
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	08.10.2002

3. Instanz

Datum	03.09.2003
-------	------------

Die Revision der KlÄgerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 8. Oktober 2002 wird zur¼ckgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

Die KlÄgerin begehrt die Erstattung von Kosten f¼r Reparaturen an fr¼her eingesetzten Zahnimplantaten.

Im Jahre 1993 hatte die beklagte Ersatzkasse der bei ihr krankenversicherten KlÄgerin einen Zuschuss in bisher nicht festgestellter H¶he zu den Kosten f¼r eine implantologische Versorgung gew¼hrt. Dabei werden Zahn¼cken dadurch Åberbr¼ckt, dass St¼tzen aus Metall oder Keramik in den Kieferknochen eingepflanzt werden, an denen Kronen, Br¼cken oder Prothesen (sog Suprakonstruktionen) befestigt werden; dazwischen k¶nnen sto¶dÄmpfende Ausgleichselemente notwendig sein. In den Jahren 1994 und 1996 hatten Åberpr¼fungen und Kontrollen stattgefunden, deren Kosten die Beklagte

ebenfalls getragen hatte.

Am 18. Juli 1997 und am 29. Oktober 1999 fanden weitere Behandlungen statt, bei denen vor allem Ausgleichselemente ausgewechselt wurden. Den im Dezember 1999 diesbezüglich eingereichten Antrag auf Kostenübernahme lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 4. Januar 2000, Widerspruchsbescheid vom 24. Mai 2000). Die Klage hatte auch im Berufungsverfahren keinen Erfolg (Urteil vom 8. Oktober 2002). Zur Begründung hat das Landessozialgericht (LSG) ausgeführt, es brauche nicht zu entscheiden, ob die Klägerin mit Rücksicht auf die ständige Praxis der Beklagten bei Implantaten und Suprakonstruktionen berechtigt gewesen sei, die Kostenerstattung erst nach der Behandlung zu beantragen. Jedenfalls scheitere der geltend gemachte Anspruch daran, dass die in Anspruch genommenen implantologischen Leistungen nach der hier einschlägigen, vom 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 1999 geltenden Gesetzesfassung im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten gewesen seien. Eine der vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen definierten Indikationen für die Leistungspflicht in Ausnahmefällen liege bei der Klägerin nicht vor. Der Ausschluss erfasse auch Maßnahmen an bereits vorhandenen Implantaten; das werde durch die einschlägige Gesetzesbegründung und durch die verfassungsrechtlich gebotene Gleichbehandlung von Versicherten mit implantologischer Erstversorgung vor bzw nach dem 1. Januar 1997 bestätigt. Selbst wenn vor diesem Stichtag ein Leistungsanspruch für Implantate bestanden haben sollte, sei der Gesetzgeber nicht gehindert gewesen, den Leistungsumfang einzuschränken, denn es gebe keinen verfassungsrechtlichen Vertrauensschutz in den Fortbestand von Leistungsgesetzen. Aus ähnlichen Gründen sei die Beklagte durch die früher gewährten Zuschüsse nicht verpflichtet gewesen, erneut einen Zuschuss zu leisten. Eine schriftliche Zusage zur Kostenübernahme habe die Beklagte nicht erteilt. In der Bezuschussung der implantologischen Erstversorgung sei auch kein bindender Verwaltungsakt hinsichtlich eventueller Folgekosten zu sehen.

Mit der Revision rügt die Klägerin sinngemäß Verletzungen von [Â§ 28 Abs 2 Satz 9](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und von [Â§Â§ 45, 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Gewährung der implantologischen Erstversorgung, die zu Recht bewilligt worden sei, begründe einen Anspruch auf die Übernahme der Folgekosten. Diese seien für die Beklagte von Anfang an absehbar gewesen; vor der Erstbehandlung habe sich die Klägerin überdies vergewissert, dass die Folgekosten getragen werden würden. In der ursprünglich Bewilligungsentscheidung seien die Folgekosten enthalten gewesen, da es sich um einen einheitlichen Vorgang handle. Dieser rechtmäßige Verwaltungsakt dürfe nicht zurückgenommen, sondern allenfalls mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben werden; eine solche Aufhebung sei bisher nicht erfolgt. Sei er als ursprünglich rechtswidrig anzusehen, könne eine Rücknahme schon wegen der inzwischen abgelaufenen Frist nicht mehr erfolgen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,
die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide sowie der Urteile der Vorinstanzen zur Zahlung von 603,41 € zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Insbesondere sei keine einheitliche Bewilligungsentscheidung über die Erstversorgung und die Folgekosten ergangen; eine entsprechende Regelung ergebe sich auch nicht aus der Kostenerstattung für die zwischenzeitlichen Folgebehandlungen in den Jahren 1994 und 1996.

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass der Klägerin ein Anspruch auf Kostenerstattung für die 1997 und 1999 durchgeführten implantologischen Maßnahmen nicht zusteht.

Als Anspruchsgrundlage kommt nur [Â§ 13 Abs 3 SGB V](#) in Frage, nachdem die Klägerin 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 einschließlich 2. Januar 1998 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)) wurde Zahnersatz entgegen der irreführenden Überschrift ("Kostenerstattung bei Zahnersatz") und ungeachtet der vom Versicherten zu leistenden Eigenbeteiligung von den Krankenkassen als Sachleistung gewährt. Zahnersatzbehandlungen waren Bestandteil der vertragszahnärztlichen 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 gemäß [Â§ 30 Abs 3 SGB V](#) zu Gunsten des Versicherten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu zahlen (so bereits Senatsurteil vom 19. Juni 2001 – BSG [SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 6](#) S 33 f mwN). Im Behandlungszeitpunkt kam daher eine Kostenerstattung auch bei Zahnersatz grundsätzlich nur nach Maßgabe der in [Â§ 13 Abs 2 und Abs 3 SGB V](#) ausdrücklich normierten Durchbrechungen des Sachleistungsprinzips in Betracht. Ob die dafür geltenden Voraussetzungen vorliegend erfüllt 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 Beitragsentlastungsgesetzes (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 – [BGBl I 1520](#)) regelmäßig auch in den Fällen ausgeschlossen ist, in denen dem Versicherten etwa wegen einer Kieferatrophie aus medizinischen Gründen anders als mit Implantaten nicht geholfen werden kann; im Vergleich zum Leistungsanspruch in den vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmefällen oder in den Fällen konventionell möglichem 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 grundsätzlichen weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Festlegung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen. Vielmehr hat er einen sachlichen Grund für die Differenzierung in der im Vergleich zur konventionellen Versorgung anderen und teureren Technik gesehen, die einerseits mit höherem Tragekomfort und verbesserter Kaufunktion einhergehe und die andererseits noch relativ neu sei, sodass Langzeitstudien über 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 hält 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 Klägerin entgegen. Dass eine Kieferatrophie, wie sie nach den Feststellungen des LSG bei der Klägerin besteht, keine Ausnahmeindikation im Sinne der genannten Bestimmung darstellt, hat der Senat in den zitierten Urteilen ebenfalls bereits näher ausgeführt, sodass er zur Vermeidung von Wiederholungen darauf Bezug nimmt. Schließlich kann sich die Revision nicht mit Erfolg darauf berufen, die Beklagte sei unter dem Gesichtspunkt der Folgebehandlung zur Leistung verpflichtet.

Eine ausdrückliche oder sinngemäße Bewilligungsentscheidung für alle implantologischen Folgemaßnahmen im Zusammenhang mit der implantologischen Erstversorgung im Jahre 1993 hat die Beklagte nach den von der Revision unangegriffenen und daher für den Senat gemäß [Â§ 163](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) verbindlichen Tatsachenfeststellungen des LSG nicht erteilt; der dabei vom LSG zu Grunde gelegte rechtliche Ausgangspunkt wird durch die vom Senat in anderem Zusammenhang anzustellenden systematischen Erwägungen bestätigt. Die hier einschlägige Bestimmung des [Â§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) bietet auch unter Berücksichtigung der früheren 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 ausdrücklich alle implantologischen Leistungen angesprochen. Die mögliche Ungenauigkeit in der Gesetzesbegründung zum BeitrEntlG, in der von wirtschaftlicheren Behandlungsalternativen als Implantaten die Rede ist ([BT-Drucks 13/4615 S 9](#)), erlaubt keine einschränkende Auslegung des Gesetzeswortlauts, weil dieser keinerlei Hinweis auf einen entsprechenden Vorbehalt enthält und weil der Gesetzgeber schon wenig später, nämlich in der Begründung zum 2. GKV-NOG, sinngemäß eingeräumt hat, dass Alternativen zu Implantaten nicht in allen Fällen zur Verfügung 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 Begründung zu [Â§ 30 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 ausgeräumt hat (vgl. [BT-Drucks 14/1245 S 65](#) zum GKVRefG 2000 vom 22. Dezember 1999, [BGBl I 2626](#)), lässt sich der am 1. Januar 1997 in Kraft getretene Ausschluss nicht anders als auf sämtliche implantologischen Leistungen beziehen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus systematischen Überlegungen. Wie der Senat schon wiederholt entschieden hat, bestimmt sich der Behandlungsanspruch nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Behandlung (Urteil vom 25. März 2003 – [B 1 KR 17/01 R](#), zur Veröffentlichung bestimmt; BSG [SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 12](#) S 70; BSG [SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 12](#)); derselbe Zeitpunkt ist auch für die Zuständigkeit des Leistungsträgers maßgebend (BSGE 89, 86, 87 f = [SozR 3-2500 Â§ 19 Nr 4](#) S 18 f). Daher dürfen Bewilligungsentscheidungen entgegen der Annahme der Revision grundsätzlich nur auf den sie auslösenden 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 erschöpft; ein erneuter Behandlungsbedarf ist eine erneute Prüfung der Sach- und Rechtslage aus.

Implantologische Leistungen bilden insoweit keinen Sonderfall. Allerdings können einmal in den Kieferknochen einzementierte Stützen regelmäßig 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 möglicherweise jahrzehntelang ergebenden Erhaltungs- und Reparaturmaßnahmen nicht vermeiden kann. Das ist jedoch bei anderen Behandlungsmaßnahmen, die wie etwa eine Operation endgültige Veränderungen im Körper des Patienten bewirken, nicht wesentlich anders; auch darin kann eine endgültige Weichenstellung für weitere medizinische Leistungen liegen. Dennoch können einem Versicherten, der sich im Vertrauen auf gewisse unterstützende Leistungen seiner Krankenkasse operieren lässt, deshalb nach dem Wegfall dieser Leistungen keine weitergehenden Ansprüche zustehen als einem Versicherten, bei dem derselbe Unterstützungsbedarf 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 Unmöglichkeit konventionellen Zahnersatzes begründete Zwang zu einer implantologischen Erstversorgung. Deshalb gelten für diesen Fall dieselben Grundsätze, die der Senat bereits in den Urteilen vom 19. Juni 2001 entwickelt hat.

Die Person des Kostenträgers ist für 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 früheren Behandlungen hat der Senat bisher nur unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung erwogen; das würde voraussetzen, dass sich die frühere Leistung als hoheitlicher Eingriff darstellt, weil sie auf Grund einer zwingend vorgeschriebenen Vorgehensweise zu einer Gesundheitsschädigung des Versicherten geführt hat (BSGE 85, 66, 70 = [SozR 3-2500 Â§ 30 Nr 10](#) S 41). Da hiervon bei der Klägerin keine Rede sein kann, bleibt es dabei, dass der Anspruch der Klägerin ausgeschlossen ist. Im übrigen bestätigt diese Überlegung das Ergebnis, dass die Art der früheren 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 Leistungsansprüche von Versicherten mit gleichem aktuellen Behandlungsbedarf, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten von der Versicherungspflicht erfasst und die deshalb bisher von verschiedenen Kostenträgern betreut wurden, bedürften einer eingehenden Rechtfertigung, für die im Fall der implantologischen Versorgung keine Anhaltspunkte bestehen.

Da die Vorinstanzen den Anspruch zu Recht abgelehnt haben, war die Revision zurückzuweisen.

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

Erstellt am: 15.03.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024