
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	20.07.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	03.02.1999

3. Instanz

Datum	19.06.2001
-------	------------

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 3. Februar 1999 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten einer Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz.

Bei dem Kläger waren die benachbarten Oberkieferschneidezähne 11 und 21 jeweils mit einem Stiftaufbau und einer Krone versorgt. Der Zahn 21 mußte 1996 wegen einer Wurzelfraktur gezogen werden. An seiner Stelle ließ sich der Kläger im April 1997 ein Implantat einsetzen, auf dem im Oktober 1997 eine Krone befestigt wurde. Den zuvor gestellten Antrag, einen Zuschuß zu den Behandlungskosten für die implantatgestützte Krone in Höhe der Kosten zu gewähren, die für eine Brückenversorgung zu übernehmen gewesen wären, hatte die beklagte Krankenkasse abgelehnt (Bescheid vom 5. Februar

1997; Widerspruchsbescheid vom 19. September 1997). Klage und Berufung sind erfolglos geblieben (Urteile des Sozialgerichts Dresden vom 20. Juli 1998 und des Sächsischen Landessozialgerichts (LSG) vom 3. Februar 1999). Das LSG hat auf [Â§ 28 Abs 2 Satz 9](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verwiesen, wonach implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktionen nicht zur zahnärztlichen Behandlung im Sinne des Gesetzes gehören und von den Krankenkassen auch nicht bezuschlagt werden dürfen. Auf die in der Vorschrift getroffene Ausnahmeregelung für besonders schwere Fälle, in denen die Leistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht werden, könne sich der Kläger nicht berufen. Abgesehen davon, daß diese erst am 1. Juli 1997 und damit nach Behandlungsbeginn in Kraft getreten sei, liege keine der insoweit vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmeindikationen vor.

Mit der vom Senat zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung des [Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#). Die dort getroffene Ausnahmeregelung müsse im Wege verfassungskonformer Auslegung auf seinen Fall analog angewandt werden. Als Alternative zur implantatgestützten Versorgung seiner Einzelzahnücke sei nur eine Versorgung mit einer Brücke in Betracht gekommen. Diese hätte jedoch das Abschleifen gesunder Zähne erfordert und sei ihm im Hinblick auf den verfassungsrechtlich gewährleisteten Schutz der körperlichen Unversehrtheit nicht zumutbar gewesen. Das mit dem Ausschluß implantologischer Leistungen verfolgte Ziel der Kostenbegrenzung werde durch die beantragte Entscheidung nicht gefährdet; denn die Beklagte solle nur diejenigen Kosten erstatten, die bei einer von ihr zu gewährenden Brückenversorgung ohnehin angefallen wären.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 3. Februar 1999 und des Sozialgerichts Dresden vom 20. Juli 1998 sowie den Bescheid der Beklagten vom 5. Februar 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. September 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm zu den Kosten der im Oktober 1997 abgeschlossenen Zahnbehandlung einen Zuschuß in Höhe von DM 1.416 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet.

Nach den gestellten Anträgen soll die Beklagte verpflichtet werden, sich im Wege der Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) mit einem Zuschuß in Höhe des Betrages, den sie bei einer Versorgung mit konventionellem Zahnersatz zu tragen hätte, an den Kosten der Versorgung des Klägers mit implantiertem Zahnersatz zu beteiligen. Die Revision bezieht sich damit auf die Mehrkostenregelung in Â§ 30

Abs 4 (heute: Abs 3) SGB V, nach der Versicherte den gesetzlichen Zuschuß zu den Zahnersatzkosten (heute: den von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteil) auch dann beanspruchen können, wenn sie einen aufwendigeren Zahnersatz als notwendig wählen und die Mehrkosten selbst tragen. Diese Regelung setzt indessen voraus, daß auf die Grundleistung als solche ein Anspruch besteht und lediglich die Art der Ausführung über das zahnmedizinisch Gebotene hinausgeht. Ein solcher Fall liegt nicht vor, denn implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion sind bereits ihrer Art nach nicht Gegenstand der von den Krankenkassen geschuldeten zahnärztlichen Versorgung.

Nach [Â§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB V](#) umfaßt der Anspruch des Versicherten auf zahnärztliche Behandlung die Versorgung mit Zahnersatz. Ob dazu auch implantatgetragener Zahnersatz gehört, war zunächst unklar und im Gesetz nicht geregelt (vgl zum früheren 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, daß implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören und von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden dürfen ([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 Ausschlußregelung im übrigen â eine Implantatversorgung von der Krankenkasse als Sachleistung gewährt, wenn seltene vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [Â§ 92 Abs 1 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliegen, in denen der implantatgestützte Zahnersatz Bestandteil einer medizinischen Gesamtbehandlung ist ([Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) idF des Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes (2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 â [BGBl I 1520](#)). Seit 1. Januar 2000 schließlich besteht in weiteren vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen festzulegenden Ausnahmefällen ein nach Maßgabe des [Â§ 30 SGB V](#) an eine Eigenbeteiligung geknüpfter Anspruch auf Gewährung der zur implantologischen Versorgung gehörenden Suprakonstruktion, der jedoch die notwendigen Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente nicht umfaßt ([Â§ 30 Abs 1 Satz 5 SGB V](#) idF des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKVRefG2000) vom 22. Dezember 1999 â [BGBl I 2626](#)). Die zuletzt genannte Regelung findet hier keine Anwendung, da es für den Kostenerstattungsanspruch auf die Sach- und Rechtslage zur Zeit der Behandlung ankommt und diese bereits im Jahr 1997 stattgefunden hat (zum maßgebenden 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 Abschluß 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](#) gewähren. Eine der dazu vom

Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in den Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Zahnbehandlungs-RL idF vom 24. Juli 1998 – BAnz Nr 177) festgelegten Indikationen (gravierender Kiefer- oder Gesichtsdefekt, extreme Mundtrockenheit, genetische Nichtanlage von Zähnen, muskuläre Fehlfunktionen; vgl Teil B, Abschnitt VII, Ziff 29 Zahnbehandlungs-RL) hat beim Kläger ersichtlich nicht vorgelegen, so daß offenbleiben kann, ob die Ausnahmeregelung auf Behandlungen, die bereits vor ihrem Inkrafttreten begonnen wurden, überhaupt anwendbar ist.

Der Ausschluß der Leistungspflicht für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion wie er zum Behandlungszeitpunkt bestanden hat, steht auch mit der Verfassung in Einklang.

Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) ist damit nicht verbunden. [Art 3 Abs 1 GG](#) verpflichtet den Gesetzgeber, Gleiches gleich und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln. Damit ist ihm 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 regelmäßig einer strengen Bindung. Dennoch kann er grundsätzlich frei entscheiden, auf welche Elemente der zu ordnenden Lebenssachverhalte er seine Unterscheidung stützen will. Eine Grenze ist dann erreicht, wenn sich für seine Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem im Vergleich zu den Versicherten mit einem Anspruch nach [Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden läßt (stellvertretend: [BVerfGE 102, 68, 87 = SozR 3-2500 Â§ 5 Nr 42 S 184 mwN](#)).

Welche Behandlungsmaßnahmen 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 läßt 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). Der Gesetzgeber ist deshalb nicht gehindert, zur Erhaltung der Finanzierbarkeit der Krankenversicherung bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche, wie den implantatgestützten Zahnersatz, ganz aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern, insbesondere wenn für die Behandlung der betreffenden Krankheit alternative Methoden zur Verfügung stehen. Müßte er dabei jeweils in großem Umfang Ausnahmeregelungen vorsehen, um etwaigen Ungleichbehandlungen vorzubeugen, würde das seine Gestaltungsfreiheit erheblich einschränken und könnte die angestrebte Wirkung ganz oder teilweise zunichte machen. Gerade bei einem völligen Ausschluß bestimmter Leistungen müssen Unzuträglichkeiten auch in großem Umfang in Kauf genommen werden, wenn nicht die Gefahr der mangelnden Wirksamkeit der Regelung

bestehen soll.

Der Kläger kann dem nicht mit Erfolg entgegenhalten, er werde durch die Beschränkung der Leistungspflicht auf eine alternative Brückenversorgung festgelegt, die mit dem Beschleifen mehrerer gesunder Nachbarzähne und damit einem Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit verbunden sei. Darin liegt auch bei Berücksichtigung der Zwangsmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und der damit verbundenen Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit des Versicherten (vgl hierzu [BVerfGE 97, 271](#), 286 = [SozR 3-2940 Â§ 58 Nr 1](#) S 7) keine gleichheitswidrige Beeinträchtigung. Der Versicherte wird nicht zu einer Versorgung mit herkömmlichem Zahnersatz gezwungen; er kann, wenn er die angebotenen Leistungen ablehnt, die gewünschte Behandlung auf eigene Rechnung beschaffen und das von der Krankenversicherung nicht abgedeckte Risiko gegebenenfalls zusätzlich privat versichern. Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit sind im übrigen nicht nur die Eingriffe in die Zahnschmelze bei einer herkömmlichen Brückenversorgung, sondern auch die durch eine Implantatbehandlung hervorgerufenen Beeinträchtigungen in Rechnung zu stellen. So ist die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz aufgrund der operativen Verankerung des Implantats im Kieferknochen ebenfalls mit einem erheblichen Eingriff in die Körpersubstanz verbunden. Hinzu kommen die mit jedem operativen Eingriff verbundenen gesundheitlichen Risiken. Der Gesetzgeber war auch nicht gehalten, zumindest die Kosten der günstigeren Methode zu übernehmen und damit dem Versicherten die Entscheidung über die Art des körperlichen Eingriffs zu überlassen. Zwar legen Studien nahe, dass die Haltbarkeit von Implantaten derjenigen von feststehendem Zahnersatz wie Brücken zumindest entspricht (vgl Priest, Single-tooth implants and their role in preserving remaining teeth – A 10-year survival study, *International Journal of Maxillofacial Implants* 1999, Jg 14 Heft 2, 181 ff: Von 116 Implantaten waren nach 10 Jahren noch 97,4 % in Funktion; McMillan/Allen/Bin Ismail, A retrospective multicenter evaluation of single tooth implant experience at three centers in the United Kingdom, *Journal of Prosthetic Dentistry* 1998, Jg 79, 410 ff: Von 76 Implantaten waren nach sechs Jahren noch 96 % in Funktion; 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: Neun Studien aus dem Zeitraum von 1990 bis April 1998, die den Anforderungen an eine "good clinical practice" entsprachen, zeigten eine Haltbarkeit von 97 % nach vier Jahren bei insgesamt 459 Implantaten; für die Haltbarkeit von feststehendem Zahnersatz vgl die Studie der Universität Köln, die über 25 Jahre den Zahnersatz von 1070 Versicherten mit 1664 Brücken analysiert hat: nach zehn Jahren waren noch über 85 %, nach fünfzehn über 70 % und nach zwanzig Jahren noch rund 50 % der Brücken in Funktion, *ZM* 2000, Nr 22, S 26). Eine Mehrkostenregelung für die Versorgung mit Implantaten dürfte daher auch bei einer Berücksichtigung von zukünftigem Behandlungsbedarf kostenneutral sein. Mit der Entscheidung gegen eine solche Mehrkostenregelung überschreitet der Gesetzgeber dennoch nicht seinen Gestaltungsspielraum, solange er den Versicherten überhaupt eine Versorgungsform zur Verfügung stellt und eine Abwägung zwischen den beiden möglichen Behandlungsmethoden im Hinblick auf die damit verbundenen Kosten

und Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit nicht eindeutig zugunsten der ausgeschlossenen Methode ausfällt.

Schließlich ergibt sich eine unzulässige Benachteiligung auch nicht daraus, daß Versicherte, die in der Lage des Klägers konventionellen Zahnersatz wählen, den gesetzlich vorgesehenen Zuschuß erhalten, während sie bei einer implantologischen Versorgung nicht nur für die Implantate, sondern auch für die Kosten der dem festsitzenden Zahnersatz vergleichbaren Suprakonstruktion in vollem Umfang selbst aufkommen müssen. Diese Schlechterstellung hat der Gesetzgeber später für Behandlungsfälle ab dem 1. Januar 2000 abgemildert, indem er für Ausnahmefälle, zu denen nach Abschnitt VI Nr 38 der Zahnersatz-RL des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen unter bestimmten (beim Kläger nicht vorliegenden) Voraussetzungen die zahnbegrenzte Einzelzahnücke gehört, einen Anspruch auf die Suprakonstruktion vorgesehen hat ([Â§ 30 Abs 1 Satz 5 SGB V](#)). Auch die hier noch anzuwendende Regelung des 2. GKV-NOG, die einen solchen Zuschuß nicht vorsah, war indessen mit dem allgemeinen Gleichheitssatz vereinbar. Der Gesetzgeber ist auch dann, wenn er eine medizinische Behandlung (hier: Zahnersatz) grundsätzlich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stellt, nicht gehindert, bestimmte technisch besonders aufwendige oder teure Maßnahmen von der Leistungspflicht auszunehmen, wenn ihm dies wegen der zu erwartenden Kosten oder Risiken, wegen des im Normalfall geringen zusätzlichen Nutzens oder aus anderen nachvollziehbaren Gründen geboten erscheint. Insoweit ist zu beachten, daß die Suprakonstruktion auf der einen und herkömmlicher Zahnersatz in der Form einer festsitzenden Brücke auf der anderen Seite zwar jede auf ihre Weise dieselbe Funktion erfüllen, im übrigen aber erhebliche Unterschiede aufweisen, die auch eine abweichende rechtliche Behandlung rechtfertigen können. Der wesentliche Unterschied liegt in der technischen Ausführung. Die Suprakonstruktion bildet funktionell eine untrennbare Einheit mit den Implantaten, auf denen sie befestigt wird. Ihre Lebensdauer hängt von der Verankerung, der Verträglichkeit und der Haltbarkeit der Implantate ab. Des weiteren handelt es sich bei der Behandlung mit implantatgestütztem Zahnersatz um eine relativ neue Methode, für die Langzeitstudien über Haltbarkeit und Funktion, wie zuvor erwähnt, im wesentlichen erst Ende der neunziger Jahre vorgelegt worden sind. Damit ergeben sich Unterschiede, die es im Hinblick auf das Ziel einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen, auf das Notwendige beschränkten zahnmedizinischen Versorgung rechtfertigen, implantierten Zahnersatz insgesamt aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung auszuschließen.

Da die angefochtenen Bescheide rechtmäßig sind, konnte die Revision des Klägers keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Erstellt am: 19.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024