

B 1 KR 10/99 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
-

Datum
14.03.1996
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
29.01.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 10/99 R

Datum
06.10.1999
Kategorie
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 29. Januar 1998 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Streitig ist der Umfang des Anspruchs der Klägerin auf die Versorgung mit Zahnersatz.

Die Klägerin ist pflichtversichertes Mitglied der beklagten Ersatzkasse. Ihre Zähne waren früher mit Amalgamfüllungen versorgt worden. Nach deren Entfernung ließ sie sich - soweit hier von Interesse - im Mai 1994 Zahnersatz (Voll- und Teilkronen) eingliedern. Die Beklagte gewährte einen Zuschuß in Höhe von 60 vH des zahnärztlichen Honorars und der Material- und Laborkosten mit Ausnahme der Metallkosten, die pauschal abgerechnet wurden; eine Übernahme der vollen Kosten lehnte sie unter Hinweis auf die gesetzliche Beschränkung des Zuschusses in [§ 30 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) ab. Da das Einkommen der Klägerin die gesetzlich festgelegten Grenzen überschreite, liege eine unzumutbare Belastung nach der Härtefallregelung der [§ 61 Abs 1 Nr 2, § 62 Abs 2a SGB V](#) nicht vor (Bescheid vom 6. Januar 1993 und Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 1994). Klage und Berufung, mit denen die Klägerin eine toxische Belastung durch Quecksilber und andere Schwermetalle geltend machte, hatten keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 14. März 1996 und Urteil des Hessischen Landessozialgerichts (LSG) vom 29. Januar 1998). Zur Begründung hat das LSG im wesentlichen ausgeführt, die Leistungspflicht der Beklagten sei im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz gemäß [§ 30 SGB V](#) auf die Zahlung eines Zuschusses in Höhe von maximal 60 vH begrenzt, so daß die Klägerin schon den höchstmöglichen Zuschuß erhalten habe. Die Härtefallregelung greife nicht ein. Die Ursache für die Versorgung mit Zahnersatz sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) für die Höhe der Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen nicht maßgeblich.

Mit der vom Senat zugelassenen Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des [§ 30 SGB V](#). Jedenfalls dann, wenn wie in ihrem Fall schwerwiegende Erkrankungen die Entfernung des vorhandenen, krankmachenden Zahnfüllungsmaterials und die folgende Sanierung mit Zahnersatz medizinisch bzw zahnmedizinisch notwendig machten, seien die dabei anfallenden Sanierungskosten von der Beklagten in vollem Umfang zu erstatten. Davon sei das BSG bereits früher wiederholt ausgegangen (Hinweis auf BSG [SozR 2200 § 182 Nr 11](#): Zahnersatz im Zusammenhang mit einem kieferchirurgischen Eingriff und [BSGE 45, 212](#) ff = SozR 2200 § 182 Nr 29: Zahnersatz als Teil einer umfassenden Parodontosebehandlung). Bei ihr liege ein vergleichbarer Zusammenhang zwischen allgemeinmedizinischer, von der Krankenkasse zu gewährender Behandlung und dem streitigen Zahnersatz vor. In anderen Fällen von Arzneimittelschädigungen würden die Krankenkassen die medizinisch notwendigen Heilbehandlungskosten übernehmen, lediglich bei Gesundheitsschädigungen durch das Arzneimittel Amalgam bzw bei sonstigen Zahnmetall-Legierungen werde dieser Anspruch verweigert. Bei Schädigungen durch ein von den Krankenkassen zugelassenes Zahnfüllungsmaterial, wie zB Amalgam, das sogar als Regelversorgung vorgeschrieben sei, wäre im übrigen an einen Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse zu denken, der durch einen höheren als den in [§ 30 SGB V](#) vorgesehenen Zuschuß zu erfüllen sei. Im übrigen rügt die Klägerin, daß die Vorinstanzen den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Amalgam-Problematik nicht ausreichend aufgearbeitet hätten.

Die Klägerin beantragt,

die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben sowie die Beklagte unter Abänderung ihrer Bescheide zur Zahlung weiterer 2.830,24 DM zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision ist unzulässig, soweit dem von der Klägerin geforderten Betrag höhere Metallkosten zugrunde liegen als die von der Beklagten zugestandenen und in Höhe von 60% übernommenen 12 DM pro Teilkrone bzw 15 DM pro Vollkrone. Insoweit genügt ihre Revisionsbegründung nicht den gesetzlichen Anforderungen. Nach [§ 164 Abs 2 Satz 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) muß die (nach Satz 1) erforderliche Revisionsbegründung einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben. Dabei bedarf es der Darlegung, in welchen Punkten und aus welchen Gründen die angefochtene Entscheidung angegriffen wird ([BSGE 70, 186, 187 = SozR 3-1200 § 53 Nr 4](#) S 17; BSG [SozR 1500 § 164 Nr 22](#) und Nr 28 jeweils mwN).

Hat das angefochtene Urteil über eine Mehrheit von prozessualen Ansprüchen oder über einen aus sonstigen Gründen teilbaren Streitgegenstand entschieden, sind die Begründungsanforderungen für jeden selbständigen Teilgegenstand zu erfüllen (BSG USK 96131; BSG 11. November 1993 - [7 RAr 94/92](#) = DBIR 4086a, AFG/§ 117 mwN; [BSGE 65, 8, 11 = SozR 1300 § 48 Nr 55](#) S 159; BSG [SozR 1500 § 164 Nr 22](#)). Ein teilbarer Streitgegenstand in diesem Sinne liegt hier vor. Die von der Beklagten für das Material gewährte Pauschale ist nach den Kosten für Palladium-Basis-Legierungen berechnet. Ein Teil der von der Beklagten nicht übernommenen Kosten von etwas über 2.800 DM beruht darauf, daß bei der Klägerin ein anderes Material verwendet wurde. Diese Frage betrifft einen selbständigen Teil des Streitgegenstandes, nämlich nicht die Höhe des von der Beklagten zu übernehmenden Anteils an den Gesamtkosten, sondern die Grundlagen für deren Berechnung. Die Erwägungen, die eine Überschreitung des in [§ 30 SGB V](#) für die Leistung der Krankenkasse festgelegten Prozentsatzes rechtfertigen sollen, sind völlig andere als diejenigen, die mit der Materialkostenpauschale zusammenhängen: Bei der Begrenzung des Kassenanteils geht es um mögliche Folgerungen aus der früheren Verwendung von Amalgamfüllungen und die dadurch angeblich verursachten Gesundheitsstörungen; davon unabhängig müßte hinsichtlich der Materialkosten über die Verträglichkeit von Palladium-Basis-Legierungen entschieden werden, wie der Senat bereits an anderer Stelle ausgeführt hat (BSG [SozR 3-2500 § 30 Nr 5](#) S 15 f). Unter diesen Umständen hätte die Revisionsbegründung auf diese Frage eingehen und darlegen müssen, warum nach Auffassung der Klägerin höhere als die Pauschalsbeträge der Berechnung der Gesamtkosten zugrunde zu legen gewesen wären und warum das angefochtene Urteil in diesem Punkt Bundesrecht verletzt. Ohne entsprechende Ausführungen kann nicht angenommen werden, daß die Erfolgsaussicht der Revision in diesem Punkt vom Prozeßbevollmächtigten der Klägerin geprüft worden ist, wie das von der Rechtsprechung zu [§ 164 SGG](#) verlangt wird, um aussichtslose Revisionen nach Möglichkeit zu verhindern (vgl nochmals BSG [SozR 1500 § 164 Nr 28](#) mwN). Im Revisionsverfahren sind infolgedessen die Gründe der Beklagten für eine beschränkte Berücksichtigung von Materialkosten in Höhe von lediglich 12 bzw 15 DM pro Krone bei den Gesamtkosten nicht mehr zu überprüfen.

Soweit sich die Revision auf die Höhe des von der Beklagten zu übernehmenden Anteils dieser Gesamtkosten für den Zahnersatz der Klägerin bezieht, ist sie zwar zulässig, aber unbegründet. Die Vorinstanzen haben zutreffend entschieden, daß der Klägerin für die Versorgung mit Zahnersatz kein Anspruch auf volle Kostenerstattung zusteht.

Der (unstreitige) Behandlungsanspruch der Klägerin ergibt sich aus [§ 27 Abs 1 Satz 1 und Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB V](#) und umfaßt grundsätzlich auch die Versorgung mit Zahnersatz. Insofern ist die Leistungspflicht der Krankenkasse allerdings nach [§ 30 SGB V](#) - hier in der bis zum 31. Dezember 1996 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I S 2266](#)) - auf 60 vH des berücksichtigungsfähigen Aufwands beschränkt. Eine Erhöhung des Kassenanteils mit Rücksicht auf regelmäßige Zahnpflege nach [§ 30 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) kommt frühestens für Behandlungen im Jahre 1999 in Betracht, so daß sie für den bei der Klägerin in den Jahren 1993/94 eingegliederten Zahnersatz nicht eingreift. Ein höherer Kassenanteil nach den Regeln der [§§ 61, 62 SGB V](#) scheidet ebenfalls aus. Die Beklagte hat bereits im Widerspruchsbescheid vom 18. Januar 1994 näher ausgeführt, daß der verbleibende Eigenanteil die Klägerin im Sinne dieser Vorschriften nicht unzumutbar belastet. Nachdem diese Feststellung vom LSG bestätigt und während des gesamten Verfahrens von der Klägerin nicht in Zweifel gezogen worden ist, sieht der Senat keinen Anlaß, darauf erneut einzugehen.

Nach dem Inhalt der hier einschlägigen Gesamtregelung hat die Beklagte infolgedessen ihre Leistungspflicht erfüllt, indem sie 60 vH der berücksichtigungsfähigen Zahnersatzkosten übernommen hat. Die besonderen Gründe für die Eingliederung des Zahnersatzes bei der Klägerin rechtfertigen keinen höheren Prozentsatz. Dieses Ergebnis ist nach der Überzeugung des Senats auch nicht verfassungswidrig. Dabei kommt es letztlich nicht darauf an, ob die Klägerin deshalb mit Zahnersatz versorgt werden mußte, weil ihr allgemeiner Gesundheitszustand durch die vorhandenen Amalgamfüllungen verschlechtert wurde, und ob sie diese zu einem Zeitpunkt erhalten hatte, zu dem sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

Unter dem von der Revision in den Vordergrund gestellten Gesichtspunkt, daß die Versorgung mit Zahnersatz in Fällen wie dem der Klägerin als Teil einer allgemein-medizinischen Behandlung betrachtet werden müsse, weil sie durch unverträgliche Materialien mit Krankheitsfolgen an anderen Organen als den Zähnen veranlaßt ist, hat der erkennende Senat bereits in seinen Urteilen vom 29. Juni 1994 im Zusammenhang mit einer Unverträglichkeit gegenüber einer Goldlegierung und vom 8. März 1995 im Zusammenhang mit einer Amalgamentfernung Stellung genommen (BSG [SozR 3-2500 § 30 Nr 3](#) und [BSGE 76, 40 = SozR 3-2500 § 30 Nr 5](#)). Er hat insoweit dargelegt, daß das Gesetz einen höheren Zuschuß auch für den Fall nicht vorsieht, daß die Versorgung mit Zahnersatz aus anderen als zahnmedizinischen Gründen erfolgt. Denn [§ 30 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) knüpft die Beschränkung der Kassenleistung an den Gegenstand (Zahnersatz) und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs. Im Gesetz wird deshalb von medizinisch (und nicht zahnmedizinisch) notwendiger Versorgung gesprochen. Ein Rückgriff auf den umfassenden Sachleistungs- oder Naturalverschaffungsanspruch, der sich für zahnärztliche Behandlungen aus [§§ 27, 28 Abs 2 SGB V](#) ergibt, verbietet sich, da [§ 30 SGB V](#) als spezielle Anspruchsnorm die Ansprüche bei Versorgung mit Zahnersatz abschließend regelt und die Anwendung der allgemeinen Regelungen über die Verschaffung ärztlicher bzw zahnärztlicher Behandlung (als Sach- und Dienstleistung iS von [§§ 27, 28 SGB V](#)) ausschließt. Weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus den Gesetzesmaterialien zum Gesundheits-Reformgesetz ([BT-Drucks 11/2237](#)) ergeben sich Anhaltspunkte dafür, daß die Höhe des Zuschusses von der Art der Erkrankung abhängig sein soll. Die Gesetzessystematik geht vielmehr von der ärztlichen und zahnärztlichen

Behandlung einerseits und der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich der zugehörigen Behandlungsmaßnahmen andererseits als jeweils selbständige Leistungen aus, die nicht schon dadurch eine einheitliche Leistung mit umfassender Leistungspflicht der Krankenkasse bilden, daß sie medizinisch voneinander abhängig sind. Wegen der Häufigkeit des Zusammenhangs mit anderen ärztlich oder zahnärztlich zu behandelnden Erkrankungen hätte die Beschränkung auf den Kostenzuschuß praktisch keine Bedeutung mehr (vgl. SozR 3-2500 Nr 3 S 6 ff und [BSGE 76, 40](#), 41 = Nr 5 S 12 f; vgl. auch zum gesetzlichen Leistungsausschluß für kieferorthopädische Behandlungen: [BSGE 81, 245](#), 250 ff = [SozR 3-2500 § 28 Nr 3](#) S 9 ff).

In den zitierten Entscheidungen hat der Senat unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung zur Reichsversicherungsordnung (RVO) bisher noch offen gelassen, ob in besonders gelagerten Einzelfällen eine teleologische Reduktion der Zuschußregelung des [§ 30 SGB V](#) in Betracht kommt, wenn die zahnprothetische Versorgung ausnahmsweise ein in medizinisch-technischer Hinsicht untrennbarer Teil einer anderen, im Vordergrund stehenden Behandlung ist. Seinerzeit war es um eine gesichts- oder kieferchirurgische Maßnahme ([BSG SozR 2200 § 182 Nr 11](#)) bzw. um eine Parodontose-Behandlung ([BSGE 45, 212](#) = SozR 2200 § 182 Nr 29) gegangen, in deren Rahmen eine zusätzliche Versorgung mit Zahnersatz notwendig geworden war. Unabhängig davon, ob eine Gebißsanierung wegen Unverträglichkeit des früher verwendeten Materials ebenfalls einen solchen Ausnahmefall darstellen kann (dagegen bereits [BSG SozR 3-2500 § 30 Nr 3](#)), kommt der Senat nunmehr zum Ergebnis, daß die Rechtsprechung zur RVO nicht fortzuführen ist. Das beruht vor allem auf den inzwischen beschlossenen Detailregelungen für die verschiedensten Aspekte der zahnmedizinischen Versorgung ([§§ 28 bis 30 SGB V](#)). Seitdem der Gesetzgeber zahnmedizinische Ansprüche in den wesentlichen Einzelheiten selbst festgelegt hat, können Krankenkassen und Gerichte nicht mehr als befugt angesehen werden, sich bei Zahnersatzleistungen unter Berufung auf besondere medizinische Zusammenhänge über die eindeutige gesetzliche Beschränkung auf einen bestimmten Kostenanteil hinwegzusetzen und dem Gesetz eine Leistungspflicht ohne Eigenanteil zu entnehmen.

Den beiden hier einschlägigen Entscheidungen lagen Behandlungen in den Jahren 1972 und 1974/75 zugrunde (vgl. [BSG SozR 2200 § 182 Nr 11](#); [BSGE 45, 212](#) = SozR 2200 § 182 Nr 29). Bis ins Jahr 1974 enthielt die RVO keine Vorschriften über die Versorgung mit Zahnersatz. Das Reichsversicherungsamt war noch im Jahre 1931 zum Ergebnis gekommen, die Zahnlosigkeit an sich sei keine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (RVA AN 1931, 219). Erst seit dem Erlaß vom 2. November 1943 des Reichsarbeitsministers waren die Krankenkassen zu entsprechenden Ermessensleistungen verpflichtet, die einen Zuschuß oder die volle Kostenübernahme beinhalten konnten (AN 1943, 485). Mit dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 ([BGBl I 1881](#)) wurde der Erlaß zwar aufgehoben, hinsichtlich des Zahnersatzes blieb es aber zunächst beim Ermessensspielraum für einen Zuschuß oder eine volle Kostenübernahme (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d RVO in der bis 30. Juni 1977 geltenden Fassung), so daß die Versorgung mit Zahnersatz ausdrücklich nicht als Sachleistung, sondern als Leistung eigener Art angesehen wurde ([BSG SozR 2200 § 182 Nr 11](#) S 21 mwN). Nach damaligem Verständnis ging es in den Fällen einer integrierten Gesamtbehandlung, zu der im Rahmen der Rehabilitation auch der Rentenversicherungsträger verpflichtet sein konnte, demnach um die Frage, ob der grundsätzlich umfassende Sachleistungsanspruch auf medizinische und zahnmedizinische Behandlung ausnahmsweise auch die Versorgung mit Zahnersatz beinhalten und damit den weniger weit reichenden Ermessensanspruch entbehrlich machen konnte (vgl. [BSGE 45, 212](#), 221 = SozR 2200 § 182 Nr 29 S 57).

Von der damaligen unterscheidet sich die heutige Rechtslage in zahlreichen wesentlichen Punkten. Abgesehen davon, daß der Umfang der Leistung bei Zahnersatz nicht mehr von einer Ermessensentscheidung abhängt, sind eine Reihe von Einzelheiten der Versorgung mit Zahnersatz ebenso wie der zahnmedizinischen Versorgung überhaupt in den [§§ 28 bis 30 SGB V](#) gesetzlich geregelt. Diese Vorschriften können nicht mehr - anders als der Erlaß von 1943 - als Grundlage für Ansprüche eigener Art aufgefaßt werden, deren Verhältnis zum allgemeinen Sachleistungsanspruch nach [§ 27 SGB V](#) im jeweiligen Einzelfall zu bestimmen ist; vielmehr sind sie als Spezialregelungen zu verstehen, die mit den allgemeinen Regelungen des [§ 27 SGB V](#), hier insbesondere Abs 1 Nr 2 ("zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz") eine Einheit bilden, diese konkretisieren und die Ansprüche des Versicherten abschließend festlegen. Der früher erörterte Gegensatz zu einem umfassend verstandenen Sachleistungsanspruch ist inzwischen auch deshalb fragwürdig, weil dieser heute nicht nur ausnahmsweise wie früher beim Zahnersatz, sondern in zahlreichen Fällen durch einen vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil beschränkt wird, von dem der Betroffene bei wiederum eigens geregelten Sachverhalten ([§§ 61, 62 SGB V](#)) auch teilweise oder ganz entlastet werden kann.

Unter diesen Umständen muß die frühere Rechtsprechung durch die Gesetzesentwicklung als überholt gelten. Wenn heute bestimmte Fallgestaltungen von einer Beschränkung des Versicherungsschutzes ausgenommen sein sollen, kann davon ausgegangen werden, daß dies im Gesetz ausdrücklich geregelt wird. Das gilt auch unter dem Gesichtspunkt der Behandlungseinheit und insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Leistungen. Der Ausschluß kieferorthopädischer Leistungen für Erwachsene in [§ 28 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) in der vom 1. Januar 1993 an geltenden Fassung (nunmehr Satz 5) wurde nicht beschlossen, ohne gleichzeitig in Satz 3 (nunmehr Satz 6) festzulegen, daß für kieferchirurgische und kieferorthopädische Kombinationsbehandlungen eine Ausnahme gelte (vgl. dazu auch Senatsurteil vom 9. Dezember 1997,

[BSGE 81, 245](#) = [SozR 3-2500 § 28 Nr 3](#))

. Ähnliches galt für die Versorgung mit Zahnersatz, als diese Leistung in den Jahren 1997 und 1998 für Versicherte einer bestimmten Altersstufe zusätzlich eingeschränkt war. Auch insoweit waren in [§ 30 Abs 1a](#) (später: Abs 2) SGB V Ausnahmen vorgesehen, wenn der Zahnersatz bei der Behandlung einer anderen Erkrankung eine Rolle spielte. Das Schweigen des [§ 30 SGB V](#) zu Ausnahmen von einer Eigenbeteiligung muß deshalb als beredte Abkehr von der früheren Auffassung in der Rechtsprechung ausgelegt werden, zumal es bei mittlerweile sieben Änderungen des [§ 30 SGB V](#) seit 1989 an Gelegenheiten nicht gemangelt hätte, einen entsprechenden Hinweis in das Gesetz aufzunehmen.

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, daß ein möglicher ursächlicher Zusammenhang der zahnprothetischen Versorgung mit anderen Erkrankungen nicht zu einer Erhöhung des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils führen kann. Ob andere Erkrankungen bei der Klägerin vorliegen und ob diese die hier zu beurteilende Zahnbehandlung veranlaßt haben, ist daher generell nicht zu prüfen. Insofern bekräftigt der Senat seine in den Entscheidungen zum SGB V niedergelegte Rechtsauffassung ([BSG SozR 3-2500 § 30 Nr 3](#) und [BSGE 76, 40](#) = [SozR 3-2500 § 30 Nr 5](#)).

Die dortige Aussage, daß der Versicherte auch dann an den Kosten des Zahnersatzes zu beteiligen sei, wenn die Krankenkasse den

Behandlungsbedarf veranlaßt habe, muß allerdings aus verfassungsrechtlichen Gründen eingeschränkt werden. Sie kann, wie das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Beschluss vom

14. August 1998 ([1 BvR 897/98](#) = [NJW 1999, 857](#) f) entschieden hat, jedenfalls dann nicht aufrecht erhalten werden, wenn die Notwendigkeit des Zahnersatzes auf einer von der gesetzlichen Krankenversicherung gewährten Erstbehandlung beruht, die sich im Nachhinein als gesundheitsschädlich und somit als hoheitlicher Eingriff in nicht vermögenswerte Rechtsgüter darstellt. Insoweit gebietet [Art 2 Abs 2 Satz 1](#) Grundgesetz (GG) eine verfassungskonforme Auslegung der Vorschriften des SGB V dahingehend, daß der Versicherte vom gesetzlichen Eigenanteil freizustellen ist. Eine Erstbehandlung ist als Eingriff in diesem Sinne aufzufassen, wenn der behandelnde Arzt bei Einhaltung der Regeln der ärztlichen Kunst verpflichtet war, eine ihm keinen Spielraum belassende Vorgabe des Leistungs- oder des Leistungserbringungsrechts zu beachten und nur eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anzuwenden, mit der die Gesundheit des Versicherten geschädigt worden ist. In einem solchen Fall ist es in Anwendung des richterrechtlich entwickelten Instituts der Aufopferung geboten, die Kosten des Zahnersatzes in vollem Umfang zu übernehmen und den Versicherten von dem eigentlich vorgesehenen Eigenanteil zu befreien. Denn der allgemeine Rechtsgedanke, daß der einzelne für ein ihm durch hoheitlichen Zwang unter Verletzung des Gleichheitssatzes im öffentlichen Interesse auferlegtes Sonderopfer eine billige Entschädigung von der Allgemeinheit erhalten soll (ursprünglich: § 75 der Einleitung des Preußischen Allgemeinen Landrechts von 1794; grundlegend zum Impfschadensrecht: [BGHZ 9, 83](#); [BGHZ 45, 290](#); allgemein: Ossenbühl, Staatshaftungsrecht, 5. Aufl 1998, S 124 ff), hat nicht nur zur Schaffung zahlreicher gesetzlicher Anspruchsgrundlagen geführt (aus dem Bereich des Sozialrechts insbesondere: §§ 51 ff BSeuchG). Vielmehr kann dieser Rechtsgedanke auch bei der Auslegung von Vorschriften zu beachten sein, die wie [§ 30 SGB V](#) eine Risikoabgrenzung zwischen dem Einzelnen (hier: dem Versicherten) und dem Gemeinwesen (hier repräsentiert durch die Krankenkasse) vornehmen.

Insofern ändert der Aufopferungsgedanke nichts daran, daß es sich um einen Leistungsanspruch aus dem Krankenversicherungsrecht handelt, so daß der Prüfung des eingeklagten Anspruchs unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung weder die besondere Rechtswegzuweisung an die Zivilgerichte in [§ 40 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung noch die denkbare Passivlegitimation einer anderen staatlichen Stelle als der Krankenkasse entgegengehalten werden kann. Im übrigen würden aufopferungsrechtliche Grundsätze eine Inanspruchnahme der Krankenkasse nicht ohne weiteres ausschließen, denn die möglicherweise als Eingriff zu beurteilende Erstbehandlung ist bei dem hier unterstellten Sachverhalt von der gesetzlichen Krankenversicherung in Erfüllung ihrer Aufgaben veranlaßt worden (vgl BGH LM PreußALR Einl § 74 Nr 7 = [NJW-RR 1994, 213](#) = [VersR 1994, 471](#); dazu auch Ossenbühl, aaO 138 f).

Die Voraussetzungen für die Befreiung vom gesetzlichen Eigenanteil, die sich aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14. August 1998 und aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Aufopferung ergeben, sind im konkreten Fall der Klägerin jedoch nicht erfüllt, so daß es letztlich nicht darauf ankommt, ob die Klägerin als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit Amalgamfüllungen versorgt wurde und ob dadurch bei ihr - wie behauptet - Vergiftungserscheinungen hervorgerufen wurden (zur Problematik vgl Senatsurteil vom 6. Oktober 1999 - [B 1 KR 13/97 R](#), zur Veröffentlichung bestimmt). Denn in den möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen hätte sich das sog allgemeine Lebensrisiko realisiert; ein vom Aufopferungsanspruch vorausgesetztes Sonderopfer liegt nicht vor. Diese Abgrenzung ist hier danach vorzunehmen, ob der Vertragszahnarzt bei der Erstbehandlung aus Gründen der Wirtschaftlichkeit verpflichtet war, nur Amalgam als Füllungswerkstoff zu verwenden; demgegenüber handelt es sich nicht um einen der Risikosphäre der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnendes Sonderopfer, wenn der Arzt aus einer Mehrzahl von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassener Materialien eines ausgewählt hat, das sich im konkreten Fall als schädlich erweist (vgl nochmals BVerfG [NJW 1999, 857](#), 858). Insofern wäre durch die Einbeziehung der Klägerin in die gesetzliche Krankenversicherung und die damit verbundene Beschränkung auf einen bestimmten Leistungsumfang kein Gefahrenbereich neu geschaffen, der nicht auch außerhalb einer staatlichen Zwangsversicherung auf Grund des allgemeinen Risikos jeder medizinischen Maßnahme in ähnlicher Form bestünde und der daher in der hoheitlichen Maßnahme selbst nicht angelegt ist (vgl [BGHZ 46, 327](#) = [NJW 1967, 621](#); [BGHZ 60, 302](#) = [VersR 1973, 741](#); beim enteignungsgleichen Eingriff: [BGHZ 100, 335](#) = LM Nr 36 zu [Art 14 GG](#) = [NJW 1987, 2573](#) mwN; vgl auch [BGHZ 55, 229](#) = [NJW 1971, 607](#)).

Eine zwingende rechtliche Vorgabe, Amalgam für Füllungen zu verwenden, kann zum Zeitpunkt der Erstbehandlung der 1965 geborenen Klägerin nicht gegolten haben, so daß der genaue Zeitpunkt dieser Behandlung nicht ermittelt zu werden braucht. Die noch auf der Grundlage des § 368p RVO erlassenen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung vom 7. Dezember 1962 (ZÄV-RL, Bekanntgabe am 28. Juni 1963, BAnz Nr 116) sind seit ihrem Inkrafttreten bis zu dem von der Klägerin veranlaßten Austausch ihrer Amalgamfüllungen gegen Zahnersatz bezüglich der zu verwendenden Füllungsmaterialien unverändert geblieben. Erst die Fassung vom 6. Juli 1995 (BAnz Nr 153) brachte bezüglich der zu verwendenden Werkstoffe eine Änderung. Vorher sollten bei der konservierenden Behandlung die üblichen und erprobten plastischen Füllungsmaterialien verwendet werden. Bei Molaren und Prämolaren (dh im Seitenzahnbereich) sei in der Regel Amalgam als Füllungsmaterial angezeigt (Abschnitt B II Nr 5 ZÄV-RL in der ursprünglichen Fassung, BAnz 1963 Nr 116; Abschnitt B II Nr 4 seit der Bekanntmachung vom 16. September 1981 (BAnz Nr 192)). Auch soweit diese Richtlinien mit dem Inkrafttreten des SGB V von der Rechtsprechung als verbindlich angesehen werden ([BSGE 78, 70](#), 75 = [SozR 3-2500 § 92 Nr 6](#) S 30; [BSGE 81, 54](#), 63f = [SozR 3-2500 § 135 Nr 4](#) S 18 f), haben sie für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Gefahrenbereich im Sinne der Rechtsprechung zur Aufopferung neu geschaffen. Denn sie geben das wieder, was dem jeweiligen Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft entspricht und enthalten einen Spielraum für die Therapieentscheidung des behandelnden Zahnarztes.

Die Formulierung in Abschnitt B II Nr 5 (bzw Nr 4) "ist in der Regel ... angezeigt" legt sich bereits nach ihrem reinen Wortsinn nur für den Regelfall eine Bindung des Zahnarztes bei; in atypischen Fällen sind Abweichungen gestattet. Im Sinne einer sogenannten Sollvorschrift hat auch der 14a Senat des BSG in seinem Urteil vom 8. September 1993 diese Vorschrift ausgelegt: Die Richtlinien schrieben die Verwendung von Amalgam im Seitenzahnbereich nicht schlechthin verbindlich vor; sie ordneten aber verbindlich an, daß dieses Füllungsmaterial im Seitenzahnbereich im Regelfall zu verwenden sei und der Einsatz anderer Füllungsmaterialien nur beim Vorliegen besonderer, vom Regelfall abweichender Umstände zulässig sei (BSG [SozR 3-2500 § 2 Nr 2](#) S 5). Den Richtlinien läßt sich nicht unmittelbar entnehmen, wann ein Regelfall bzw wann ein atypischer Fall vorliegt. Auch der 14a Senat hat dies in seinem Urteil nicht abschließend entschieden; als mögliche Ausnahme hat er eine Amalgamunverträglichkeit genannt.

Die Maßstäbe für ein Abweichen vom Regelfall sind den damaligen allgemeinen Bestimmungen der ZÄV-RL zu entnehmen. Nach Abschnitt A Nr 4 ZÄV-RL bestimmte der Kassenzahnarzt Art und Umfang der Maßnahmen - er hatte mithin die Therapieentscheidung zu treffen. Dabei hatte er die Regeln der ärztlichen Kunst, dh die anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft (vgl [BSGE 55, 144](#), 146 = [SozR 2200 § 368n](#)

Nr 26 S 75), zu beachten; er sollte nur Untersuchungs- oder Heilmethoden anwenden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert war (Abschnitt A Nr 2 und Nr 6 ZÄV-RL). Auf dem Hintergrund dieser Gesamtregelung blieb es auch bei Füllungen im Seitenzahnbereich letztlich der Entscheidung des Zahnarztes überlassen, ob er im Einzelfall Amalgam oder ein anderes Material einsetzte. Die Bezugnahme auf die Regeln der ärztlichen Kunst bedeutete, daß er dabei den besonderen Gesundheitszustand des Patienten und den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion über Vor- und Nachteile der zur Verfügung stehenden Methoden zu berücksichtigen hatte. Bei den Füllungswerkstoffen sind dies zB Kriterien wie die vermutete Schädlichkeit, Haltbarkeit und Belastbarkeit, Fehleranfälligkeit bei der Verarbeitung, Umfang des Verlusts von Zahnschubstanz. Nach den damaligen Richtlinien hatte diese Risikoabwägung regelmäßig zugunsten von Amalgam auszufallen.

Das schloß aber nicht aus, daß der Zahnarzt aus besonderen Gründen im Einzelfall auch ein anderes Material auswählte. Hinweise hierfür waren den Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes (BfArM; seit dem 1. Juli 1994: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) zu entnehmen (vgl den Überblick über die Entwicklung in Zahnärztliche Mitteilungen 1995, 1049). Im Jahre 1987 empfahl das BfArM aus prophylaktischen Gründen, während der Schwangerschaft keine umfangreichen Sanierungsmaßnahmen mit Amalgam vorzunehmen. Die ZÄV-RL überließen es dem einzelnen Zahnarzt, ob er beispielsweise bei besonders krankheitsanfälligen Patienten entsprechend verfuhr. Auch die weitergehenden Vorbehalte des BfArM aus dem Jahre 1992 (Amalgam nur noch auf kautragenden Flächen im Seitenzahnbereich; weitere Einschränkungen bei bestimmten Patientengruppen) konnten auf Grund der ZÄV-RL aus dem Jahre 1962 ohne weiteres realisiert werden. Daraus ergibt sich, daß es jedenfalls bis zur Neufassung der Richtlinien im Jahre 1995 und der fast gleichzeitigen Änderung der Empfehlungen des (jetzigen) BfArM der Zahnarzt in der Hand hatte, von der Regelversorgung mit Amalgam in begründeten Einzelfällen abzuweichen. Das gilt auch unter Berücksichtigung der Abrechnungsvorschriften, die jedes erprobte und praxisübliche Füllmaterial zuließen (Liebold/ Raff/ Wissing, Kommentar zum einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen, Band 2, Stand 1986, III/122 f). Von einem hoheitlichen Eingriff durch zwingende Vorgabe eines sich später als schädlich herausstellenden Materials kann nicht ausgegangen werden.

Der Inhalt der Empfehlungen des damaligen BfArM schließt eine Aufopferungslage aus einem weiteren Grund aus. Der Bundesgerichtshof hat in der Anwendung eines noch nicht genügend erprobten und später als gefährlich erkannten Arzneimittels zwar einen möglichen Ausgangspunkt für ein Sonderopfer gesehen; er hat diesen Fall aber ausdrücklich von Fällen abgegrenzt, in denen außer dem unerprobten Mittel kein anderes erfolgversprechendes zur Verfügung stand, so daß dadurch kein eigener neuer Gefahrenkreis eröffnet worden sei (BGHZ 20, 61, 66). Die verschiedenen Empfehlungen des BfArM und nunmehr des BfArM lassen auch in ihrer Entwicklung den Schluß zu, daß in der Zeit bis 1995 nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft neben Amalgam kein gleich haltbares und belastbares Füllmaterial für den Seitenzahnbereich zur Verfügung stand; davon geht auch der klägerische Vortrag im Revisionsverfahren aus. Seitdem sich dies nach Einschätzung des BfArM offenbar geändert hat, sind die Vorbehalte gegen Amalgam mit Bescheid vom 31. März 1995 nochmals verschärft und nunmehr auch auf kautragende Flächen im Seitenzahnbereich ausgedehnt worden (vgl hierzu Schmid, BKK 1995, 621; Zahnärztliche Mitteilungen 1995, 1046 f). Unter diesen Umständen läßt sich die Belastung der Klägerin mit einem Eigenanteil bei einer durch Amalgam veranlaßten Zahnersatzbehandlung schon deshalb nicht als Sonderopfer auffassen, weil es sich um ein Risiko handelt, von dem alle Bürger betroffen sind, deren Zahnkavitäten während des hier in Rede stehenden Zeitraums gefüllt werden mußten und die infolgedessen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft mit Amalgam zu versorgen waren.

Da der Klägerin auch unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung keine weitergehenden Ansprüche zustehen, hat ihre Revision keinen Erfolg. Auf weitere verfassungsrechtliche Bedenken ist der Senat bereits im Urteil vom 8. März 1995 (BSGE 76, 40 = SozR 3-2500 § 30 Nr 5) eingegangen. Weder der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 14. August 1998 noch der Vortrag der Klägerin im jetzigen Verfahren hat hierzu neue Gesichtspunkte ergeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-19