S 3 KR 70/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 KR 70/99
Datum	15.11.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 223/00
Datum	19.02.2002

3. Instanz

Datum	03.09.2003

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 19. Februar 2002 wird zurÃ¼ckgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Die KlÃ¤gerin begehrt die Erstattung von Kosten fÃ¼r Reparaturen an frÃ¼her eingesetzten Zahnimplantaten.

Im Jahre 1992 hatte die beklagte Ersatzkasse der bei ihr krankenversicherten KlÃ¤gerin einen Zuschuss in bisher nicht festgestellter HÃ¶he zu den Kosten fÃ¼r eine implantologische Versorgung gewÃ¤hrt. Dabei werden ZahnlÃ¼cken dadurch Ã¼berbrÃ¼ckt, dass StÃ¼tzen aus Metall oder Keramik in den Kieferknochen eingepflanzt werden, an denen Kronen, BrÃ¼cken oder Prothesen (sog Suprakonstruktionen) befestigt werden; dazwischen kÃ¶nnen stoÃdÃ¤mpfende Ausgleichselemente notwendig sein. Im Jahr 1994 hatten Implantatteile ersetzt werden mÃ¼ssen; auch zu diesen Kosten hatte die Beklagte einen Zuschuss

geleistet.

Einen erneuten Kostenzuschuss zu einer Ã¤hnlichen Reparatur im MÃ¤rz 1999 lehnte die Beklagte jedoch ab (Bescheid vom 22. MÃ¤rz 1999, Widerspruchsbescheid vom 10. Juni 1999). Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte zur Kostenerstattung verurteilt und die Berufung zugelassen. Im Berufungsverfahren ist die Klage abgewiesen worden (Urteil vom 19. Februar 2002). Zur BegrÃ¼ndung hat das Landessozialgericht (LSG) ausgefÃ¼hrt, die implantologische Zahnbehandlung einschlieÃlich eventueller Folgebehandlungen zuvor eingegliederter Implantate habe im Zeitraum vom 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 1999 nur in seltenen AusnahmefÃ¤llen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶rt. Die bei der KlÃ¤gerin festgestellte Kieferatrophie sei kein Ausnahmefall in diesem Sinne. Die einschlÃ¤gigen Gesetzesfassungen bÃ¶ten keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass zwischen der erstmaligen Versorgung mit implantologischen Leistungen und Folgebehandlungen zu differenzieren sei. Das werde durch die BegrÃ¼ndung des Beitragsentlastungsgesetzes -BeitrEntlG- vom 1. November 1996 (BGBl I 1631) und durch die verfassungsrechtlich gebotene Gleichbehandlung von Versicherten mit implantologischer Erstversorgung vor bzw nach dem 1. Januar 1997 bestÃ¤tigt. Selbst wenn vor diesem Stichtag ein Leistungsanspruch fÃ¼r Implantate bestanden haben sollte, sei der Gesetzgeber nicht gehindert gewesen, den Leistungsumfang einzuschrÃ¤nken, denn es gebe keinen verfassungsrechtlichen Vertrauensschutz in den Fortbestand von Leistungsgesetzen. Aus Ã¤hnlichen GrÃ¼nden sei die Beklagte durch die frÃ¼her gewÃ¤hrten ZuschÃ¼sse nicht verpflichtet gewesen, erneut einen Zuschuss zu leisten; die entsprechenden Zusagen seien auf die jeweilige BehandlungsmaÃnahme beschrÃ¤nkt gewesen.

Mit der Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin sinngemÃ¤Ã eine Verletzung von Â§ 28 Abs 2 Satz 9 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Zum Zeitpunkt der Erstversorgung im Jahre 1992 seien Kieferatrophien nicht anders als mit Implantaten zu behandeln gewesen. Der jetzige Leistungsausschluss beruhe mÃ¶glicherweise darauf, dass inzwischen eine Versorgung auch auf anderem Wege in Betracht komme. Deshalb kÃ¶nne er ErhaltungsmaÃnahmen fÃ¼r eine frÃ¼her notwendige medizinische MaÃnahme nicht erfassen. Der vom Bundesausschuss der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen festgelegte Ausnahmekatalog fÃ¼r die implantologische Versorgung kÃ¶nne nicht als abschlieÃend angesehen werden. Ãberdies kÃ¶nne sie sich auf den Gleichbehandlungsgrundsatz berufen, weil andere Versicherte auch nach 1997 die notwendige Versorgung erhalten hÃ¤tten.

Die KlÃ¤gerin beantragt sinngemÃ¤Ã,
das erstinstanzliche Urteil unter Aufhebung des Berufungsurteils wiederherzustellen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend. Zum Anspruch auf implantologische Leistungen bei Kieferatrophie verweist sie insbesondere auf die

Urteile des Senats vom 19. Juni 2001.

II

Die Revision der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass der KlÃ¤gerin ein Anspruch auf Kostenerstattung fÃ¼r die im MÃ¤rz 1999 durchgefÃ¼hrte implantologische MaÃnahme nicht zusteht.

Als Anspruchsgrundlage kommt nur Â§ 13 Abs 3 SGB V in Frage, nachdem die KlÃ¤gerin sich die in Rede stehende Behandlung auf einem anderen als dem gesetzlich vorgesehenen Weg selbst beschafft hat. Nach Â§ 30 Abs 3 SGB V in der vom 1. Januar 1993 bis einschlieÃlich 2. Januar 1998 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) wurde Zahnersatz entgegen der irrefÃ¼hrenden Ãberschrift ("Kostenerstattung bei Zahnersatz") und ungeachtet der vom Versicherten zu leistenden Eigenbeteiligung von den Krankenkassen als Sachleistung gewÃ¤hrt. Zahnersatzbehandlungen waren Bestandteil der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung (Â§ 73 Abs 2 Nr 2, Â§ 88 Abs 3 SGB V), und der gesetzliche Zuschuss war nicht an den Versicherten oder den Zahnarzt, sondern gemÃ¤Ã Â§ 30 Abs 3 SGB V zu Gunsten des Versicherten an die KassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung zu zahlen (so bereits Senatsurteil vom 19. Juni 2001 â BSG SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 6 S 33 f mwN). 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. Ob die dafÃ¼r geltenden Voraussetzungen vorliegend erfÃ¼llt sind, kann letztlich dahinstehen, weil der Kostenerstattungsanspruch jedenfalls daran scheitert, dass die implantologische Versorgung im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten ist.

Der Senat hat mit Urteilen vom 19. Juni 2001 entschieden, dass der Anspruch auf implantologische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 1. Januar 1997 durch Â§ 28 Abs 2 Satz 4 SGB V in der Fassung des BeitrEntlG vom 1. November 1996 (BGBl I 1631) bzw seit dem 1. Juli 1997 durch Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V in der Fassung des Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes (2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 â BGBl I 1520) regelmÃ¤Ãig auch in den FÃ¤llen ausgeschlossen ist, in denen dem Versicherten â etwa wegen einer Kieferatrophie â aus medizinischen GrÃ¼nden anders als mit Implantaten nicht geholfen werden kann; im Vergleich zum Leistungsanspruch in den vom Bundesausschuss der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen festgelegten AusnahmefÃ¤llen oder in den FÃ¤llen konventionell mÃ¶glichen Zahnersatzes liege darin keine verfassungswidrige Benachteiligung (BSGE 88, 166, 168 ff = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 5 S 29 ff; BSG SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 6 S 39 ff). Dabei hat der Senat nicht nur auf den grundsÃ¤tzlich weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen. Vielmehr hat er einen sachlichen Grund fÃ¼r die Differenzierung in der im Vergleich zur konventionellen Versorgung anderen und teureren Technik gesehen, die einerseits mit hÃ¶herem Tragekomfort und verbesserter Kaufunktion einhergehe und die andererseits noch relativ neu sei, sodass Langzeitstudien Ã¼ber Haltbarkeit und

Funktion erst Ende der neunziger Jahre vorgelegt worden seien (BSGE 88, 166, 171 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 5 S 31; BSG SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 6 S 41 mwN). Insofern hÃ¤lt der Senat an seiner Rechtsprechung fest.

Demnach steht Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V in der seit dem 1. Juli 1997 geltenden Fassung dem Sachleistungsanspruch der KlÃ¤gerin entgegen. Dass eine Kieferatrophie, wie sie nach den Feststellungen des LSG bei der KlÃ¤gerin besteht, keine Ausnahmeindikation im Sinne der genannten Bestimmung darstellt, hat der Senat in den zitierten Urteilen ebenfalls bereits nÃ¤her ausgefÃ¼hrt, sodass er zur Vermeidung von Wiederholungen darauf Bezug nimmt. SchlieÃlich kann sich die Revision nicht mit Erfolg darauf berufen, die Beklagte sei unter dem Gesichtspunkt der Folgebehandlung zur Leistung verpflichtet.

Eine ausdrÃ¼ckliche Bewilligungsentscheidung der Beklagten fÃ¼r alle implantologischen FolgemaÃnahmen im Zusammenhang mit der implantologischen Erstversorgung im Jahre 1992 ist vom LSG nicht festgestellt und von der KlÃ¤gerin nicht behauptet. Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V bietet auch unter BerÃ¼cksichtigung der frÃ¼heren Fassung des Â§ 28 Abs 2 Satz 4 SGB V keine Handhabe, den darin enthaltenen Leistungsausschluss nur auf implantologische Erstversorgungen zu beziehen, denn es sind ausdrÃ¼cklich alle implantologischen Leistungen angesprochen. Die mÃ¶gliche Ungenauigkeit in der GesetzesbegrÃ¼ndung zum BeitrEntlG, in der von wirtschaftlicheren Behandlungsalternativen als Implantaten die Rede ist (BT-Drucks 13/4615 S 9), erlaubt keine einschrÃ¤nkende Auslegung des Gesetzeswortlauts, weil dieser keinerlei Hinweis auf einen entsprechenden Vorbehalt enthÃ¤lt und weil der Gesetzgeber schon wenig spÃ¤ter, nÃ¤mlich in der BegrÃ¼ndung zum 2. GKV-NOG, sinngemÃ¤Ã eingerÃ¤umt hat, dass Alternativen zu Implantaten nicht in allen FÃ¤llen zur VerfÃ¼gung stehen (BT-Drucks 13/7264 S 59; dazu auch BSGE 88, 166, 169 f = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 5 S 29). Auch wenn der Gesetzgeber letzte Zweifel hinsichtlich seiner Absichten erst in der BegrÃ¼ndung zu Â§ 30 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 ausgerÃ¤umt hat (vgl BT-Drucks 14/1245 S 65 zum GKVRefG 2000 vom 22. Dezember 1999, BGBl I 2626), lÃ¤sst sich der am 1. Januar 1997 in Kraft getretene Ausschluss nicht anders als auf sÃ¤mtliche implantologischen Leistungen beziehen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus systematischen Ãberlegungen. Wie der Senat schon wiederholt entschieden hat, bestimmt sich der Behandlungsanspruch nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Behandlung (Urteil vom 25. MÃ¤rz 2003 â B 1 KR 17/01 R, zur VerÃ¶ffentlichung bestimmt; BSG SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 12 S 70; BSG SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 12); derselbe Zeitpunkt ist auch fÃ¼r die ZustÃ¤ndigkeit des LeistungstrÃ¤gers maÃgebend (BSGE 89, 86, 87 f = SozR 3-2500 Â§ 19 Nr 4 S 18 f). Daher dÃ¼rfen Bewilligungsentscheidungen grundsÃ¤tzlich nur auf den sie auslÃ¶senden Behandlungsbedarf bezogen werden (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 27 Nr 12 S 59 ff). Mit dessen Beseitigung ist auch die Wirkung der entsprechenden Bewilligungsentscheidung erschÃ¶pft; ein erneuter Behandlungsbedarf lÃ¶st eine erneute PrÃ¼fung der Sach- und Rechtslage aus.

Implantologische Leistungen bilden insoweit keinen Sonderfall. Allerdings kÃ¶nnen einmal in den Kieferknochen einzementierte StÃ¼tzen regelmÃ¤Ãig nur noch mit erheblichem Aufwand oder gar nicht mehr entfernt werden, sodass der Versicherte, der sich zu einer implantologischen Erstversorgung entschlossen hat, die weiteren sich daraus mÃ¶glicherweise jahrzehntelang ergebenden Erhaltungs- und ReparaturmaÃnahmen nicht vermeiden kann. Das ist jedoch bei anderen BehandlungsmaÃnahmen, die wie etwa eine Operation endgÃ¼ltige VerÃ¤nderungen im KÃ¶rper des Patienten bewirken, nicht wesentlich anders; auch darin kann eine endgÃ¼ltige Weichenstellung fÃ¼r weitere medizinische Leistungen liegen. Dennoch kÃ¶nnen einem Versicherten, der sich im Vertrauen auf gewisse unterstÃ¼tzende Leistungen seiner Krankenkasse operieren lÃ¤sst, deshalb nach dem Wegfall dieser Leistungen keine weitergehenden AnsprÃ¼che zustehen als einem Versicherten, bei dem derselbe UnterstÃ¼tzungsbedarf auftritt, ohne dass er operiert wurde. Der Zwang, bereits vorhandene Implantate reparieren zu lassen, ist unter dem krankenversicherungsrechtlichen Gesichtspunkt des Behandlungsbedarfs genauso zu beurteilen wie der durch die medizinische UnmÃ¶glichkeit konventionellen Zahnersatzes begrÃ¼ndete Zwang zu einer implantologischen Erstversorgung. Deshalb gelten fÃ¼r diesen Fall dieselben GrundsÃ¤tze, die der Senat bereits in den Urteilen vom 19. Juni 2001 entwickelt hat.

Die Person des KostentrÃ¤gers ist fÃ¼r die hier zu entscheidende Frage unerheblich, sodass es nicht darauf ankommt, ob die Beklagte, eine andere gesetzliche Krankenkasse, eine private Krankenversicherung oder der Versicherte selbst die Erstversorgung finanziert hat und auf welcher Rechtsgrundlage dies geschehen ist. Folgeverpflichtungen der gesetzlichen Krankenkassen aus frÃ¼heren Behandlungen hat der Senat bisher nur unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung erwogen; das wÃ¼rde voraussetzen, dass sich die frÃ¼here Leistung als hoheitlicher Eingriff darstellt, weil sie auf Grund einer zwingend vorgeschriebenen Vorgehensweise zu einer GesundheitsschÃ¤digung des Versicherten gefÃ¼hrt hat (BSGE 85, 66, 70 = SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 10 S 41). Da hiervon bei der KlÃ¤gerin keine Rede sein kann, bleibt es dabei, dass der Anspruch der KlÃ¤gerin ausgeschlossen ist. Im ÃÃbrigen bestÃ¤tigt diese ÃÃberlegung das Ergebnis, dass die Art der frÃ¼heren Versorgung keine Differenzierung des jetzigen Behandlungsbedarfs erlaubt. Denn die gesetzliche Krankenversicherung ist in erster Linie eine Pflichtversicherung, in die der Versicherte von Gesetzes wegen einbezogen wird. Unterschiedliche LeistungsansprÃ¼che von Versicherten mit gleichem aktuellen Behandlungsbedarf, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten von der Versicherungspflicht erfasst und die deshalb bisher von verschiedenen KostentrÃ¤gern betreut wurden, bedÃ¼rften einer eingehenden Rechtfertigung, fÃ¼r die im Fall der implantologischen Versorgung keine Anhaltspunkte bestehen.

Da das LSG den Anspruch zu Recht abgelehnt hat, war die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Sozialgerichtsgesetz.

Erstellt am: 31.03.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024