-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	04.05.1994

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	09.09.1997

3. Instanz

Datum	06.10.1999

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 9. September 1997 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.

In den Jahren 1990 und 1991 wurde die KlÃ¤gerin, die bei der beklagten Ersatzkasse krankenversichert ist, mit mehreren Kronen und BrÃ¼cken aus verschiedenen Metall-Legierungen versorgt, die alle einen relativ hohen Kupfer-Anteil enthielten. Einerseits handelte es sich um edelmetallreduzierte Legierungen ("Spargold"), andererseits um eine Palladium-Kupfer-Legierung ("Bond on 4"). Im April 1994 belegte ein Epicutan-Test eine UnvertrÃ¤glichkeit gegenÃ¼ber Kupfersulfat. Deshalb lieÃ sich die KlÃ¤gerin auf Ã¤rztlichen Rat in den Jahren 1994/1995 die Kronen und BrÃ¼cken entfernen und durch Konstruktionen der

Legierung "Degunorm" ersetzen, die sich bei verschiedenen Testungen als gut vertrÃ¤glich erwiesen hatte. Die Beklagte gewÃ¤hrte einen ZuschuÃ zu den Kosten der vertragszahnÃ¤rztlichen Behandlung und den Material- und Laborkosten in HÃ¶he von 60 vH und einen pauschalierten Beitrag zu den Metallkosten. Eine weitergehende Bezuschussung lehnte sie ab (Bescheid vom 24. Februar 1994 und Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 1994 sowie Bescheid vom 19. Oktober 1994).

Klage und Berufung, mit denen die KlÃ¤gerin eine volle KostenÃ¼bernahme begehrte, hatten keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts Itzehoe vom 4. Mai 1995 und Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts (LSG) vom 9. September 1997). Im Berufungsverfahren haben sich die Beteiligten Ã¼ber die HÃ¶he der zu berÃ¼cksichtigenden Materialkosten verglichen. Das LSG fÃ¼hrt in seiner Entscheidung aus, daÃ der KlÃ¤gerin nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 3; BSGE 76, 40, 41 = BSG SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 5) kein Anspruch auf die Ãbernahme des verbleibenden Teils der Kosten in HÃ¶he von 40 vH zustehe. ErgÃ¤nzend wird darauf verwiesen, daÃ im Rahmen der zahnÃ¤rztlichen Behandlung kieferorthopÃ¤dische MaÃnahmen fÃ¼r Erwachsene (Â§ 28 Abs 2 Satz 6 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â SGB V) und seit 1997 auch Kostenerstattung bei Zahnersatz fÃ¼r alle nach 1978 geborenen Versicherten (Â§ 30 Abs 1 SGB V) vollstÃ¤ndig aus dem Leistungsrahmen ausgeschlossen seien. Hiergegen bestÃ¼nden keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.

Mit ihrer vom Senat zugelassenen Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin die Verletzung des Â§ 30 SGB V. In ihrem Fall mÃ¼sse Ã¤hnlich wie in FÃ¤llen von TumorschÃ¤digungen ausnahmsweise eine hundertprozentige Kostenerstattung mÃ¶glich sein (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). Der Gesetzgeber habe keine Aussage des Inhalts getroffen, daÃ Â§ 30 SGB V auch dann eine Kostenerstattungsbegrenzung vorsehe, wenn aus allgemeinmedizinischen GrÃ¼nden eine Neuversorgung mit Zahnersatz notwendig werde. Erst recht kÃ¶nne die Leistungsbegrenzung nicht eingreifen, wenn eine Sanierung deshalb erforderlich geworden sei, weil die gesetzliche Krankenkasse zuvor eine Regelversorgung mit gesundheitsschÃ¤digendem Material veranlaÃt habe. Eine andere Auslegung des Â§ 30 SGB V wÃ¼rde gegen das Sozialstaatsprinzip bzw das Rechtsstaatsprinzip aus Art 20 Abs 1 und 3 Grundgesetz (GG) verstoÃen. Es seien keine GrÃ¼nde ersichtlich, warum in TumorfÃ¤llen eine volle Kostenerstattung anerkannt wÃ¼rde, nicht aber im vergleichbar schweren Fall der KlÃ¤gerin. 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.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben sowie die Beklagte unter AbÃ¤nderung

ihrer Bescheide zur Zahlung weiterer 1.965,03 DM zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend.

II

Die Revision ist unbegrÃ¼ndet. Die Vorinstanzen haben weitere AnsprÃ¼che der KlÃ¤gerin zu Recht verneint.

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 wurde im gesamten Verfahren von der KlÃ¤gerin nicht geltend gemacht. Deshalb sieht der Senat keinen AnlaÃ, darauf 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 Herausnahme des bisherigen und die Eingliederung des neuen 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 erneut mit Zahnersatz versorgt werden muÃte, weil ihr allgemeiner Gesundheitszustand durch das frÃ¼her auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung verwendete Material verschlechtert wurde.

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 (GRG) (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 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 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, daß der einzelne für ein ihm durch hoheitlichen Zwang unter Verletzung des Gleichheitssatzes im öffentlichen Interesse auferlegtes Sonderopfer eine billige Entschädigung von der Allgemeinheit erhalten soll (ursprünglich: § 75 der Einleitung des Preußischen Allgemeinen Landrechts von 1794; grundlegend zum Impfschadensrecht: BGHZ 9, 83; BGHZ 45, 290; allgemein: Ossenbühl, Staatshaftungsrecht, 5. Aufl 1998, S 124 ff), hat nicht nur zur Schaffung zahlreicher gesetzlicher Anspruchsgrundlagen geführt (aus dem Bereich des Sozialrechts insbesondere: §§ 51 ff BSeuchG). Vielmehr kann dieser Rechtsgedanke auch bei der Auslegung von Vorschriften zu beachten sein, die wie § 30 SGB V eine Risikoabgrenzung zwischen dem Einzelnen (hier: dem Versicherten) und dem Gemeinwesen (hier repräsentiert durch die Krankenkasse) vornehmen.

Insofern ändert der Aufopferungsgedanke nichts daran, daß es sich um einen Leistungsanspruch aus dem Krankenversicherungsrecht handelt, so daß der Prüfung des eingeklagten Anspruchs unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung weder die besondere Rechtswegzuweisung an die Zivilgerichte in § 40 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung noch die denkbare Passivlegitimation einer anderen staatlichen Stelle als der Krankenkasse entgegengehalten werden kann. Im Übrigen würden aufopferungsrechtliche Grundsätze eine Inanspruchnahme der Krankenkasse nicht ohne weiteres ausschließen, denn die möglicherweise als Eingriff zu beurteilende Erstbehandlung ist bei dem hier unterstellten Sachverhalt von der gesetzlichen Krankenversicherung in Erfüllung ihrer Aufgaben veranlaßt worden (vgl BGH LM PreußALR Einl § 74 Nr 7 = NJW-RR 1994, 213 = VersR 1994, 471; dazu auch Ossenbühl, aaO 138 f).

Die Voraussetzungen für 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 Klägerin jedoch nicht erfüllt, so daß es letztlich nicht darauf ankommt, welche gesundheitlichen Folgen durch die frühere Eingliederung von kupferhaltigen Legierungen herbeigeführt wurden. Denn in den gesundheitlichen Beeinträchtigungen hätte 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 Gründen der Wirtschaftlichkeit verpflichtet war, nur die kupferhaltigen Legierungen zu verwenden, die von der Klägerin nicht vertragen wurden; demgegenüber handelt es sich nicht um einen der Risikosphäre der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnendes Sonderopfer, wenn der Arzt aus einer Mehrzahl von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassener Materialien eines ausgewählt hat, das sich im konkreten Fall als schädlich erweist (vgl nochmals BVerfG NJW 1999, 857, 858). Insoweit wäre durch die Einbeziehung der Klägerin in die gesetzliche Krankenversicherung und die damit verbundene Beschränkung auf einen bestimmten Leistungsumfang kein Gefahrenbereich neu geschaffen, der nicht auch außerhalb einer staatlichen Zwangsversicherung auf Grund des allgemeinen Risikos jeder medizinischen Maßnahme in ähnlicher Form bestände und der daher in der hoheitlichen Maßnahme 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).

Bei der Erstbehandlung der KlÃ¤gerin in den Jahren 1990/91 bestand keine zwingende rechtliche Vorgabe, fÃ¼r den eingegliederten Zahnersatz die spÃ¤ter bei ihr zu gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen fÃ¼hrenden Metall-Legierungen zu verwenden. EinschlÃ¤gig waren die Richtlinien fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤Ãige und wirtschaftliche kassenzahnÃ¤rztliche Versorgung mit Zahnersatz und mit Zahnkronen in der Fassung vom 31. Oktober 1985 (ZErs-RL, BAnz 1986 Nr 49), die am 1. April 1986 in Kraft getreten sind. Nach den Abschnitten I Nr 12 und Nr 12a sollten nur klinisch erprobte Werkstoffe verwendet werden, bei denen ausreichend gesichert war, daÃ sie der Gesundheit nicht schaden, den chemischen und physikalischen Einwirkungen im Munde widerstehen und der zu erwartenden Beanspruchung genÃ¼gen. Bei der Versorgung mit BrÃ¼cken und Kronen sowie fÃ¼r individuell gefertigte Verbindungselemente sollten in der Regel Palladium-Basis-Legierungen (Palladium-Silber, Palladium-Kupfer) verwendet werden. Edelmetallfreie Legierungen waren ebenfalls zugelassen. SchlieÃlich durften in medizinisch indizierten FÃ¤llen auch andere Legierungen eingesetzt werden.

Soweit der bei der KlÃ¤gerin eingegliederte Zahnersatz aus Spargold-Legierungen bestand, scheidet eine Aufopferungslage von vornherein aus, weil dieses Material im Jahre 1990 nicht (mehr) den ZErs-RL entsprach; die frÃ¼her (ab 1. Januar 1982, BAnz 1981 Nr 192) geltende Regelempfehlung "edelmetallreduzierter" Legierungen war mit Wirkung zum 1. April 1986 in Palladium-Basis-Legierungen geÃ¤ndert worden.

FÃ¼r die zur Regelversorgung gehÃ¶rende Palladium-Kupfer-Legierung "Bond on 4" gilt im Ergebnis nichts anderes. Der Vertragszahnarzt war nach den ZErs-RL weder allgemein auf Palladium-Basis-Legierungen noch speziell auf Palladium-Kupfer-Legierungen festgelegt; eine besondere medizinische Indikation wurde nach den ZErs-RL nur gefordert, wenn der Zahnarzt weder Palladium-Basis-Legierungen noch edelmetallfreie Legierungen verwenden wollte. Selbst in diesen FÃ¤llen verblieb ihm ein Entscheidungsspielraum, denn die medizinischen GrÃ¼nde fÃ¼r die Abweichung von der Regelversorgung waren nicht nÃ¤her prÃ¤zisiert. Unter diesen UmstÃ¤nden sind die Voraussetzungen fÃ¼r einen hoheitlichen Eingriff durch eine keinen Spielraum lassende Vorschrift des Leistungserbringungsrechts nicht erfÃ¼llt; deshalb fehlt es an einem AnknÃ¼pfungspunkt, um die KlÃ¤gerin mit RÃ¼cksicht auf den Aufopferungsgedanken vom gesetzlich vorgesehenen Eigenanteil zu ihrem jetzigen Zahnersatz zu befreien.

Mangels weitergehender AnsprÃ¼che 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