgemeinen Regelungen Ã¼ber die Verschaffung Ã¤rztlicher bzw zahnÃ¤rztlicher Behandlung (als Sach- und Dienstleistung iS von Â§Â§ 27, 28 SGB V) ausschlieÃt. Weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus den Gesetzesmaterialien zum Gesundheits-Reformgesetz (BT-Drucks 11/2237) ergeben sich Anhaltspunkte dafÃ¼r, daÃ die HÃ¶he des Zuschusses von der Art der Erkrankung abhÃ¤ngig sein soll. Die Gesetzessystematik geht vielmehr von der Ã¤rztlichen und zahnÃ¤rztlichen Behandlung einerseits und der Versorgung mit Zahnersatz einschlieÃlich der zugehÃ¶rigen BehandlungsmaÃnahmen andererseits als jeweils selbstÃ¤ndige Leistungen aus, die nicht schon dadurch eine einheitliche Leistung mit umfassender Leistungspflicht der Krankenkasse bilden, daÃ sie medizinisch voneinander abhÃ¤ngig sind. Wegen der HÃ¤ufigkeit des Zusammenhangs mit anderen Ã¤rztlich oder zahnÃ¤rztlich zu behandelnden Erkrankungen hÃ¤tte die BeschrÃ¤nkung auf den KostenzuschuÃ praktisch keine Bedeutung mehr (vgl SozR 3-2500 Nr 3 S 6 ff und BSGE 76, 40, 41 = Nr 5 S 12 f; vgl auch zum gesetzlichen LeistungsausschluÃ fÃ¼r kieferorthopÃ¤dische Behandlungen: BSGE 81, 245, 250 ff = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 3 S 9 ff).

In den zitierten Entscheidungen hat der Senat unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung zur Reichsversicherungsordnung (RVO) bisher noch offen gelassen, ob in besonders gelagerten EinzelfÃ¤llen eine teleologische Reduktion der ZuschuÃregelung des Â§ 30 SGB V in Betracht kommt, wenn die zahnprothetische Versorgung ausnahmsweise ein in medizinisch-technischer Hinsicht untrennbarer Teil einer anderen, im Vordergrund stehenden Behandlung ist. Seinerzeit war es um eine gesichts- oder kieferchirurgische MaÃnahme (BSG SozR 2200 Â§ 182 Nr 11) bzw um eine Parodontose-Behandlung (BSGE 45, 212 = SozR 2200 Â§ 182 Nr 29) gegangen, in deren Rahmen eine zusÃ¤tzliche Versorgung mit Zahnersatz notwendig geworden war. UnabhÃ¤ngig davon, ob eine GebiÃsanierung wegen UnvertrÃ¤glichkeit des frÃ¼her verwendeten Materials ebenfalls einen solchen Ausnahmefall darstellen kann (dagegen bereits BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 3), kommt der Senat nunmehr zum Ergebnis, daÃ die Rechtsprechung zur RVO nicht fortzufÃ¼hren ist. Das beruht vor allem auf den inzwischen beschlossenen Detailregelungen fÃ¼r die verschiedensten Aspekte der zahnmedizinischen Versorgung (Â§Â§ 28 bis 30 SGB V). Seitdem der Gesetzgeber zahnmedizinische AnsprÃ¼che in den wesentlichen Einzelheiten selbst festgelegt hat, kÃ¶nnen Krankenkassen und Gerichte nicht mehr als befugt angesehen werden, sich bei Zahnersatzleistungen unter Berufung auf besondere medizinische ZusammenhÃ¤nge Ã¼ber die eindeutige gesetzliche BeschrÃ¤nkung auf einen bestimmten Kostenanteil hinwegzusetzen und dem Gesetz eine Leistungspflicht ohne Eigenanteil zu entnehmen.

Den beiden hier einschlÃ¤gigen Entscheidungen lagen Behandlungen in den Jahren 1972 und 1974/75 zugrunde (vgl BSG SozR 2200 Â§ 182 Nr 11; BSGE 45, 212 =

SozR 2200 Â§ 182 Nr 29). Bis ins Jahr 1974 enthielt die RVO keine Vorschriften Ã¼ber die Versorgung mit Zahnersatz. Das Reichsversicherungsamt war noch im Jahre 1931 zum Ergebnis gekommen, die Zahnlosigkeit an sich sei keine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (RVA AN 1931, 219). Erst seit dem ErlaÃ vom 2. November 1943 des Reichsarbeitsministers waren die Krankenkassen zu entsprechenden Ermessensleistungen verpflichtet, die einen ZuschuÃ oder die volle KostenÃ¼bernahme beinhalten konnten (AN 1943, 485). Mit dem Gesetz Ã¼ber die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl I 1881) wurde der ErlaÃ zwar aufgehoben, hinsichtlich des Zahnersatzes blieb es aber zunÃ¤chst beim Ermessensspielraum fÃ¼r einen ZuschuÃ oder eine volle KostenÃ¼bernahme (Â§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d RVO in der bis 30. Juni 1977 geltenden Fassung), so daÃ die Versorgung mit Zahnersatz ausdrÃ¼cklich nicht als Sachleistung, sondern als Leistung eigener Art angesehen wurde (BSG SozR 2200 Â§ 182 Nr 11 S 21 mwN). Nach damaligem VerstÃ¤ndnis ging es in den FÃ¤llen einer integrierten Gesamtbehandlung, zu der im Rahmen der Rehabilitation auch der RentenversicherungstrÃ¤ger verpflichtet sein konnte, demnach um die Frage, ob der grundsÃ¤tzlich umfassende Sachleistungsanspruch auf medizinische und zahnmedizinische Behandlung ausnahmsweise auch die Versorgung mit Zahnersatz beinhalten und damit den weniger weit reichenden Ermessensanspruch entbehrlich machen konnte (vgl BSGE 45, 212, 221 = SozR 2200 Â§ 182 Nr 29 S 57).

Von der damaligen unterscheidet sich die heutige Rechtslage in zahlreichen wesentlichen Punkten. Abgesehen davon, daÃ der Umfang der Leistung bei Zahnersatz nicht mehr von einer Ermessensentscheidung abhÃ¤ngt, sind eine Reihe von Einzelheiten der Versorgung mit Zahnersatz ebenso wie der zahnmedizinischen Versorgung Ã¼berhaupt in den Â§Â§ 28 bis 30 SGB V gesetzlich geregelt. Diese Vorschriften kÃ¶nnen nicht mehr â anders als der ErlaÃ von 1943 â als Grundlage fÃ¼r AnsprÃ¼che eigener Art aufgefaÃt werden, deren VerhÃ¤ltnis zum allgemeinen Sachleistungsanspruch nach Â§ 27 SGB V im jeweiligen Einzelfall zu bestimmen ist; vielmehr sind sie als Spezialregelungen zu verstehen, die mit den allgemeinen Regelungen des Â§ 27 SGB V, hier insbesondere Abs 1 Nr 2 ("zahnÃ¤rztliche Behandlung einschlieÃlich der Versorgung mit Zahnersatz") eine Einheit bilden, diese konkretisieren und die AnsprÃ¼che des Versicherten abschlieÃend festlegen. Der frÃ¼her erÃ¶rterte Gegensatz zu einem umfassend verstandenen Sachleistungsanspruch ist inzwischen auch deshalb fragwÃ¼rdig, weil dieser heute nicht nur ausnahmsweise wie frÃ¼her beim Zahnersatz, sondern in zahlreichen FÃ¤llen durch einen vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil beschrÃ¤nkt wird, von dem der Betroffene bei wiederum eigens geregelten Sachverhalten (Â§Â§ 61, 62 SGB V) auch teilweise oder ganz entlastet werden kann.

Unter diesen UmstÃ¤nden muÃ die frÃ¼here Rechtsprechung durch die Gesetzesentwicklung als Ã¼berholt gelten. Wenn heute bestimmte Fallgestaltungen von einer BeschrÃ¤nkung des Versicherungsschutzes ausgenommen sein sollen, kann davon ausgegangen werden, daÃ dies im Gesetz ausdrÃ¼cklich geregelt wird. Das gilt auch unter dem Gesichtspunkt der Behandlungseinheit und insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Leistungen. Der AusschluÃ kieferorthopÃ¤discher Leistungen fÃ¼r Erwachsene in Â§ 28 Abs 2 Satz 2 SGB V in

der vom 1. Januar 1993 an geltenden Fassung (nunmehr Satz 5) wurde nicht beschlossen, ohne gleichzeitig in Satz 3 (nunmehr Satz 6) festzulegen, daÃ fÃ¼r kieferchirurgische und kieferorthopÃ¤dische Kombinationsbehandlungen eine Ausnahme gelte (vgl dazu auch Senatsurteil vom 9. Dezember 1997,

BSGE 81, 245 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 3)

. Ãhnliches galt fÃ¼r die Versorgung mit Zahnersatz, als diese Leistung in den Jahren 1997 und 1998 fÃ¼r Versicherte einer bestimmten Altersstufe zusÃ¤tzlich eingeschrÃ¤nkt war. Auch insoweit waren in Â§ 30 Abs 1a (spÃ¤ter: Abs 2) SGB V Ausnahmen vorgesehen, wenn der Zahnersatz bei der Behandlung einer anderen Erkrankung eine Rolle spielte. Das Schweigen des Â§ 30 SGB V zu Ausnahmen von einer Eigenbeteiligung muÃ deshalb als beredte Abkehr von der frÃ¼heren Auffassung in der Rechtsprechung ausgelegt werden, zumal es bei mittlerweile sieben Ãnderungen des Â§ 30 SGB V seit 1989 an Gelegenheiten nicht gemangelt hÃ¤tte, einen entsprechenden Hinweis in das Gesetz aufzunehmen.

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, daÃ ein mÃ¶glicher ursÃ¤chlicher Zusammenhang der zahnprothetischen Versorgung mit anderen Erkrankungen nicht zu einer ErhÃ¶hung des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils fÃ¼hren kann. Ob andere Erkrankungen bei der KlÃ¤gerin vorliegen und ob diese die hier zu beurteilende Zahnbehandlung veranlaÃt haben, ist daher generell nicht zu prÃ¼fen. Insofern bekrÃ¤ftigt der Senat seine in den Entscheidungen zum SGB V niedergelegte Rechtsauffassung (BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 3 und BSGE 76, 40 = SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 5).

Die dortige Aussage, daÃ der Versicherte auch dann an den Kosten des Zahnersatzes zu beteiligen sei, wenn die Krankenkasse den Behandlungsbedarf veranlaÃt habe, muÃ allerdings aus verfassungsrechtlichen GrÃ¼nden eingeschrÃ¤nkt werden. Sie kann, wie das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Beschluss vom

14. August 1998 (1 BvR 897/98 = NJW 1999, 857 f) entschieden hat, jedenfalls dann nicht aufrecht erhalten werden, wenn die Notwendigkeit des Zahnersatzes auf einer von der gesetzlichen Krankenversicherung gewÃ¤hrten Erstbehandlung beruht, die sich im Nachhinein als gesundheitsschÃ¤dlich und somit als hoheitlicher Eingriff in nicht vermÃ¶genswerte RechtsgÃ¼ter darstellt. Insoweit gebietet Art 2 Abs 2 Satz 1 Grundgesetz (GG) eine verfassungskonforme Auslegung der Vorschriften des SGB V dahingehend, daÃ der Versicherte vom gesetzlichen Eigenanteil freizustellen ist. Eine Erstbehandlung ist als Eingriff in diesem Sinne aufzufassen, wenn der behandelnde Arzt bei Einhaltung der Regeln der Ã¤rztlichen Kunst verpflichtet war, eine ihm keinen Spielraum belassende Vorgabe des Leistungs- oder des Leistungserbringungsrechts zu beachten und nur eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anzuwenden, mit der die Gesundheit des Versicherten geschÃ¤digt worden ist. In einem solchen Fall ist es in Anwendung des richterrechtlich entwickelten Instituts der Aufopferung geboten, die Kosten des Zahnersatzes in vollem Umfang zu Ã¼bernehmen und den Versicherten von dem eigentlich vorgesehenen Eigenanteil zu befreien. Denn der allgemeine

Rechtsgedanke, daÃ der einzelne fÃ¼r ein ihm durch hoheitlichen Zwang unter Verletzung des Gleichheitssatzes im Ã¶ffentlichen Interesse auferlegtes Sonderopfer eine billige EntschÃ¤digung von der Allgemeinheit erhalten soll (ursprÃ¼nglich: Â§ 75 der Einleitung des PreuÃischen Allgemeinen Landrechts von 1794; grundlegend zum Impfschadensrecht: BGHZ 9, 83; BGHZ 45, 290; allgemein: OssenbÃ¼hl, Staatshaftungsrecht, 5. Aufl 1998, S 124 ff), hat nicht nur zur Schaffung zahlreicher gesetzlicher Anspruchsgrundlagen gefÃ¼hrt (aus dem Bereich des Sozialrechts insbesondere: Â§Â§ 51 ff BSeuchG). Vielmehr kann dieser Rechtsgedanke auch bei der Auslegung von Vorschriften zu beachten sein, die wie Â§ 30 SGB V eine Risikoabgrenzung zwischen dem Einzelnen (hier: dem Versicherten) und dem Gemeinwesen (hier reprÃ¤sentiert durch die Krankenkasse) vornehmen.

Insofern Ã¤ndert der Aufopferungsgedanke nichts daran, daÃ es sich um einen Leistungsanspruch aus dem Krankenversicherungsrecht handelt, so daÃ der PrÃ¼fung des eingeklagten Anspruchs unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung weder die besondere Rechtswegzuweisung an die Zivilgerichte in Â§ 40 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung noch die denkbare Passivlegitimation einer anderen staatlichen Stelle als der Krankenkasse entgegengehalten werden kann. Im Ã¼brigen wÃ¼rden aufopferungsrechtliche GrundsÃ¤tze eine Inanspruchnahme der Krankenkasse nicht ohne weiteres ausschlieÃen, denn die mÃ¶glicherweise als Eingriff zu beurteilende Erstbehandlung ist bei dem hier unterstellten Sachverhalt von der gesetzlichen Krankenversicherung in ErfÃ¼llung ihrer Aufgaben veranlaÃt worden (vgl BGH LM PreuÃALR Einl Â§ 74 Nr 7 = NJW-RR 1994, 213 = VersR 1994, 471; dazu auch OssenbÃ¼hl, aaO 138 f).

Die Voraussetzungen fÃ¼r die Befreiung vom gesetzlichen Eigenanteil, die sich aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14. August 1998 und aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Aufopferung ergeben, sind im konkreten Fall der KlÃ¤gerin jedoch nicht erfÃ¼llt, so daÃ es letztlich nicht darauf ankommt, ob die KlÃ¤gerin als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit AmalgamfÃ¼llungen versorgt wurde und ob dadurch bei ihr â wie behauptet â Vergiftungserscheinungen hervorgerufen wurden (zur Problematik vgl Senatsurteil vom 6. Oktober 1999 â B 1 KR 13/97 R, zur VerÃ¶ffentlichung bestimmt). Denn in den mÃ¶glichen gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen hÃ¤tte sich das sog allgemeine Lebensrisiko realisiert; ein vom Aufopferungsanspruch vorausgesetztes Sonderopfer liegt nicht vor. Diese Abgrenzung ist hier danach vorzunehmen, ob der Vertragszahnarzt bei der Erstbehandlung aus GrÃ¼nden der Wirtschaftlichkeit verpflichtet war, nur Amalgam als FÃ¼llungswerkstoff zu verwenden; demgegenÃ¼ber handelt es sich nicht um einen der RisikosphÃ¤re der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnendes Sonderopfer, wenn der Arzt aus einer Mehrzahl von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassener Materialien eines ausgewÃ¤hlt hat, das sich im konkreten Fall als schÃ¤dlich erweist (vgl nochmals BVerfG NJW 1999, 857, 858). Insoweit wÃ¤re durch die Einbeziehung der KlÃ¤gerin in die gesetzliche Krankenversicherung und die damit verbundene BeschrÃ¤nkung auf einen bestimmten Leistungsumfang kein Gefahrenbereich neu geschaffen, der nicht auch auÃerhalb einer staatlichen Zwangsversicherung auf Grund des allgemeinen Risikos jeder medizinischen MaÃnahme in Ã¤hnlicher Form

bestÃ¼nde und der daher in der hoheitlichen MaÃnahme selbst nicht angelegt ist (vgl BGHZ 46, 327 = NJW 1967, 621; BGHZ 60, 302 = VersR 1973, 741; beim enteignungsgleichen Eingriff: BGHZ 100, 335 = LM Nr 36 zu Art 14 GG = NJW 1987, 2573 mwN; vgl auch BGHZ 55, 229 = NJW 1971, 607).

Eine zwingende rechtliche Vorgabe, Amalgam fÃ¼r FÃ¼llungen zu verwenden, kann zum Zeitpunkt der Erstbehandlung der 1965 geborenen KlÃ¤gerin nicht gegolten haben, so daÃ der genaue Zeitpunkt dieser Behandlung nicht ermittelt zu werden braucht. Die noch auf der Grundlage des Â§ 368p RVO erlassenen Richtlinien des Bundesausschusses der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤Ãige und wirtschaftliche kassenzahnÃ¤rztliche Versorgung vom 7. Dezember 1962 (ZÃV-RL, Bekanntgabe am 28. Juni 1963, BAnz Nr 116) sind seit ihrem Inkraftreten bis zu dem von der KlÃ¤gerin veranlaÃten Austausch ihrer AmalgamfÃ¼llungen gegen Zahnersatz bezÃ¼glich der zu verwendenden FÃ¼llungsmaterialien unverÃ¤ndert geblieben. Erst die Fassung vom 6. Juli 1995 (BAnz Nr 153) brachte bezÃ¼glich der zu verwendenden Werkstoffe eine Ãnderung. Vorher sollten bei der konservierenden Behandlung die Ã¼blichen und erprobten plastischen FÃ¼llungsmaterialien verwendet werden. Bei Molaren und PrÃ¤molaren (dh im Seitenzahnbereich) sei in der Regel Amalgam als FÃ¼llungsmaterial angezeigt (Abschnitt B II Nr 5 ZÃV-RL in der ursprÃ¼nglichen Fassung, BAnz 1963 Nr 116; Abschnitt B II Nr 4 seit der Bekanntmachung vom 16. September 1981 (BAnz Nr 192)). Auch soweit diese Richtlinien mit dem Inkrafttreten des SGB V von der Rechtsprechung als verbindlich angesehen werden (BSGE 78, 70, 75 = SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 6 S 30; BSGE 81, 54, 63f = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 18 f), haben sie fÃ¼r die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Gefahrenbereich im Sinne der Rechtsprechung zur Aufopferung neu geschaffen. Denn sie geben das wieder, was dem jeweiligen Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft entspricht und enthalten einen Spielraum fÃ¼r die Therapieentscheidung des behandelnden Zahnarztes.

Die Formulierung in Abschnitt B II Nr 5 (bzw Nr 4) "ist in der Regel â¦ angezeigt" legt sich bereits nach ihrem reinen Wortsinn nur fÃ¼r den Regelfall eine Bindung des Zahnarztes bei; in atypischen FÃ¤llen sind Abweichungen gestattet. Im Sinne einer sogenannten Sollvorschrift hat auch der 14a Senat des BSG in seinem Urteil vom 8. September 1993 diese Vorschrift ausgelegt: Die Richtlinien schrieben die Verwendung von Amalgam im Seitenzahnbereich nicht schlechthin verbindlich vor; sie ordneten aber verbindlich an, daÃ dieses FÃ¼llungsmaterial im Seitenzahnbereich im Regelfall zu verwenden sei und der Einsatz anderer FÃ¼llungsmaterialien nur beim Vorliegen besonderer, vom Regelfall abweichender UmstÃ¤nde zulÃ¤ssig sei (BSG SozR 3-2500 Â§ 2 Nr 2 S 5). Den Richtlinien lÃ¤Ãt sich nicht unmittelbar entnehmen, wann ein Regelfall bzw wann ein atypischer Fall vorliegt. Auch der 14a Senat hat dies in seinem Urteil nicht abschlieÃend entschieden; als mÃ¶gliche Ausnahme hat er eine AmalgamunvertrÃ¤glichkeit genannt.

Die MaÃstÃ¤be fÃ¼r ein Abweichen vom Regelfall sind den damaligen allgemeinen Bestimmungen der ZÃV-RL zu entnehmen. Nach Abschnitt A Nr 4 ZÃV-RL bestimmte der Kassenzahnarzt Art und Umfang der MaÃnahmen â¦ er hatte

mithin die Therapieentscheidung zu treffen. Dabei hatte er die Regeln der Ã¤rztlichen Kunst, dh die anerkannten Regeln der Ã¤rztlichen Wissenschaft (vgl BSGE 55, 144, 146 = SozR 2200 Â§ 368n Nr 26 S 75), zu beachten; er sollte nur Untersuchungs- oder Heilmethoden anwenden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert war (Abschnitt A Nr 2 und Nr 6 ZÃ V-RL). Auf dem Hintergrund dieser Gesamtregelung blieb es auch bei FÃ¼llungen im Seitenzahnbereich letztlich der Entscheidung des Zahnarztes Ã¼berlassen, ob er im Einzelfall Amalgam oder ein anderes Material einsetzte. Die Bezugnahme auf die Regeln der Ã¤rztlichen Kunst bedeutete, daÃ er dabei den besonderen Gesundheitszustand des Patienten und den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion Ã¼ber Vor- und Nachteile der zur VerfÃ¼gung stehenden Methoden zu berÃ¼cksichtigen hatte. Bei den FÃ¼llungswerkstoffen sind dies zB Kriterien wie die vermutete SchÃ¤dlichkeit, Haltbarkeit und Belastbarkeit, FehleranfÃ¤lligkeit bei der Verarbeitung, Umfang des Verlusts von Zahnsubstanz. Nach den damaligen Richtlinien hatte diese RisikoabwÃ¤gung regelmÃ¤Ãig zugunsten von Amalgam auszufallen.

Das schloÃ aber nicht aus, daÃ der Zahnarzt aus besonderen GrÃ¼nden im Einzelfall auch ein anderes Material auswÃ¤hlte. Hinweise hierfÃ¼r waren den Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes (BGA; seit dem 1. Juli 1994: Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) zu entnehmen (vgl den Ãberblick Ã¼ber die Entwicklung in ZahnÃ¤rztliche Mitteilungen 1995, 1049). Im Jahre 1987 empfahl das BGA aus prophylaktischen GrÃ¼nden, wÃ¤hrend der Schwangerschaft keine umfangreichen SanierungsmaÃnahmen mit Amalgam vorzunehmen. Die ZÃ V-RL Ã¼berlieÃen es dem einzelnen Zahnarzt, ob er beispielsweise bei besonders krankheitsanfÃ¤lligen Patienten entsprechend verfuhr. Auch die weitergehenden Vorbehalte des BGA aus dem Jahre 1992 (Amalgam nur noch auf kautragenden FlÃ¤chen im Seitenzahnbereich; weitere EinschrÃ¤nkungen bei bestimmten Patientengruppen) konnten auf Grund der ZÃ V-RL aus dem Jahre 1962 ohne weiteres realisiert werden. Daraus ergibt sich, daÃ es jedenfalls bis zur Neufassung der Richtlinien im Jahre 1995 und der fast gleichzeitigen Ãnderung der Empfehlungen des (jetzigen) BfArM der Zahnarzt in der Hand hatte, von der Regelversorgung mit Amalgam in begrÃ¼ndeten EinzelfÃ¤llen abzuweichen. Das gilt auch unter BerÃ¼cksichtigung der Abrechnungsvorschriften, die jedes erprobte und praxisÃ¼bliche FÃ¼llmaterial zulieÃen (Liebold/ Raff/ Wissing, Kommentar zum einheitlichen BewertungsmaÃstab fÃ¼r kassenzahnÃ¤rztliche Leistungen, Band 2, Stand 1986, III/122 f). Von einem hoheitlichen Eingriff durch zwingende Vorgabe eines sich spÃ¤ter als schÃ¤dlich herausstellenden Materials kann nicht ausgegangen werden.

Der Inhalt der Empfehlungen des damaligen BGA schlieÃt eine Aufopferungslage aus einem weiteren Grund aus. Der Bundesgerichtshof hat in der Anwendung eines noch nicht genÃ¼gend erprobten und spÃ¤ter als gefÃ¤hrlich erkannten Arzneimittels zwar einen mÃ¶glichen Ausgangspunkt fÃ¼r ein Sonderopfer gesehen; er hat diesen Fall aber ausdrÃ¼cklich von FÃ¤llen abgegrenzt, in denen auÃer dem unerprobten Mittel kein anderes erfolgversprechendes zur VerfÃ¼gung stand, so daÃ dadurch kein eigener neuer Gefahrenkreis erÃ¶ffnet worden sei (BGHZ 20, 61, 66). Die verschiedenen Empfehlungen des BGA und nunmehr des

BfArM lassen auch in ihrer Entwicklung den SchluÃ zu, daÃ in der Zeit bis 1995 nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft neben Amalgam kein gleich haltbares und belastbares FÃ¼llmaterial fÃ¼r den Seitenzahnbereich zur VerfÃ¼gung stand; davon geht auch der klÃ¤gerische Vortrag im Revisionsverfahren aus. Seitdem sich dies nach EinschÃ¤tzung des BfArM offenbar geÃ¤ndert hat, sind die Vorbehalte gegen Amalgam mit Bescheid vom 31. MÃ¤rz 1995 nochmals verschÃ¤rft und nunmehr auch auf kautragende FlÃ¤chen im Seitenzahnbereich ausgedehnt worden (vgl hierzu Schmid, BKK 1995, 621; ZahnÃ¤rztliche Mitteilungen 1995, 1046 f). Unter diesen UmstÃ¤nden lÃ¤Ãt sich die Belastung der KlÃ¤gerin mit einem Eigenanteil bei einer durch Amalgam veranlaÃten Zahnersatzbehandlung schon deshalb nicht als Sonderopfer auffassen, weil es sich um ein Risiko handelt, von dem alle BÃ¼rger betroffen sind, deren ZahnkavitÃ¤ten wÃ¤hrend des hier in Rede stehenden Zeitraums gefÃ¼llt werden muÃten und die infolgedessen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft mit Amalgam zu versorgen waren.

Da der KlÃ¤gerin auch unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung keine weitergehenden AnsprÃ¼che zustehen, hat ihre Revision keinen Erfolg. Auf weitere verfassungsrechtliche Bedenken ist der Senat bereits im Urteil vom 8. MÃ¤rz 1995 (BSGE 76, 40 = SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 5) eingegangen. Weder der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14. August 1998 noch der Vortrag der KlÃ¤gerin im jetzigen Verfahren hat hierzu neue Gesichtspunkte ergeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 19.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024