-

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 KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 8. Oktober 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 1993 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. In den Jahren 1994 und 1996 hatten Ãberprüfungen 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 diesbezÃ¼glich eingereichten Antrag auf KostenÃ¼bernahme 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 BegrÃ¼ndung hat das Landessozialgericht (LSG) ausgefÃ¼hrt, es brauche nicht zu entscheiden, ob die KlÃ¤gerin mit RÃ¼cksicht auf die stÃ¤ndige 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 einschlÃ¤gigen, vom 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 1999 geltenden Gesetzesfassung im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten gewesen seien. Eine der vom Bundesausschuss der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen definierten Indikationen fÃ¼r die Leistungspflicht in AusnahmefÃ¤llen liege bei der KlÃ¤gerin nicht vor. Der Ausschluss erfasse auch MaÃnahmen an bereits vorhandenen Implantaten; das werde durch die einschlÃ¤gige GesetzesbegrÃ¼ndung 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. Eine schriftliche Zusage zur KostenÃ¼bernahme habe die Beklagte nicht erteilt. In der Bezuschussung der implantologischen Erstversorgung sei auch kein bindender Verwaltungsakt hinsichtlich eventueller Folgekosten zu sehen.

Mit der Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin sinngemÃ¤Ã Verletzungen von Â§ 28 Abs 2 Satz 9 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und von Â§Â§ 45, 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die GewÃ¤hrung der implantologischen Erstversorgung, die zu Recht bewilligt worden sei, begrÃ¼nde einen Anspruch auf die Ãbernahme der Folgekosten. Diese seien fÃ¼r die Beklagte von Anfang an absehbar gewesen; vor der Erstbehandlung habe sich die KlÃ¤gerin Ã¼berdies vergewissert, dass die Folgekosten getragen werden wÃ¼rden. In der ursprÃ¼nglichen Bewilligungsentscheidung seien die Folgekosten enthalten gewesen, da es sich um einen einheitlichen Vorgang handle. Dieser rechtmÃ¤Ãige Verwaltungsakt dÃ¼rfe nicht zurÃ¼ckgenommen, sondern allenfalls mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft aufgehoben werden; eine solche Aufhebung sei bisher nicht erfolgt. Sei er als ursprÃ¼nglich rechtswidrig anzusehen, kÃ¶nne eine RÃ¼cknahme schon wegen der inzwischen abgelaufenen Frist nicht mehr erfolgen.

Die KlÃ¤gerin beantragt sinngemÃ¤Ã,
die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide sowie der Urteile der Vorinstanzen zur Zahlung von 603,41 Â¤ zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend. Insbesondere sei keine einheitliche Bewilligungsentscheidung Ã¼ber die Erstversorgung und die Folgekosten ergangen; eine entsprechende Regelung ergebe sich auch nicht aus der Kostenerstattung fÃ¼r die zwischenzeitlichen Folgebehandlungen in den Jahren 1994 und 1996.

II

Die Revision der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, dass der KlÃ¤gerin ein Anspruch auf Kostenerstattung fÃ¼r die 1997 und 1999 durchgefÃ¼hrten implantologischen MaÃnahmen 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 Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG vom 1. November 1996 â 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 oder sinngemÃ¤Ãe Bewilligungsentscheidung fÃ¼r alle implantologischen FolgemaÃnahmen im Zusammenhang mit der implantologischen Erstversorgung im Jahre 1993 hat die Beklagte nach den von der Revision unangegriffenen und daher fÃ¼r den Senat gemÃ¤Ã 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 ErwÃ¤gungen bestÃ¤tigt. Die hier einschlÃ¤gige Bestimmung des 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 entgegen der Annahme der Revision 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 Ãbrigen bestÃ¤tigt diese Ãberlegung 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 die Vorinstanzen den Anspruch zu Recht abgelehnt haben, war die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 15.03.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024