

L 5 KR 3934/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 879/05
Datum
08.06.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3934/06
Datum
13.06.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 8. Juni 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht im Streit, ob die Beklagte die vollen Behandlungskosten für eine durchgeführte Behandlung im Bereich der Zähne zu übernehmen hat.

Die 1967 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Mit Schreiben vom 1. April 2004, 6. Juli 2004 und 7. Dezember 2004 bewilligte die Beklagte an den Zähnen 25, 36 und 46 Kronen bzw. Teilkronen mit einem jeweiligen Kassenzuschuss in Höhe von 65 % (bezogen auf die Heil- und Kostenpläne vom 10. März 2004 - Gesamtsumme 315,68 EUR -, 14. April 2004 - Gesamtsumme 379,45 EUR - und 22. Oktober 2004 - Gesamtsumme 33,70 EUR - siehe Blatt 4 und 5 der Verwaltungsakte - VA - sowie Blatt 23 der Senatsakte).

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch und machte die Erstattung der Kosten in voller Höhe geltend. Zur Begründung führte sie aus, es handle sich zwar um eine Behandlung durch einen Zahnarzt, diese sei jedoch wie eine normale ärztliche Behandlung hinsichtlich der Kostenerstattung anzusehen. Sie habe bis 2002 zwei Wurzelresektionsbehandlungen durchführen lassen. Nach dieser Zeit sei es zu erheblichen gesundheitlichen Problemen wie Magen-Darm-Koliken, starken Kopfschmerzattacken, Problemen im HNO-Bereich sowie zu Schmerzen im Kieferbereich gekommen. Anfang März 2004 habe sich die Klägerin wegen dieser Schmerzen in eine Notfallbehandlung begeben müssen, wobei eine Entzündung im Kieferbereich festgestellt worden sei. Nach einer Vielzahl von Untersuchungen habe sich herausgestellt, dass sich in den Kieferhöhlen oberhalb der durchgeführten Wurzelspitzenresektionen Entzündungen gebildet hätten, die gemeinsam mit den eingesetzten Goldkronen im Oberkiefer und den jeweils gegenüberliegenden Zähnen im Unterkieferbereich, die mit Amalgam gefüllt gewesen seien, zu einer Reaktion geführt hätten, die die oben beschriebenen Krankheitsbilder hervorgerufen hätten. Nachdem das Amalgam entfernt worden sei, sei eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Februar 2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie bezog sich hierbei auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), wonach die Bezuschussung im Bereich des Zahnersatzes unabhängig von der Ursache der Erkrankung zu sehen sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 10. März 2005 Klage vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und im Wesentlichen zur Begründung wie bereits im Verwaltungsverfahren vorgetragen.

Die Klägerin hat in dem Zusammenhang ein Schreiben des behandelnden Zahnarztes Dr. B. vom 8. September 2005 vorgelegt, wonach sie im Zeitraum von 1988 bis 1995 bei ihm in Behandlung gewesen sei und während dieser Zeit die Füllungen der Zähne 18, 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 35 und 47 erneuert worden seien. Bei der Klägerin sei entsprechend der Kassenrichtlinien das bis heute verwendete Standardfüllmaterial Amalgam verwendet worden. Die Klägerin hat ferner den Heil- und Kostenplan vom 12. Juli 2005/9. September 2005 (Blatt 31 SG-Akte/Blatte 24 der Senatsakte) vorgelegt mit Gesamtbehandlungskosten in Höhe von 3.372,88 EUR.

Es wurden ferner noch auf Anforderung des SG von der Beklagten die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Bl. 55 ff. bzw. 66 ff. bzw. 87 ff der SG-Akte) vorgelegt.

Mit Urteil vom 8. Juni 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Hinsichtlich des im Klageverfahren vorgelegten Kostenplanes vom 12. Juli 2005 hat es die Klage bereits als unzulässig abgewiesen, da diesbezüglich noch keine Entscheidung der Beklagten getroffen worden sei, in welcher Höhe sie Kosten aus diesem Heil- und Kostenplan übernehme. Im Übrigen hat es hinsichtlich der Heil- und Kostenpläne vom 10. März 2004, 14. April 2004 und 22. Oktober 2004 die Auffassung vertreten, die Beklagte habe hier zu Recht eine Bezuschussung hinsichtlich der ausgewiesenen Kosten über einen Anteil von 65 % hinaus abgelehnt. Nach der maßgeblichen Regelung in [§ 30 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung habe grundsätzlich die Krankenkasse einen Anteil von 50 % der Kosten zu tragen. Aufgrund eigener Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne mindere sich der Anteil um 10 Prozentpunkte und um weitere 5 Prozentpunkte, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen der Zähne nach [§ 30 Abs. 1](#) und 2 SGB V ohne Unterbrechung in Anspruch genommen habe. Diese Voraussetzungen seien bei der Klägerin insoweit erfüllt. Die besonderen Gründe hier bei der Klägerin für die Herausnahme des bisherigen und die Eingliederung des neuen Zahnersatzes rechtfertigten dagegen keinen höheren Prozentsatz. Das SG hat in dem Zusammenhang auf die Rechtsprechung des BSG, u. a. das Urteil vom 6. Oktober 1999 ([B 1 KR 13/97 R](#) in [SozR 3-2500 § 28 Nr. 4](#) = [BSGE 85, 56](#), gemeint allerdings wohl das Urteil vom 6. Oktober 1999 - [B 1 KR 9/99 R](#) - in [SozR 3-2500 § 30 Nr. 10](#) = [BSGE 85, 66](#)) verwiesen, wonach das Gesetz einen höheren Zuschuss auch für den Fall nicht vorsehe, dass die Versorgung mit Zahnersatz aus anderen als zahnmedizinischen Gründen erfolge. Insbesondere liege hier auch keine Fallgestaltung vor, in der aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Beteiligung des Versicherten an den Kosten des Zahnersatzes nicht in Betracht komme. Das BSG habe in seinem Urteil vom 6. Oktober 1999 (wohl gemeint [B 1 KR 9/99 R](#)) darauf zwar verwiesen, dass sofern die Notwendigkeit des Zahnersatzes auf einer von der gesetzlichen Krankenversicherung gewährten Erstbehandlung beruhe, die sich im Nachhinein als gesundheitsschädlich und somit als hoheitlicher Eingriff in nicht vermögenswerte Rechtsgüter darstelle, eine Kostenerstattung in vollem Umfange in Betracht komme. Nach Auffassung des SG sind jedoch die Voraussetzungen für eine Befreiung vom gesetzlichen Eigenanteil hier nicht erfüllt. Hier sei - worauf die Klägerin insbesondere abstellte - der Vertragszahnarzt bei der Erstbehandlung aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht verpflichtet gewesen, nur Amalgam als Füllmaterial zu verwenden. In der hier maßgeblichen Richtlinie des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in der Fassung vom 24. Juni 1981 sei u. a. unter Punkt II 4. ausgeführt, dass die üblichen und erprobten plastischen Füllungsmaterialien verwendet werden sollten, bei Molaren und Prämolaren sei in der Regel Amalgam als Füllungsmaterial angezeigt. Die Formulierung "in der Regel" lege nach Auffassung des SG nahe, dass der Vertragszahnarzt auf das Füllungsmaterial Amalgam nicht zwingend festgelegt gewesen sei, ihm vielmehr ein Entscheidungsspielraum, insbesondere auch deshalb, weil die medizinischen Gründe für eine Abweichung von der Regelversorgung nicht näher präzisiert worden seien, verblieben sei. Unter diesen Umständen seien jedenfalls die Voraussetzungen für einen hoheitlichen Eingriff durch eine keinen Spielraum lassende Vorschrift des Leistungserbringerrechtes nicht erfüllt.

Die Klägerin hat gegen das ihren Bevollmächtigten mit Empfangsbekenntnis am 21. Juli 2006 zugestellte Urteil am 4. August 2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht sie geltend, entgegen der Auffassung des SG habe der behandelnde Zahnarzt Dr. B. bei der Klägerin keine Wahlmöglichkeit gehabt, sondern sei nach den Richtlinien des Bundesausschusses für Zahnärzte und Krankenkassen von 1981 verpflichtet gewesen, bei der Klägerin Amalgam einzusetzen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 8. Juni 2006 sowie die Bescheide der Beklagten vom 1. April 2004, 6. Juli 2004 und 7. Dezember 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2005 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, die in den Heil- und Kostenplänen vom 10. März 2004, 14. April 2004, 22. Oktober 2004 und 12. Juli 2005 ausgewiesenen Kosten in Höhe von 100 % zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend und weist darauf hin, dass nach der Rechtsprechung des BSG, einerseits des Urteils vom 6. Oktober 1999 ([B 1 KR 9/99 R](#)) als auch des Urteils vom 8. März 1995 ([1 RK 7/94](#)) ein höherer Zuschuss vom Gesetz auch für den Fall nicht vorgesehen sei, dass die Versorgung mit Zahnersatz aus anderen als zahnmedizinischen Gründen erfolge.

In einer vom Senat eingeholten Auskunft beim behandelnden Zahnarzt Dr. B. teilt dieser mit Schreiben vom 1. Dezember 2006 mit, zwischen 1988 und 1993 bei sowohl gesetzlich als auch privat versicherten Patienten in der Regel Amalgam verwendet zu haben. Die zu dieser Zeit auf dem Markt erhältlichen Kunststoffe seien nur als provisorische Füllungsmaterialien verwendbar gewesen. Bei Patienten mit einer medizinisch festgestellten Amalgamempfindlichkeit sei entweder eine Inlay- (Privat) oder Teilkronenversorgung (GKV) vorgenommen worden. Versuchsweise sei bei kleineren Füllungen Kunststoff verwendet worden. Bei schwangeren Patienten sei eine provisorische Zementfüllung eingesetzt worden, die nach der Geburt durch Amalgam ersetzt worden sei. Bei den wenigen Patienten, bei denen eine Amalgamunverträglichkeit durch einen Facharzt festgestellt worden sei, sei eine Teilüberkronung das Mittel der Wahl gewesen. Ab 1994/95 seien verstärkt Kunststoffe zur Anwendung gekommen. Die Krankenkassen hätten bei der Auswahl der Füllungsmaterialien keine Rolle gespielt, die Entscheidung des Füllungsmaterials habe sich ausschließlich nach Haltbarkeit und der Verarbeitbarkeit gerichtet. 1988 habe die Klägerin beim Aufnahmebefund erklärt, dass keine Allergie vorliege. Ein Großteil ihrer Zähne sei bereits mit Amalgamfüllungen versorgt gewesen.

Des Weiteren hat u. a. noch die IKK Baden-Württemberg und Hessen (Schreiben vom 4. Dezember 2006) mitgeteilt, in den Jahren 1988 bis 1995 in Einzelfällen die Kosten für andere Füllmaterialien übernommen zu haben, Voraussetzung sei der Nachweis einer Amalgamunverträglichkeit durch einen Epikutan-Test gewesen. Der BKK Landesverband (Schreiben vom 5. Dezember 2006) hat mitgeteilt, im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung seien im Rahmen der Sachleistung unter Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse sowie des einheitlichen Bewertungsmaßstabes der Zahnärzte die Verwendung jedes erprobten und praxisüblichen plastischen Füllmaterials übernommen worden. Die AOK hat ferner mitgeteilt (Schreiben vom 28. Dezember 2006), dass auch in der Zeit von 1988 bis 1995 bei medizinischer Indikation, wie z. B. ärztlich nachgewiesener Amalgamunverträglichkeit bzw. Allergie die Kosten anderer Füllmaterialien von ihr übernommen worden seien, in derartigen Fällen seien z. B. Kunststofffüllungen eingesetzt worden. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)/Arbeiterersatzkassen-Verband (AEV) hat mit Schreiben vom 8. Januar 2007 mitgeteilt, dass sowohl zur damaligen Zeit 1988 bis 1995 als auch bis heute grundsätzlich auch andere Füllungen außer Amalgam über die entsprechende

Gebührenposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Zahnärzte mit den Ersatzkassen abgerechnet werden könnten. Die Entscheidung, welches Füllmaterial im Einzelfall in Betracht komme, obliege allein dem behandelnden Zahnarzt.

Die Beklagte hat zuletzt mitgeteilt, der Heil- und Kostenplan vom 12. Juli 2005 sei bei ihr nicht eingereicht und deshalb auch nicht geprüft oder genehmigt worden. Er sei nach Angaben des Zahnarztes nur erstellt worden, weil die Klägerin die Höhe der Gesamtkosten habe wissen wollen, und sei auch nicht zur Ausführung gekommen, weil der Zahnarzt nach einigen Wurzelbehandlungen mangels Vertrauensbasis im Dezember 2005 die Behandlung abgebrochen habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Der Senat konnte aufgrund der Zustimmung der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

II.

Gegenstand des Verfahrens sind zum einen die Bescheide vom 1. April 2004, 6. Juli 2004 und 7. Dezember 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2005 sowie zum anderen die Forderung der Klägerin, die im Heil- und Kostenplan vom 12. Juli 2005 ausgewiesenen Kosten in voller Höhe zu übernehmen.

III.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten. Aus den Heil- und Kostenplänen vom 10. März 2004, 14. April 2004 und 22. Oktober 2004 ergeben sich zwar nur Eigenanteile der Klägerin von zusammen 294,10 EUR, jedoch begehrt die Klägerin zusätzlich bezüglich des Heil- und Kostenplans vom 12. Juli 2005 zumindest die Feststellung, dass auch der dortige Eigenanteil von der Beklagten zu übernehmen ist. Dieser beträgt bei einem im Heil- und Kostenplan vom 12. Juli 2005 ausgewiesenen Gesamtbetrag von 3372,88 EUR und einem Kassenanteil von 65 % (= 2192,37 EUR) 1180,51 EUR.

IV.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da ein Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Kosten des Zahnersatzes in voller Höhe durch die Beklagte nicht besteht und die Klage auf Feststellung der Übernahme des Eigenanteils der Klägerin aus dem Heil- und Kostenplan vom 12. Juli 2005 unzulässig ist.

1. Bezüglich des Heil- und Kostenplanes vom 12. Juli 2005 hat das SG die Klage zu Recht schon als unzulässig abgewiesen. Dieser Heil- und Kostenplan ist bei der Beklagten nicht eingereicht worden, sodass dieser eine Entscheidung über Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Behandlung nicht möglich war. Mangels Antragstellung konnte das Verwaltungsverfahren auch während des Berufungsverfahrens nicht nachgeholt und durch einen Bescheid abgeschlossen werden, der gem. [§ 96 SGG](#) Gegenstand des anhängigen Berufungsverfahrens geworden wäre. Nach allgemeinen Grundsätzen (vgl. dazu Meyer-Ladewig/Keller, Sozialgerichtsgesetz Kommentar, § 55 Rn. 3) kann jedoch nicht auf Feststellung geklagt werden, wenn der Kläger seine Rechte im Wege der Gestaltungs- oder Leistungsklage verfolgen könnte, was hier nach einer Antragstellung mit anschließend vollständiger oder teilweiser Ablehnung der Fall wäre. Ein Fall von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) liegt hier nicht vor, denn bisher sind weder Kosten angefallen noch liegt eine unaufschiebbare Notlage vor (die Zahnsanierung ist offensichtlich bis heute nicht durchgeführt worden, die Klägerin wollte nach Angaben ihres früheren Zahnarztes wohl nur einen Überblick über möglicherweise zukünftig anfallende Kosten) noch wurde überhaupt versucht, den Beschaffungsweg über die Krankenkasse ordnungsgemäß zu beschreiten.

2. Bezüglich der hier bis zum 31. Dezember 2004 maßgeblichen Rechtsgrundlage hat das SG diese bereits in seiner Entscheidung dargestellt und auch insoweit wird bezüglich der maßgeblichen Rechtsprechung und Würdigung des SG von einer Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen und hierauf Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist auch unter Berücksichtigung der noch eingeholten Auskünfte auf Folgendes hinzuweisen:

Entgegen dem von der Klägerin mehrfach geltend gemachten Einwand, die Zahnärzte hätten in den Jahren 1988 bis 1995 überhaupt keine Möglichkeit gehabt ein anderes Füllmaterial zu verwenden als Amalgam, weshalb der Sonderopfertatbestand entsprechend der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 14. August 1998 ([1 BvR 897/98](#) in [NJW 1999, 857](#) ff) und dann auch im Anschluss daran ergangenen Entscheidung des BSG vom 6. Oktober 1999 ([B 1 KR 9/99 R](#) in [SozR 3-2500 § 30 Nr. 10](#) = [BSGE 85, 66](#)) erfüllt sei, führt dies nicht zum Erfolg. Vielmehr hat sowohl der behandelnde Zahnart Dr. B. selbst in seiner Auskunft darauf verwiesen, dass bei einer bekannten Amalgamunverträglichkeit auf andere Füllmaterialien oder gegebenenfalls auch eine Teilüberkronung ausgewichen wurde. Bei der Klägerin aber war gerade eine Amalgamunverträglichkeit seinerzeit nicht bekannt und von ihr auch nicht Dr. B. gegenüber angegeben. Auch die beigezogenen Auskünfte der verschiedenen Krankenkassenverbände haben bestätigt, dass keineswegs die Zahnärzte zwingend nur Amalgam verwenden durften, sondern vielmehr in medizinisch begründeten Fällen (z.B. bei Unverträglichkeiten) auch andere Füllmaterialien auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verwendet werden konnten. Damit aber waren gerade nicht die vom BVerfG bzw. im Anschluss daran auch vom BSG aufgestellten Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Übernahme der Kosten in voller Höhe durch die Krankenkassen im Falle der Klägerin erfüllt. Es verbleibt vielmehr bei der seinerzeitigen gesetzlichen Regelung mit einem Zuschuss von maximal 65 %, wie er von Seiten der Beklagten auch erfolgt ist.

3. Nichts anderes würde im Ergebnis auch hinsichtlich des Heil- und Kostenplanes vom 12. Juli 2005 nunmehr nach der seit 1. Januar 2005

geltenden Festbetragsregelung gelten.

Gemäß § 55 Abs. 1 (i. d. F. des Gesetzes vom 14. November 2003 mit Wirkung zum 1. Januar 2005) haben Versicherte nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist (Satz 1). Die Festzuschüsse umfassen 50 vH der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Satz 2). Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vH (Satz 3). Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vH, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und Nr. 2 unter Unterbrechung in Anspruch genommen hat (Satz 5).

Danach erhält also nunmehr die Klägerin, bezogen auf die konkrete Maßnahme einen bestimmten Festbetrag (maximal 80 vH der für die Regelversorgung festgesetzten Beträge) unabhängig von den tatsächlich entstehenden Kosten und ebenfalls unabhängig von den Gründen, die letztlich hier insoweit diese Zahnersatzbehandlung notwendig machten. Insoweit gilt nämlich die bereits zitierte Rechtsprechung des BSG auch hier fort (Urteil vom 6. Oktober 1999 - [B 1 KR 9/99 R](#) - in [SozR 3-2500 § 30 Nr. 10](#) = [BSGE 85, 66](#); s. a. Ur. vom 6. Oktober 1999 - [B 1 KR 13/97 R](#) - in [SozR 3-2500 § 28 Nr. 4](#) = [BSGE 85, 56](#)).

Aus all diesen Gründen ist daher die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 8. Juni 2006 zurückzuweisen.

V.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-07-02