

L 10 KR 57/06

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 4 KR 7/06
Datum
14.08.2006
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 10 KR 57/06
Datum
29.01.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Zahnersatz; Metallallergie
Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger einen weiteren Kostenzuschuss für die bei ihm durchgeführte metallfreie Zahnversorgung des Unterkiefers in Höhe von 1.885,23 EUR zu gewähren.

Der am 1964 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Kläger beantragte am 31. Mai 2005 unter Vorlage eines Heil- und Kostenplanes seines Zahnarztes H. vom 24. Mai 2005 zunächst die Übernahme von 65 % der Gesamtkosten für eine metallfreie Neuanfertigung der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen im Unterkiefer auf Grund einer Metallallergie. Im Juni 2005 stellte er den Antrag auf den doppelten Festzuschuss auf Grund der Härtefallregelung und fügte Unterlagen über seine Einkommenssituation bei. Erst im Juli 2004 war eine umfangreiche Versorgung des Gebisses des Klägers durch den Zahnarzt Sch. erfolgt, an deren Kosten sich die Beklagte zu 65 % beteiligt hatte.

In einem daraufhin seitens der Beklagten eingeholten Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt (MDK) vom 28. Juni 2005 ist ausgeführt, auf Grund einer vorhergehenden mangel- und fehlerhaften Kronen- und Brückenversorgung sei eine vollständige Neuversorgung angezeigt. Eine Unverträglichkeit oder Allergie des Klägers gegenüber den Dentalmaterialien sei im Rahmen der klinischen Untersuchung und der vorliegenden Befunde nicht verifizierbar. Sofern der Kläger eine Neuversorgung mit metallfreien Materialien wünsche, sei darauf zu verweisen, dass auch eine derartige technische Ausführung die Übernahme der im Heil- und Kostenplan vom 24. Mai 2005 aufgeführten Festzuschüsse rechtfertige.

Daraufhin bewilligte die Beklagte am 27. Juli 2005 einen Festzuschuss unter Anerkennung eines Härtefalls. Daraus ergab sich eine vorläufig bewilligte Summe in Höhe von 3.440,46 EUR von insgesamt auf 6.466,49 EUR geschätzten Behandlungskosten.

Hiergegen legte der Kläger am 3. August 2005 Widerspruch ein. Die zur Behandlung einer Allergie anfallenden Kosten gehörten zu den Leistungen der Krankenkassen. Daran habe die gesetzliche Neuregelung zum Zahnersatz nichts geändert, da die Sonderfälle der Allergien vor der Gesetzesänderung im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt gewesen und durch die Neuregelung nicht von der Leistungspflicht der Krankenversicherung ausgeschlossen worden seien. Die vorgesehene Versorgung werde von ihm nicht aus kosmetischen Gründen gewählt, sondern weil sie medizinisch notwendig sei. Hierzu wies der Kläger ausdrücklich auf einen beigefügten Allergietest hin, der eine starke Molybdänallergie ergeben habe. Diese Diagnose habe die Beklagte zu akzeptieren. Der Test sei medizinisch validiert und das durchführende Labor sei nach einer bestimmten DIN-Kennziffer akkreditiert. Auch eine EAV-Diagnose (Elektroakupunktur nach Voll) von Dr. J. , L. , vom 19. April 2005 bestätige die Unverträglichkeit der verwendeten Brückenmaterialien. Der Gutachter des MDK habe eine Allergie und damit eine Gesundheitsschädigung nicht ausschließen können. Die im Heil- und Kostenplan angegebene "andersartige Versorgung" sei die in seinem Fall wirtschaftlichste Variante der medizinisch notwendigen Versorgung. Als Alternative komme nämlich bei ihm nur eine Hochgoldlegierung in Betracht, die nach Aussage des Dentallabors noch teurer sei.

Mit Bescheid vom 15. August 2005 teilte die Beklagte dem Kläger mit, die befundbezogenen Festzuschüsse orientierten sich an der prothetischen Regelversorgung und nicht an einer im Einzelfall medizinisch notwendigen Versorgung. Für 52 vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses bestimmte Befunde seien

Festzuschüsse zu gewähren. Sollte der Behandlungsplan in der geplanten Form durchgeführt werden, könne es zu keiner Veränderung des Festzuschusses kommen, da unter Berücksichtigung des Gutachtens die höchstmöglichen Festzuschüsse bewilligt worden seien. Die Vorläufigkeit der Kostenentscheidung beruhe nur darauf, dass die Endabrechnung des behandelnden Zahnarztes nicht vorliege.

Mit Schreiben vom 17. August 2005 führte der Kläger nochmals aus, in dem Gutachten von Dr. M. seien die von ihm beigefügten Nachweise seiner Unverträglichkeit der wichtigsten Zahnmetalle grundlos ignoriert worden. Weder der Bescheid noch das Gutachten setzten sich überhaupt hiermit auseinander, obwohl sich die andersartige Versorgung wegen dieser Unverträglichkeit als medizinisch notwendig erwiesen habe und nicht aus kosmetischen Gründen gewählt worden sei.

Die Rechnung des behandelnden Zahnarztes vom 10. November 2005 für die zahnärztliche Versorgung des Unterkiefers des Klägers in Höhe von insgesamt 5.325,69 EUR beglich der Kläger bis Anfang Dezember 2005 vollständig. Von der Beklagten erhielt er hierfür eine Kostenerstattung in Höhe der bewilligten 3.440,46 EUR.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. Dezember 2005 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Eine volle, den ent-sprechenden Festzuschuss übersteigende Kostenübernahme sei nicht möglich. Die Beklagte erfülle mit der Übernahme des Festzuschusses für die jeweilige Regelversorgung ihre Leistungspflicht. Versicherte, die einen über die Regelver-sorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz wählten, hätten die Mehrkos-ten nach [§ 55 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenver-sicherung - (SGB V) selbst zu tragen. Unabhängig von den Gründen, aus denen eine andersartige zahnärztliche Versorgung gewählt worden sei, sei die auf den befundbezogenen Festzuschuss beschränkte Kostenübernahme zwingend, und es bestehe keine Möglichkeit, die Ursache des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen. Unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts komme es nicht darauf an, ob zahnmedizinische oder allgemeinmedizinische Krankheiten den Behandlungsbedarf verursacht hätten.

Hiergegen hat der Kläger am 16. Januar 2006 Klage erhoben, mit welcher er die Differenz zwischen der von ihm gezahlten Summe und der von der Beklagten bereits erhaltenen Kostenerstattung für die zahnärztliche Versorgung seines Un-terkiefers geltend macht. Die starke Unverträglichkeit aller Zahnmetalle habe zu chronischer Müdigkeit, Tinnitus, dauerhaften Kopfschmerzen, Muskelzuckungen und weiteren unklaren Schmerzen geführt. Er habe daher seine selbständige Tätigkeit als Übersetzer aufgegeben. Behandlungen beim Hautarzt, Neurologen und Orthopäden hätten diese Symptome nicht lindern können. Vielmehr seien sie im Jahre 2004 durch eine neue Unterkieferbrücke aus Ankatit U noch verstärkt worden. Von ihm selbst in Auftrag gegebene und bezahlte Untersuchungen hätten zu dem Ergebnis einer Molybdänallergie geführt und die Entfernung aller Me-talle aus seinem Mund notwendig gemacht. Molybdän sei Bestandteil aller für Zahnersatz verwendeten Nichtedelmetalllegierungen. Die Regelversorgung erfolge grundsätzlich mit edelmetallfreien, aber metallhaltigen Legierungen, so ge-nannte NEM-Legierungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe nach [§ 91 Abs. 6 SGB V](#) in einem Beschluss über eine Neufassung der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versor-gung mit Zahnersatz und Zahnkronen vom 8. Dezember 2004 (Bundesanzeiger Nr. 54 S. 4094) unter Abschnitt C.14 festgelegt, dass bei einer nachgewiesenen Allergie gegen einen Werkstoff ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen sei. Dennoch habe die Beklagte ohne jegliche Untersuchung festgestellt, dass ein Zusammenhang mit einer Allergie nicht bestehe. Die metallfreie Zahnversorgung stelle bei ihm keine andersartige, sondern eine befundbezogene Regelzahnversorgung dar, so dass die Beklagte die Behandlungskosten in voller Höhe zu tragen habe. Dies ergebe sich auch aus den Urteilen des Bundesverfas-sungsgerichts vom 14. August 1998 (Az.: [1 BvR 897/98](#)) und des Bundessozial-gerichts vom 6. Oktober 1999 (Az.: [B 1 KR 9/99 R](#)). Danach seien die Versicher-ten nach [Artikel 2 Absatz 2 Satz 1](#) Grundgesetz von der Eigenbeteiligung an den zahnärztlichen Behandlungs- und Leistungskosten zu befreien, wenn ein Arzt bei der Einhaltung der Regeln der ärztlichen Kunst verpflichtet gewesen sei, eine ihm keinen Spielraum belassende Vorgabe des Leistungs- oder des Leistungserbrin-gungsrechts des SGB V zu beachten und nur eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anzuwenden, soweit hierdurch ursächlich die Ge-sundheit des Versicherten geschädigt worden sei. Wenn die Gesundheit des Versicherten durch eine unter Einhaltung aller gesetzlichen Vorgaben erfolgte Erstbehandlung geschädigt worden sei, sei die Krankenkasse nach dem Institut der Aufopferung in Form eines hoheitlichen Eingriffs verpflichtet, die Kosten zur Beseitigung des Schadens in vollem Umfang zu übernehmen. Bei ihm sei die Behandlung mittels einer NEM-Brücke im Jahre 2004 eine solche gesundheits-schädliche Erstbehandlung gewesen.

Die Beklagte hat ausgeführt, nach den zum 1. Januar 2005 geänderten Richtli-nien rechtfertige auch die auf Wunsch des Klägers durchgeführte Versorgung mit metallfreien Materialien einen Anspruch auf den Festzuschuss, jedoch nicht auf eine vollständige Kostenübernahme. Der Inhalt der Richtlinie, nach der bei der zahnärztlichen Versorgung darauf zu achten ist, dass entsprechend geeignete, bei nachgewiesenen Allergien gegebenenfalls nichtmetallische Materialien zu verwenden seien, richte sich lediglich an den behandelnden Zahnarzt, habe jedoch keine Auswirkungen auf den zu übernehmenden Festzuschuss. Nach den Feststellungen des MDK seien aus zahnärztlicher Sicht auch keine Befunde veri-fizierbar, die eine Unverträglichkeit oder Allergie des Klägers gegenüber dentalen Materialien nachvollziehbar machten, so dass auch nicht von einer gesundheits-schädlichen Erstbehandlung, die eine vollständige Kostenübernahme rechtfertigen könne, auszugehen sei.

Das Sozialgericht Dessau hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 14. August 2006 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf eine über den doppelten Festzuschuss hinausgehende Kostenerstattung, da es hierfür keine Rechtsgrundlage gebe. Die Regelungen der [§§ 55 Abs. 2, 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6](#) und 7 SGB V seien abschließend. Ein Anspruch aus dem Rechtsgedanken der Aufopferung komme nicht in Betracht, da dem Kläger nicht durch hoheitlichen Zwang unter Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes ein so genanntes Sonderopfer auferlegt worden sei. Dies habe das Bundessozialgericht in dem zitierten Urteil vom 6. Oktober 1999 überzeugend dargelegt. Es sei auch nicht rechtswidrig in die Rechtsgüter des Klägers eingegriffen worden, so dass auch der Rechtsgedanke des öffentlich-rechtlichen Folgenbeseitigungsanspruchs nicht greife.

Gegen den dem Kläger am 17. August 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat er am Montag, den 18. September 2006 Berufung eingelegt. Im Vordergrund stehe die Behandlung einer schwerwiegenden Allergieerkrankung und nicht die Be-handlung von Zahnproblemen. Dies habe das Gericht bei seiner Entscheidung nicht berücksichtigt. Die im Jahre 2004 erfolgte Behandlung habe nach Art und Umfang nicht zur Krankenbehandlung des Klägers ausgereicht und sei auf Grund der dadurch hervorgerufenen allergischen Reaktionen nicht zweckmäßig gewe-sen. Eine Härtefall- oder Einzelfallentscheidung auf Grund der besonderen Krankheits- und Finanzsituation des Klägers sei nicht geprüft worden.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 15. August 2005 unter Abänderung des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2005 insofern, als dieser die Kostenerstattung in Bezug auf die zahnärztliche Behandlung und Versorgung des Unterkiefers des Klägers betrifft, sowie den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dessau vom 14. August 2006 aufzuheben

und die Beklagte zu verurteilen, ihm für die im Jahre 2005 erfolgte metallfreie Zahnversorgung seines Unterkiefers einen weiteren Betrag in Höhe von 1.885,23 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie sei mit dem gewährten Festzuschuss ihrer Leistungspflicht voll umfänglich nachgekommen. Eine darüber hinausgehende Kostenübernahme sei ausgeschlossen. Hierzu hat die Beklagte auf ihre bisherigen Ausführungen sowie auf das erstinstanzliche Urteil verwiesen.

Die Verwaltungsakte der Beklagten hat vorgelegen und ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Streitgegenstand ist der Bescheid der Beklagten vom 15. August 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2005, soweit dieser die Kostenerstattung in Bezug auf die zahnärztliche Behandlung und Versorgung des Unterkiefers des Klägers betrifft. Mit dem Schreiben vom 3. August 2005 hat der Kläger erstmals eine über den am 27. Juli 2005 bewilligten doppelten Festzuschuss hinausgehende, vollständige Kostenerstattung der durchgeführten zahnärztlichen Behandlung und Versorgung seines Unterkiefers beantragt. Unabhängig von der Bezeichnung des Schreibens als "Widerspruch" liegt darin ein erstmaliger Antrag, über den die Beklagte erstmals mit Bescheid vom 15. August 2005 entschieden hat. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), da dieser keinen Anspruch auf eine über den doppelten Festzuschuss hinausgehende Kostenerstattung hat.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei umfasst die Krankenbehandlung nach Satz 2 Ziff. 2 und Ziff. 2a dieser Vorschrift u. a. die zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Die zahnärztliche Behandlung beinhaltet nach [§ 28 Abs. 2 SGB V](#) die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Für Zahnersatzleistungen enthalten die [§§ 55, 56 SGB V](#) spezielle Regelungen. Danach hat der Kläger einen Anspruch gegen die Beklagte auf den doppelten Festzuschuss, aber nicht darüber hinaus.

Nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) 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 SGB V](#) anerkannt ist.

Diese Voraussetzungen sind erfüllt, denn der Kläger ist bei der Beklagten versichert, die Versorgung seines Unterkiefers mit Zahnersatz und Zahnkronen im Jahr 2005 war medizinisch notwendig und die von seinem Zahnarzt durchgeführte Versorgung entsprach einer nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) anerkannten Methode.

Nach [§ 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Abs. 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Abs. 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Mit dieser Regelung sollte sichergestellt werden, dass für einkommensschwache Versicherte die Kosten der jeweiligen Regelversorgung von der Krankenkasse vollständig übernommen werden (vgl. [BT-Drucks. 15/1525 S. 92](#)). Der Gesetzgeber hat aber in [§ 55 Abs. 2 Satz 1](#) Zweiter Halbsatz SGB V gleichzeitig ausdrücklich festgestellt, dass die Krankenkassen auch bei einkommensschwachen Versicherten nur den doppelten Festzuschuss leisten, wenn diese, ungeachtet ihrer wirtschaftlichen Lage, nach Abs. 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz wählen (vgl. auch KassKomm-Höfler, [§ 55 SGB V](#) RdNr. 29 ff.).

Die Regelversorgungen werden nach [§ 56 Abs. 1 SGB V](#) vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien bestimmt. Hierzu erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses zunächst die Bestimmung der Befunde ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)), denen jeweils eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet wird ([§ 56 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Die Regelversorgung hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören ([§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen (Satz 4 dieser Vorschrift). Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände begrenzt (Satz 6 dieser Vorschrift). Die Regelversorgung umfasst Verblendungen im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier (vgl. Satz 8 dieser Vorschrift).

Auf Grund dieser Vorschrift hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinien zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach den §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschussrichtlinien) vom 3. November 2004, gültig ab 1. Januar 2005, erlassen. Darin wird unter A.5. nochmals ausgeführt, dass die Versicherten, die nach § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden und einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz nach § 55 Abs. 4 oder Abs. 5 SGB V wählen, nur Anspruch auf den doppelten Festzuschuss haben. Des Weiteren enthalten die Festzuschussrichtlinien die jeweiligen zahnmedizinischen Befunde sowie die diesen zugeordnete Regelversorgung.

In den Fällen, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird, haben die Krankenkassen nach § 55 Abs. 5 SGB V die bewilligten Festzuschüsse zu erstatten. Da nach erhalten die Versicherten die Zuschüsse direkt von der Krankenkasse ausgezahlt und sind gegenüber dem Vertragszahnarzt zur Zahlung der vollständigen Rechnung verpflichtet. Entsprechend ist vorliegend verfahren worden. Dies ist rechtmäßig, da der Kläger eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung gewählt hat. Auf Grund der vorliegenden zahnärztlichen Befunde wäre der Kläger bei einer Regelversorgung mit Kronen aus Nichtedelmetall, teilweise mit gegossenen Halte- und Stützvorrichtungen versorgt worden und die Zähne 34-42 und 44 hätten zusätzlich eine vestibuläre Verblendung erhalten. Nach der Rechnung des behandelnden Zahnarztes vom 10. November 2005 wurde der Unterkiefer des Klägers tatsächlich mit (metallfrei-en) Kronen- und sechs Brückengliedern jeweils in einer keramischen Vollverblendung bis Zahn acht auf jeder Seite versorgt.

Auch wenn der Kläger durch die Kosten dieser Behandlung wirtschaftlich unzumutbar belastet wird, ist der von der Beklagten hierfür zu leistende Zuschuss nach § 55 Abs. 2 Satz 1 Zweiter Halbsatz SGB V auf den doppelten Festzuschuss begrenzt. Dies gilt nach dem ausdrücklichen gesetzlichen Wortlaut selbst dann, wenn die tatsächlich anfallenden Kosten bei einer durchgeführten Regelversorgung höher wären. Unerheblich ist dabei, ob beim Kläger die gewählte abweichende Versorgung wegen einer Allergie indiziert war. Der befundbezogene Festzuschuss stellt klar, dass bei gleichem zahnmedizinischem Befund, jedes Mal auch nur der gleiche Festzuschuss - sei es auch als erhöhter oder doppelter Festzuschuss - von der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten ist. Bei den in den Festzuschussrichtlinien aufgeführten Befunden handelt es sich ausschließlich um zahnmedizinische Befunde. Andere medizinische Befunde, ob allgemeinmedizinisch oder in einer bestimmten (nicht zahn-)medizinischen Fachrichtung begründet, finden dort keine Berücksichtigung. Dies gilt auch für die vom Kläger dargelegte ausgeprägte und umfassende Metallallergie.

Die Festzuschussrichtlinie entspricht damit der gesetzlichen Regelung in § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V, nach der sich die Regelversorgung ausdrücklich lediglich an den zahnmedizinisch notwendigen Leistungen, nicht an sonstigen medizinischen Erforderlichkeiten, zu orientieren hat. Nach der gesetzlichen Regelungssystematik ist ein Anspruch auf eine weitergehende Kostenerstattung ausgeschlossen, da die §§ 55, 56 SGB V als Sondertatbestände die Ansprüche bei der Versorgung mit Zahnersatz abschließend regeln. Den Regelungen ist eine Unterscheidung anhand der Ursache des Behandlungsbedarfs nicht zu entnehmen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ergibt sich daher auf Grund einer Unverträglichkeit von Materialien, die bereits zu Krankheitserscheinungen an anderen Organen geführt hat, keine erhöhte Leistungspflicht der Krankenkasse (BSG, Urt. v. 29.06.1994, RK 40/93, SozR 3-2500 § 30 Nr. 3: Goldallergie; BSG, Urt. v. 08.03.1995, 1 RK 7/94, E 76, 40, SozR 3-2500 § 30 Nr. 5: Amalgamallergie). An dieser Rechtsprechung ist trotz der Neufassung der §§ 55, 56 SGB V festzuhalten, da insoweit keine Veränderung ersichtlich ist (vgl. hierzu KassKomm-Höfler, § 55 SGB V RdNr. 10). Die Begrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ist nach der zitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts an den Gegenstand (Zahnersatz), nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs geknüpft (vgl. BSG, Urteil v. 08.03.1995, a.a.O.). Bei der Begrenzung des Festzuschusses auf die Höhe der Kosten für die Regelversorgungsleistung kann es daher nicht darauf ankommen, ob eine Abweichung von der Regelversorgung aus allgemeinmedizinischen Gründen notwendig erscheint. Weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus den Gesetzesmaterialien ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung ein höherer Zuschuss gewährt werden könnte. Es kommt auch nicht darauf an, ob eine frühere Behandlung die Bedingung für die neuerlich notwendige Maßnahme gesetzt hat, ob also die Beklagte den Kläger vorher mit für ihn unverträglichen Werkstoffen versorgt hat. Nach §§ 55, 56 SGB V wird das Versicherungsrisiko von Zahnersatzbehandlungen völlig unabhängig von deren Ursache nur in gewissen Grenzen der Krankenkasse zugewiesen. Das Risiko der Notwendigkeit einer diese Grenzen überschreitenden Behandlung tragen demgegenüber die Versicherten selbst. Auch zahnärztliche Behandlungsfehler lösen keine höhere Zuschusspflicht der Krankenkasse, sondern nur eine zivilrechtliche Schadensersatzpflicht des behandelnden Arztes gegenüber dem Versicherten aus (vgl. BSG, Urteil v. 08.03.1995, a.a.O.).

Auch aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung ergibt sich nichts anderes. Nach deren Abschnitt C. "Voraussetzungen und Grundsätze für eine Versorgung mit Zahnersatz" Ziff. 14 "dürfen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff ist ein als verträglich ermittelter Werkstoff zu wählen. Der Nachweis einer Allergie ist gemäß den Kriterien der Kontaktallergiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie zu erbringen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig. Bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung soll beachtet werden, dass Nichtmetall und NEM-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können."

Hieraus kann der Kläger keinen Anspruch auf kostenfreie Versorgung mit einem für ihn als verträglich ermittelten Werkstoff auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung herleiten. Diese Richtlinien regeln nach ihrem Abschnitt A. "Gegenstand und Zweckbestimmung" unter Ziff. 1. die Regelversorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen, durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte (Vertragszahnärzte) mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Sie legen damit schon nach ihrem Gegenstand und Zweck nicht den Inhalt und Umfang der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten fest. Nach Abschnitt A. Ziff. 2. der Richtlinien sollen vielmehr die Krankenkassen nach diesen Richtlinien über ihre Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz entscheiden (Ziff. 2. a)) und die Zahnärzte sollen nach diesen Richtlinien bei der Versorgung mit Zahnersatz verfahren (Ziff. 2. b)). Im Übrigen wären die Richtlinien rechtswidrig und damit unbeachtlich, wenn sich aus ihnen ein Anspruch der Versicherten gegen die Krankenkasse auf einen höheren Zuschuss ergeben würde als aus der gesetzlichen Regelung. Die Richtlinien würden dann den gesetzlichen Ermächtigungsrahmen überschreiten. Zudem ist unter Abschnitt D. "Anforderungen an einzelne Behandlungsbereiche" - I. "Versorgung mit Zahnkronen" Ziff. 20 dieser Richtlinien die Regelversorgung bei Zahnkronen aufgeführt. Danach gehören metallische Voll- und Teilkronen zur Regelversorgung. Ebenfalls zur Regelversorgung gehören vestibuläre Verblendungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. Im Bereich der Schneidezähne eins bis drei umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten. Nach Abschnitt D. II. "Versorgung mit Brücken" Ziff. 25 der

Richtlinien gilt dies für Brücken entsprechend. Für jede hiervon abweichende oder darüber hinausgehende Versorgung verweisen die Richtlinien unter Abschnitt B. "Voraussetzungen für Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung" unter Ziff. 5. auf die vom Versicherten selbst zu tragenden Mehrkosten bzw. auf den Festzuschuss als begrenzte Leistung.

Schließlich kann auch aus dem "Aufopferungsgedanken" kein weiterer Anspruch des Klägers hergeleitet werden. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschl. v. 14.08.1998, Az. [1 BvR 897/98](#) zitiert nach Juris) und des Bundessozialgerichts (vgl. Urte. v. 06.10.1999, Az.: [B 1 KR 9/99](#) zitiert nach Juris) ist der Versicherte von jeglichen Kosten zu befreien, 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 darstellt. Ein solcher hoheitlicher Eingriff wird jedoch nur dann angenommen, 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. Ein solches vom Aufopferungsanspruch vorausgesetztes Sonderopfer liegt nicht vor, denn bei der Erstbehandlung des Klägers im Jahre 2004 bestand keine zwingende rechtliche Vorgabe, für den eingegliederten Zahnersatz die später bei ihm möglicherweise zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führenden Metall-Legierungen zu verwenden. Der Kläger hätte – bei entsprechender Eigenbeteiligung – bereits im Jahre 2004 mit metallfreien Materialien versorgt werden können. Es ist kein Grund ersichtlich, ihn nun von Kosten zu befreien, die er auch zu tragen gehabt hätte, wenn die Behandlung bereits früher durchgeführt worden wäre. Im Falle des Klägers handelt es sich nicht um ein Sonderopfer im Interesse der Allgemeinheit. Sollte der Kläger an der von ihm dargestellten weitgehenden Materialunverträglichkeit leiden, hätte sich vielmehr ein allgemeines Lebensrisiko verwicklicht.

Gegen die Begrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Festzuschüsse in ihren verschiedenen Formen hat der Senat keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Der Gesetzgeber hat bei der Abgrenzung, für welche Risiken die Krankenkasse und für welche der Versicherte im Rahmen seiner Eigenverantwortung aufzukommen hat, einen weiten Gestaltungsspielraum. Dies ist von der Rechtsprechung insbesondere im Bereich des Zahnersatzes immer wieder betont worden (vgl. BSG, Urteil v. 08.03.1995, Az. [1 RK 7/94](#), a.a.O., m. w. N.; zur Verfassungsmäßigkeit des gesetzlichen Ausschlusses nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung jüngst BSG, Urte. v. 06.11.2008, [B 1 KR 6/08 R](#)). Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist schon nach den in [§§ 1](#) und [2](#) sowie 12 SGB V normierten Grundsätzen der Eigenverantwortung und der Wirtschaftlichkeit mit grundsätzlichen Leistungsbegrenzungen angelegt. Es gilt hierbei die Interessen der Beitragszahler gegen die des behandlungsbedürftigen Versicherten abzuwägen. Ein Gebot zu Sozialversicherungsleistungen in einem bestimmten sachlichen Umfang lässt sich dem Grundgesetz (GG) nicht entnehmen, weder den Grundrechten noch dem Sozialstaatsprinzip des [Art. 20 Abs. 1 GG](#) (BVerfG, Beschl. v. 03.04.1979, [1 BvL 30/76](#), E 51, 115, 125, SozR 4100 § 112 Nr. 10 S. 33; BVerfG, Beschl. v. 29.05.1990, [1 BvL 20/84](#), [1 BvL 26/84](#), [1 BvL 4/86](#), zitiert nach Juris Rz. 83, E 82, 60, 80, [SozR 3-5870 § 10 Nr. 1](#) S. 5 jeweils m. w. N.).

Dem Sozialstaatsprinzip wird im Hinblick auf medizinisch unabweisbar notwendige Zahnersatzleistungen, deren Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, bei entsprechender Bedürftigkeit durch Ansprüche gegen den Sozialhilfeträger nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (SGB XII) bzw. gegen den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (SGB II) hinreichend Rechnung getragen. Veranlassung für eine Beiladung dieser Träger nach [§ 75 Abs. 2](#) 2. Alt., Abs. 5 SGG sah der Senat nicht, da eine Leistungspflicht dieser Träger gegenüber dem Kläger für den begehrten Anspruch nicht in Betracht kommt. Für Leistungen des Sozialhilfeträgers nach dem SGB XII fehlen jegliche Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger nicht nach dem SGB II erwerbsfähig gewesen sein könnte. Leistungen nach diesem Buch sind daher vorrangig ([§ 21 SGB XII](#)). Für Leistungen nach dem SGB II fehlt jedoch ein entsprechender Antrag des Klägers. Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden nach [§ 37 SGB II](#) auf Antrag erbracht. Der vom Kläger bei der Beklagten gestellte Antrag auf vollständige Kostenerstattung für seine Zahnbehandlung kann nicht auch als Antrag auf Leistungen nach dem SGB II ausgelegt werden. Es ist allgemein bekannt – und der Senat zweifelt gerade beim Kläger nicht an diesem Kenntnisstand –, dass es für die Bewilligung von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende auf die gesamte Einkommens- und Vermögenssituation des Betroffenen ankommt und daher vollständige Angaben hierzu erforderlich sind. Insbesondere zu seiner Vermögenssituation hat der Kläger jedoch keine Angaben gemacht. Sein Antrag kann daher nicht ohne weiteres auch als Antrag auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende ausgelegt werden. Zudem käme nach [§ 23 Abs. 1 SGB II](#) nur eine darlehensweise Gewährung von Leistungen in Betracht, die spätestens seit der Erzielung von Einkommen zurück zu zahlen wäre.

Aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) kann kein Anspruch auf Bereithaltung spezieller Gesundheitsleistungen hergeleitet werden (vgl. BVerfG, Bschl. v. 05.03.1997 – [1 BvR 1071/95](#) – [NJW 1997, 3085](#): Edelfosin; – [1 BvR 1953/97](#) – [MedR 1997, 318](#): Jomol; Bschl. v. 15.12.1997 – [1 BvR 1953/97](#) – [NJW 1998, 1775](#), 1776: Heilpraktiker). Der Staat hat zwar die Pflicht, sich schützend und fördernd vor das Rechtsgut Leben bzw. körperliche Unversehrtheit zu stellen und das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesem Sinne auszulegen. Die Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers wird dadurch jedoch nur insoweit eingeschränkt, als die Vorkehrungen zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit nicht völlig ungeeignet oder völlig unzulänglich sein dürfen. Diese Grenze wird durch die gesetzliche Leistungsbegrenzung im Bereich der Zahnersatzleistungen offensichtlich nicht erreicht.

Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen auch nicht im Hinblick auf das Gebot des allgemeinen Gleichheitssatzes ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)), Gleiches gleich und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln. Es ist verfassungsrechtlich nicht geboten, eine Unterscheidung anhand der Gründe für den benötigten Zahnersatz zu treffen. Ein ursachenbezogener Versicherungsschutz ist dem Schutzzweck der gesetzlichen Krankenversicherung fremd und könnte zu schwierigen Abgrenzungsfragen führen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02