

L 16 KR 80/01

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 4 KR 101/98
Datum
13.02.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 80/01
Datum
07.03.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts (SG) Düsseldorf vom 13. Februar 2001 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die beklagte Ersatzkasse hat sich an den Kosten einer privatärztlichen Versorgung der bei ihr pflichtversicherten Klägerin mit Zahnersatz durch den Zahnarzt G ... H ... aus D ... mit einem Betrag von 100 vH entsprechen der vertragzahnärztlicher Regelleistungen beteiligt. Die Beteiligten streiten, ob die beklagte Kasse verpflichtet ist, für die gesamten Kosten einzustehen, die der Vertragszahnarzt H ... der Klägerin für den Austausch von Zahnersatz auf der Basis von Gold- gegen In-Ceram-Kronen privatärztlich in Rechnung gestellt hat.

Die Klägerin ist am 6.3.1961 geboren. Sie hatte bis Anfang 1996 vorhandene Amalgam-Füllungen durch Goldguß- bzw. Zementfüllungen/Kronen ersetzen lassen und befand sich seit Februar 1996 in Behandlung des Nervenarztes - Umweltmedizin - Dr. R ... aus G ... und seit März 1994 in Behandlung des Internisten Prof. Dr. I ... aus D ..., der bei ihr bis März 1998 u.a. zahlreiche Behandlungen mit DMPS durchführte.

Am 2.6.1997 ging bei der Beklagten ein privatärztlicher Heil- und Kostenplan des Zahnarztes G ... H ... vom 21.5.1997 ein, dessen Praxis mittlerweile vom Zahnarzt Dr. K ... fortgeführt wird; Herr H ... veranschlagte voraussichtlich 5827,17 DM Honorar und Laborkosten für den Austausch von Kronen betreffs der Zähne 16, 36, 37, 46, 47 und fügte hinzu "In-Ceram-Kronen, wg. Kupferallergie, welches in den bestehenden Kronen enthalten ist"; eingangs des Heil- und Kostenplans ist vermerkt "Folgende Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt; sie werden deshalb nach der GOZ berechnet". Die Beklagte teilte der Klägerin mit Bescheid vom 3.6.1997 mit, ihr Zahnarzt habe Zahnersatz im Rahmen einer Privatvereinbarung mit ihr geplant; die Kasse beteilige sich an den Kosten der geplanten Privatbehandlung in gesetzlich vorgesehener Höhe zu 100 vH - 1203,52 DM Vertragshonorar und 1004,20 DM Material- und Laborkosten; der Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung richte sich nach dem Zahnarzt-/Ersatzkassenvertrag und nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen. Die Klägerin erwiderte mit Schreiben vom 25.6.1997, die Beklagte habe ihr mit Schreiben vom 3.6.1997 die Übernahme eines Teils der Kosten für eine wegen Kupferallergie notwendige Zahnbehandlung zugesagt; sie habe sich deshalb an das Sozialamt gewandt und dort habe man ihr mitgeteilt, daß die Krankenkasse die vollen Kosten zahlen müsse; sie beantrage die Übernahme der vollen Kosten. Im beigefügten Schreiben vom 19.6.1997 hatte das Sozialamt der Klägerin mitgeteilt, wenn der Versicherte Sozialhilfe beziehe, habe die Krankenkasse nach § 61 Abs 2 Nr 2 des Sozialgesetzbuches (SGB) V den Versichertenanteil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen; deshalb könne das Sozialamt den Kostenanteil entsprechend dem Heil- und Kostenplan vom 21.5.1997 nicht übernehmen. Die Beklagte entgegnete mit Schreiben vom 11.7.1997, obwohl In-Ceram-Kronen keine Vertragsleistung darstellten, sei die Kasse bereit, sich an den Kosten in Höhe der Vertragsätze zu beteiligen; aufgrund der Einkommensverhältnisse sei der der Kasse vorgelegte private Heil- und Kostenplan zu 100 vH des vertraglich vereinbarten Honorars, sowie für die dazugehörenden Vertragslaborkosten bewilligt worden; man beabsichtige, die Übernahme der verbleibenden Differenzkosten abzulehnen und gebe Gelegenheit zur Stellungnahme. Mit Schreiben vom 21.7.1997 erklärte die Klägerin u.a.: möchte sie aber schon einmal auf die Dringlichkeit der Behandlung hinweisen; zB hätten sich ihre Zungenmandeln inzwischen so vergrößert, daß ihre Hautärztin sie in der Meinung, es handle sich um einen Tumor, zur Untersuchung an die Universitätsklinik geschickt habe, wo man ihr erklärt habe, es handle sich nicht um einen Tumor, solche Vergrößerungen der Zungenmandeln träten vor allem bei Allergikern auf; gegen den Bescheid der Kasse vom 9.7.1997 (Behandlung einer Fokaltoxikose multipler Schwermetalle) lege sie Widerspruch ein; die von Dr. H ... vorgeschlagene Behandlung diene erstens der Entgiftung; vielleicht könne sie sich dadurch einige der sehr unangenehmen DMPS-Spritzen ersparen; ein weiteres Ziel sei es, die Belastung, die durch die Entfernung der Goldkronen entstehe, zu mindern; besonders wichtig sei aber

die dritte, die aufbauende Komponente, für die von ärztlicher Seite bisher wenig unternommen worden sei; falls die Kasse endgültig bei ihrer ablehnenden Haltung bleibe, bitte sie trotzdem, nicht endgültig über diese Behandlungsmöglichkeit zu entscheiden; da bei ihr seit mehreren Monaten allergische Reaktionen (Hautflecken und kleine Schwellungen an den Augen) gegen das DMPS aufträten, könne es sein, daß sie vor Beendigung der Entgiftung die Behandlung mit diesem Mittel abbrechen müsse; in diesem Falle würde sie in der von Dr. H ... vorgeschlagenen Behandlung eine sinnvolle Alternative sehen, da ihr eine andere schulmedizinische Methode nicht bekannt sei. Dem Schreiben der Klägerin vom 21.7.1997 beigefügt oder nachgereicht wurden: ein Begleitschein für klinische Konsultation, ausgestellt von der Zahnmedizinischen Klinik der Universität D ... am 18.6.1997 mit der Empfehlung regelmäßiger HNO-ärztlicher Kontrolle, und ein Arztbrief der Drs. T ... u T ...-H ..., Ärztinnen für Labormedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie aus D ... vom 2.6.1997 mit Laborendbefunden "Creatinin sowie Quecksilber und Kupfer vor und nach der Gabe von DMPS".

Die Beklagte vermerkte auf dem Schreiben der Klägerin vom 21.7.1997 mit Datum des 19.8.1997, das Mitglied habe am 20.8.1997 einen vom Sozialamt veranlaßten Termin beim Gesundheitsamt, ob weitergehende Kosten vom Sozialamt getragen werden sollten; das Mitglied melde sich dann. In einem weiteren Vermerk vom 21.8.1997 (vgl. Bl. 7 unten der Verwaltungsakte) hielt die Kasse fest, das Mitglied habe sich gemeldet; es lege keinen Widerspruch ein (nach eingehender Beratung bzgl. 100 % und daß darüber hinaus keine Erst. möglich); das Mitglied rede mit Zahnarzt, ansonsten trage sie den Eigenanteil selbst.

In der Zeit vom 23.9. bis zum 6.10.1997 ließ die Klägerin die streitige Behandlung durchführen.

Mit formellem Bescheid vom 10.11.1997 entschied die Beklagte: wie telefonisch am selben Tag besprochen, könne sich die Kasse nicht weitergehend an den Kosten für In-Ceram-Kronen beteiligen; grundsätzlich gehöre die Versorgung mit In-Ceram-Kronen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung. Mit Schreiben vom 13.11.1997 meldete sich ein Rechtsanwalt B ... für die Klägerin bei der Beklagten und meinte, es gebe einen Zuständigkeitskonflikt zwischen Sozialamt und Kasse. Mit Datum des 21.11.1997 erhob die Klägerin selbst Widerspruch und machte geltend, auf Aufforderung des Sozialamtes, das, anstelle der In-Ceram-Kronen, einen Ersatz ihrer jetzigen Goldkronen durch Goldkronen mit anderer Zusammensetzung fordere, habe sie sich einen Allergie-Paß erstellen lassen; nachdem sich bei den Tests herausgestellt habe, daß sie auf Gold allergisch reagiere, habe das Sozialamt nunmehr, nach fast einem Jahr Verzögerungstaktik, telefonisch jegliche Übernahme von Kosten abgelehnt; deshalb habe sie einen Anwalt beauftragt. Die Klägerin legte dazu einen Allergie-Paß vor, den die praktische Ärztin G ...-C ... aus D ... am 10.10.1997 ausgestellt hatte, und in dem es heißt, der Inhaber des Passes sei allergisch gegenüber folgenden Stoffen: "Quecksilber, Kobaltchlorid, Silber, Kolloidal, Tetrachlorogoldsäure C 2420 ME". Am 16.12.1997 legte die Klägerin der Kasse die Rechnung des Zahnarztes H ... vom 2.12.1997 vor, nach der dieser am 23.9.1997 die fünf Kronen 16,36,37,46,47 entfernt, provisorisch versorgt und am 30.9.1997 einen Zahn (16) sowie am 6.10.1997 vier weitere Kronen - auf In-Ceram Basis - endgültig neu eingefügt (betrifft die Zähne 36,37,46,47) und unter Angabe von Gebührenziffern der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 5954,78 DM berechnet hatte nebst Laborkosten in Höhe von 3267,93 DM = insgesamt 9222,71 DM. Die Beklagte erstattete darauf später 2651,21 DM, nachdem sie Rechtsanwalt B ... in weiterem Schriftwechsel Grund und Höhe der Zahlung erläutert und mit Schreiben vom 16.12.1997 auf die Möglichkeit einer Regelversorgung mit Nichtedelmetall-Legierungen, wie z.B. unter Verwendung von Titan, hingewiesen hatte. Den aufrechterhaltenen Widerspruch wies die Widerspruchsstelle der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 11.5.1998 zurück, weil zwar nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) (Hinw. auf das Urt.v. 21.11.91 [3 RK 17/90](#)) auch eine außervertragliche Leistung bezuschußt werden könne, aber nur dann, wenn eine vertragliche Versorgung nicht möglich sei, während bei der Klägerin durchaus eine vertragskonforme Versorgung möglich gewesen sei.

Die Klägerin hat am 20.5.1998 Klage erhoben und in erster Instanz u.a. vorgetragen: die Beklagte habe bisher nur einen Zuschuß in Höhe von 2651,21 DM bewilligt; der Beklagten sei bei ihrem Einverständnis bekannt gewesen, daß sie gegen Kupfer allergisch sei; später seien Allergien gegen Gold, Quecksilber, Kobalt, Nickel und Silber festgestellt worden; aufgrund der schweren Schädigungen durch diese Allergien und Schwermetallablagerungen im Gehirn, die der Nuklearmediziner Dr. K ... aufgrund einer Hirn-SPECT-Untersuchung festgestellt habe, sei sie seit 1994 arbeitsunfähig, ausgesteuert und beziehe Leistungen nach dem BSHG; das Genehmigungsverfahren habe sich zudem so in die Länge gezogen, daß sie wegen größter Beschwerden gehalten gewesen sei, endlich eine Behandlung durchzuführen; bei der von der Kasse vorgeschlagenen Titanfüllung habe, wie bei der Unverträglichkeit von Gold, wiederum die größte Gefahr des Stromflusses bestanden; Prof. Dr. I ... führe die DMPS-Tests nicht nach Dauderer, sondern nach eigener Erfahrung durch; entsprechend verwende er nicht 24-Stunden-Sammelurin, da dabei eine höhere Fehlerwahrscheinlichkeit bestehe; durch die Behandlung sei es bei ihr zu einer Besserung gekommen, was durch die Spect-Untersuchung vom 1.12.1997 nachgewiesen sei; auch habe sie Anfang 1997 erstmals nach drei Jahren Erwerbsunfähigkeit in geringem Umfang wieder eine berufliche Tätigkeit aufnehmen können; Dr. K ... habe sie an den Neurologen und Umweltmediziner Dr. R ... aus G ... überwiesen, der eine toxische Polyneuropathie festgestellt habe; da ein Verdacht auf einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und ihren Amalgamfüllungen bestanden habe, sei ihr empfohlen worden, sich zusätzlich an Dr. H ... aus Essen zu wenden, der langjährige Erfahrungen mit den Amalgam-Sanierung habe; auf dessen Anraten hätten die Amalgamfüllungen entfernt werden müssen; erst im Nachhinein, erstmalig am 16.12.1997, habe die Beklagte auf die Möglichkeit der Verwendung von Titan aufmerksam gemacht; inzwischen habe sie einen Bluttest machen lassen, um eine eventuelle Unverträglichkeit von Titan festzustellen, und tatsächlich sei das Ergebnis gewesen, daß sie allergisch gegen Titan sei; alle Befunde würden jetzt oder demnächst eingereicht; nach Maßgabe des von der Beklagten genannten Urteils des BSG vom 21.11.1991 sei eine vertragliche Versorgung also nicht möglich gewesen, weshalb ihr ein Kostenerstattungsanspruch zustehe. Die Klägerin hat zu den Akten gereicht: - Arztbrief der Ärzte für Rad. Diagnostik Drs. D ... pp aus D ... vom 2.10.1995 und 5.12.1997 an Prof. Dr. I ... über SPECT-Untersuchungen des regionalen cerebralen Blutflusses vom 29.9.1995 und 1.12.1997

- Bericht der Laborärzte Drs. L ... pp aus K ... vom 5.10.1995 an Prof. Dr. I ... über Quecksilber und Kreatinin-Werte

- Bericht der Laborärztinnen Drs. T ... u. T ...-H ... vom 26.3.1998 an Prof. Dr. I ... über Quecksilber und Kupferwerte

- Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse vom Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H ... aus E ... vom 10.8.1998

- Schreiben des Umweltmedizinischen Labors M ... - Unterschrift D ..., M ... R ... - an Dr. H ... vom 12.8.98

- Bescheinigung des Nervenarztes Dr. R ... aus G ... vom 17.8.1998 Allergietestbogen Testarzt: Dr. D ... - Stempel des Hautarztes und Allergologen Dr. K ... aus D ... vom 4.5.1993 (vorgelegt nach der Beweiserhebung durch das SG) Allergietestbogen Testarzt: HNO Drs St ...

pp vom 4.10.1994 (vorgelegt nach der Beweiserhebung durch das SG).

Die Beklagte hat vor dem SG vorgetragen, der Nachweis gegenüber der Regelversorgung mit Titan sei mit den Unterlagen nicht erbracht; der Nachweis einer Allergie sei nach der Rechtsprechung nur mit einem hautärztlichen Epicutantest zu führen; eine Allergie gegenüber Palladium sei im Allergie-Paß der Allgemeinmedizinerin nicht einmal dokumentiert; der Lymphozytentransformations-(LTT)-Test könne - wie sich aus der Stellungnahme der Deutschen Kontaktallergiegruppe in "Der Hautarzt" 1998, 418,419 ergebe, nicht als Alternative zum Epicutantest in der Routinediagnostik allergischer Reaktionen angesehen werden.

Das SG hat Beweis erhoben durch Beiziehung der von Dr. K ... aufgefundenen Unterlagen des Zahnarztes H ... u.a. - eines weiteren Laborendbefundes der Laborärztinnen Drs. T ... pp v. 15.1.1997 - und eines vom Zahnarzt H ... verwandten Vordrucks "Metabolische Klärungstherapie Ursprüngliche Testscala" mit dem Rubrum "IAOMT Europa e.V ...str ... D ...".

Mit Beweisanordnung vom 8.5.2000 hat das SG den Zahnarzt Dr. Sch ... aus V ... nach [§ 106 SGG](#) zum Sachverständigen bestellt. Dr. Sch ... ist in seinem Gutachten vom 10.9.2000 nach Untersuchung der Klägerin am 9.8.2000 und Telefonaten mit der Praxis des Dr. H ... und mit Prof. Dr. I ... zu dem Ergebnis gelangt, bei den Tests (nach Dauderer) nach Verabreichung von Dimaval handle es sich nicht um eine wissenschaftlich anerkannte Methode, da sich durch die fehlenden Norm- und Grenzwerte keine Information über eine toxische Belastung ergebe; der nach einmaliger Gabe von Dimaval jeweils gefundene Wert sei zwar eine Testzahl, die am besten die Gesamt-Quecksilberbelastung des Menschen qualifiziere, im Einzelfall müßten aber schon Urin-Sammelwerte über 24 Stunden zum Test herangezogen werden; es sei, nachdem die Kronen eingegliedert worden seien, ein Allergiepaß nicht von einem Hautarzt, sondern von der praktischen Ärztin G ...-C ... ausgestellt worden mit dem Ausweis einer Allergie gegen Gold, Silber, Quecksilber und Kobalt; Dr. H ... habe nur von diesem Allergie-Paß abgeschrieben; bei dem vom Umweltmedizinischen Labor M ... ausgewerteten und vom Nervenarzt Dr. R ... in Bezug genommenen LTT-Test handle es sich um ein wissenschaftlich nicht validiertes Verfahren; im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung habe die Möglichkeit bestanden, die Kronen aus dem NEM-Titan herzustellen, gegen das die Klägerin nach dem vorliegenden Allergiepaß nicht allergisch sei; darauf habe der Zahnarzt H ... hinweisen müssen; es wären nach Testung auch andere NEM-Legierungen in Betracht gekommen.

Das SG Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 13. Februar 2001 abgewiesen, weil eine vertragszahnärztliche Versorgung der Klägerin mit Titan ausreichend gewesen sei.

Die Klägerin hat gegen das Urteil - ihren Bevollmächtigten zugestellt am 23.4.2001 - am 8.5.2001 Berufung eingelegt. Ihre Bevollmächtigten tragen vor: Anspruchsgrundlage seien die [§§ 27 Abs 1 S. 2 Nr 2, 28 Abs 2](#) u 30 SGB V; dem Sachverständigen fehle allergologische, immunologische und toxikologische Kompetenz; richtig sei, daß der DMPS-Test allein keine Vergiftung, sondern nur eine Belastung beweise; die zusätzliche Hirn-Spect-Untersuchung habe jedoch die für eine Quecksilberbelastung typischen Symptome ergeben; zur Frage der Wissenschaftlichkeit des LTT-Test würden einige Aufsätze aus dem Internet vorgelegt; die Klägerin verstehe nicht, warum jetzt nachträglich auf der Möglichkeit der Verwendung von Titan herumgeritten werde, das ihr in keiner Weise nahegelegt worden sei, als sie den Kostenvoranschlag des Zahnarztes H ... vorgelegt habe; das Gutachten des Zahnarztes Sch ... habe die Klägerin nicht an die SPD weitergeleitet, da es von der D ... Kollegin nicht verwendet worden sei; das könne sie aber nachholen; sie füge bei den Beschluss der Bundesdelegiertenkonferenz der Grünen vom 24./25.11. 2001 "Amalgam die tickende Zeitbombe" und eine Literaturliste.

Die Klägerin hat ferner ein Attest von Prof. Dr. I ... vom 23.11.2000 vorgelegt, in dem es u.a. heißt, im Jahre 1995 seien wiederholt erhöhte Quecksilberausscheidungen nach Gabe von DMPS festgestellt worden; die Radiologen hätten den Befund einer Hirn-Spect-Untersuchung als Folge einer Schwermetallbelastung mit Ablagerungen in den Basalganglien gewertet und nach der Gabe von DMPS sei der Befund bei einer erneuten Hirn-Spect-Untersuchung vom 1.12.1997 gebessert gewesen; es sei allgemein zu einer Besserung gekommen und er betrachte dies auch als Ergebnis der Ausleitung des Quecksilbers im Verlaufe des Jahres 1996; wegen der toxischen Auswirkungen des Quecksilbers aus Amalgam verweise er auf das Gutachten von W ... pp für die Staatsanwaltschaft. Vom Berichterstatter mit Schreiben vom 6.2.2002 u.a. auf Fragen des Beschaffungsweges hingewiesen, hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung am 7.3.2002 weitere Unterlagen vorgelegt - u.a.: - eine von ihr und dem Zahnarzt H ... am 20.5.1997 unterzeichnete Kostenabsprache

- ein Schreiben mit dem Briefkopf des Zahnarztes Dr. F ... aus D ... vom 12.10.1995 über die Zusammensetzung der bei einer Teilkronenbehandlung am 8.11.1990 verwandten Goldlegierung Degulor S der Firma Degussa

- ein Schreiben des Arztes-Allergologen Dr. Sch ... aus D ... vom 7.12.1995, mit dem dieser bescheinigte, bei der bei ihm durchgeführten Epicutan-Testung habe sich eine positive Hautreaktion auf Kupfersulfat gezeigt

- ein weiteres Schreiben der Drs. T ... pp an Prof. Dr. I ... vom 14.2.1996.

Die Klägerin und Berufungsklägerin beantragt,

das Urteil des SG Düsseldorf vom 13.2.2001 abzuändern und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 3.6.1997 bzw. Aufhebung des Bescheides vom 10.11.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.5.1998 zu verurteilen, ihr die Kosten der Behandlung durch den Zahnarzt H ... zu erstatten bzw. sie von der Zahlung der noch offenen Kosten freizustellen (Rechnung vom 2.12.1997, Blatt 16 der Gerichtsakten), hilfsweise, ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) von Dr. M ... aus I ... zu den Fragen der erstinstanzlichen Beweisanordnung und darüber einzuholen, ob ihr aus medizinischen Gründen etwas anderes als In-Ceram-Kronen hätte eingegliedert werden können.

Die Beklagte und Berufungsbeklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie macht geltend, weder hinsichtlich DMPS noch hinsichtlich der LTT-Tests liege eine Empfehlung des Bundesausschusses vor; im Gegenteil habe der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkasse in anderer Sache (S 2 KR 115/96 SG Dortmund) die anliegende Mitteilung vom 11.5.1998 gemacht, daß wegen des DMPS-Mobilisationstests (synonym DMPS-Ausleitungstherapie) weder von Arzt noch von Kassenseite

eine Antrag auf Nachprüfung nach [§ 135 SGB V](#) gestellt worden sei; die Kassenärztliche Bundesvereinigung habe sich mit anliegendem Schreiben vom 5.2.1992 dazu geäußert.

Wegen des Sachverhalts im übrigen wird auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze in beiden Rechtszügen verwiesen. Außer der Streitakten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen: ein Band Verwaltungsakten der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Die Beklagte hat für ihre privatärztliche Behandlung bei dem Zahnarzt H ... jedenfalls über den bereits geleisteten Zuschuß hinaus nicht einzustehen.

Die Versicherten erhalten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Sach- und Dienstleistungen, soweit das SGB nichts Abweichendes vorsieht ([§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V](#)). Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB vor sieht ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)). Nichts anderes gilt, soweit anstelle der im Gesetz ausdrücklich genannten Kostenerstattung die Freistellung von einer Verbindlichkeit beansprucht wird (vgl. BSGE 83,243 = [SozR 3-2500 § 37 Nr 1](#); BSG Urv. v. 30.3.00 B 3 KR 23/99 = [BSGE 86,101](#) = [SozR 3-2500 § 37 Nr 2](#)). Als nach dem SGB vorgesehene Kostenerstattung kam hier ausschließlich eine solche nach [§ 13 Abs 2](#) und 3 SGB V in Betracht. Nur diese und nicht die von den Bevollmächtigten der Klägerin mit der Berufung angeführten Vorschriften konnten Anspruchsgrundlage für das Begehren der Kläger sein, und dabei konnte die von den Bevollmächtigten der Klägerin wesentlich angesprochene Frage nach "Amalgam als tickender Zeitbombe" von rechtserheblicher Bedeutung nicht sein.

I.

Pflichtversicherte, wie die Klägerin, konnten erst seit dem 1.7.1997 anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im vierten Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringern in Anspruchnahmen ([§ 13 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) in der mit dem 1.7.1997 in Kraft getretenen Fassung des Gesetz vom 23.6.97 BGBl 1520 - ab dem 1.1.1999 erneut beschränkt auf freiwillige Mitglieder durch Gesetz vom 19.12.98 GBl 3853). Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) schied danach schon deshalb aus, weil die Klägerin Kostenerstattung im Sinne dieser Vorschrift nicht gewählt hatte, konnte die Wahlrechtsausübung ab dem 1.7.1997 doch nur noch generell für die gesamte Krankenbehandlung erfolgen und nicht mehr, wie zuvor für möglich gehalten, beschränkt auf einzelne Behandlungen oder gar Teile einer Behandlung (vgl. [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#) und BSG Urv. v. 19.6.01 B 1 KR 23/00 R = SGB 01,549). Ohnehin konnte hier aber auch nicht davon ausgegangen werden, die Klägerin habe zumindest stillschweigend Kostenerstattung für die streitige Behandlung gewählt, denn der privatärztliche Heil- und Kostenplan des Zahnarztes H ... vom 21.5.1997 und auch das Schreiben der Klägerin vom 25.6.1997 wurden der Kasse vorgelegt, als der Klägerin ein Wahlrecht iS von [§ 13 Abs 2 S. 1 SGB V](#) noch gar nicht zustand. Zudem beschränken sich das Wahlrecht aus [§ 13 Abs 2 S. 1 SGB V](#) und als Kehrseite des Wahlrechts der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs 2 SGB V](#) auf vertragsärztliche Leistungen iS von [§ 2 SGB V](#) (vgl. BSG Urv. v. 25.9.00 B 1 KR 5/99 R = [SozR 3-2500§ 13 Nr 22](#)), und daß die Klägerin entgegen dem Inhalt des vorgelegten privatärztlichen Heil- und Kostenplans auf eine vertragsärztliche Behandlung hätte abzielen können, war, wie noch zu erörtern, jedenfalls bis zur Durchführung der Behandlung keinem ihrer Schreiben zu entnehmen und auch sonst für die Beklagte - auch nicht annähernd - zu erkennen.

III.

Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch konnte mithin nur noch in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) seine Rechtfertigung finden, wobei wiederum die erste Möglichkeit dieser Vorschrift ersichtlich ausschied. Wenn auch die Klägerin mit Schreiben vom 21.7.1997 auf die Dringlichkeit der Behandlung aus ihrer Sicht hingewiesen hat, so ergibt sich kein Anhaltspunkt dafür, daß die Kasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig hätte erbringen können. Insbesondere haben auch weder die Klägerin noch ihr Zahnarzt behauptet, es habe sich um einen Notfall gehandelt, der unmittelbares zahnärztliches Eingreifen in einer Form erfordert hätte, daß die Beklagte eine solche Versorgung nicht mit ihren Mitteln rechtzeitig hätte bewerkstelligen können.

Nach der zweiten Möglichkeit des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) sind von der Krankenkasse Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung - soweit sie notwendig war - in entstandener Höhe auch dann zu erstatten, so sie dem Versicherten dadurch entstanden sind, daß die Kasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Dadurch können aber Kosten nur entstehen, wenn sie entstanden sind, nachdem die Kasse die Leistung abgelehnt hat (vgl. [SozR 3-2200 § 182 Nr 15](#); [SozR 3-2500 § 33 Nr 15](#); BSG Urv. v. 6.2.1997 [3 KR 9/96](#) = [ErsK 97,110](#) = [ZfS 97,110](#) zur Frage, ob womöglich) der Widerspruchsbescheid abgewartet werden muß; BSG Entsch. v. 15.4.97 [1 BK 31/96](#) = [NZS 97,569](#); [SozR 3-2500 § 33 Nr 15](#); BSG Urv. v. 15.4.97 [1 K 31/96](#) = [NZS 97,569](#)). Da die streitigen Kosten im Zeitraum vom 23.9. bis zum 6.10.1997 entstanden sind, die erste Ablehnung einer Sach- oder Dienstleistung iS von [§ 2 SGB V](#) aber frühestens mit dem Bescheid vom 10.11.1997 erfolgt ist, konnte die Ablehnung der Leistung durch die Beklagte einen Kostenerstattungsanspruch nicht auslösen. Der Bescheid der Beklagten vom 3.6.1997, sie beteilige sich an den Kosten der geplanten Privatbehandlung in gesetzlich vorgesehener Höhe zu ... , konnte hier entgegen der Sicht der Klägerin nicht als Ursache iS von [§ 13 Abs 3 SGB V](#) dafür angesehen werden, daß ihr höhere Kosten entstanden sind:

Die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz und Kronen erfolgte im Jahre 1997 durch die Gewährung als Sachleistung (vgl. BSG Urv. v. 19.6.2001 [B 1 KR 23/00 R](#) = SGB 01,549); die Behandlung war Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung ([§§ 73 Abs 2 Nr 2, 88 Abs. 3 SGB V](#)), und der gesetzliche Zuschuß von 50 bis 65 vH war nicht an den Versicherten oder den Zahnarzt, sondern gemäß [§ 30 Abs 3 SGB](#) zugunsten des Versicherten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) zu zahlen; bei Vorliegen eines Härtefalls übernahm die Kasse den vom Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten ([§ 61 Abs 1 Nr 2 SGB V](#)); wählten Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, hatten sie die Mehrkosten selbst zu tragen ([§30 Abs 4S. 1 SGB V](#)); jedenfalls der Pflichtversicherte beschaffte sich die Leistung durch Vorlage der Krankenversicherungskarte ([§ 15 SGB V](#)) beim Vertragszahnarzt, der einen vertragszahnärztlichen Heil- und Kostenplan zur Genehmigung durch die Kasse erstellte. Mit der Einhaltung dieses, gesetzlich vorgegebenen Beschaffungsweges im Verein mit [§ 13 SGB V](#) gilt es, den einzelnen Versicherten wie die Solidargemeinschaft der Versicherten vor Schäden zu schützen. Bereits und an der Nichteinhaltung dieses Beschaffungsweges scheitert der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch. Auf diese Möglichkeit hat das Gericht mit Schreiben Gerichts vom 6.2.2002 hingewiesen.

Als der Kasse am 2.6.1997 nicht ein vertragszahnärztlicher, sondern eine privat-zahnärztlicher Heil- und Kostenplan der Vertragszahnarzttes Hall vom 2.6.1997 über die Versorgung mit In-Ceram-Kronen vorgelegt wurde, konnte sie nach den o.a. gesetzlichen Vorgaben allein davon ausgehen, daß hier eine Versorgung außerhalb des Systems der GKV, außerhalb der Versorgung mit Sach- oder Dienstleistungen iS von [§ 2 SGB V](#) geplant war. Die Beklagte mußte davon ausgehen, daß dies auch der Klägerin klar war, denn eingangs des Heil- und Kostenplans war deutlich vermerkt, daß die folgenden Leistungen nicht von der Krankenkasse bezahlt würden. Oder anders: aus der Sicht der Kasse suchte hier jemand um Beteiligung im Kulanzwege um etwas nach, das im System der GKV beanspruchen zu können er seinem Vorgehen nach selbst nicht glaubte. Ohne daß es darauf ankäme, steht es zur Überzeugung des Senats fest, daß der Klägerin durchaus auch tatsächlich bewußt war, daß sie sich außerhalb des Systems ihrer Versicherung begab, denn sie hatte schon am 20.5.1997 den von ihr dem Senat vorgelegten schriftlichen Vertrag über die private Behandlung mit dem Vertragszahnarzt geschlossen und vor dem Senat auch ausdrücklich eingeräumt, daß ihr bewußt gewesen sei, daß die Kassen In-Ceram-Kronen grundsätzlich nicht bezahlten.

Als die Beklagte der Klägerin nun mit Schreiben vom 3.6.1997 mitteilte, die Kasse beteilige sich an den Kosten der geplanten Privatbehandlung in gesetzlich vorgesehen Höhe zu 100 vH - 1203,53 DM Vertragshonorar und 1004,20 DM Material und Laborkosten, konnte dies seinem objektiven Erklärungsinhalt nach und auch aus der Sicht der Klägerin nur so verstanden werden, daß die Kasse sich außerhalb des Systems der GKV im Kulanzwege an den entstehenden Kosten mit Beträgen beteilige, wie sie anfallen würden, wenn eine entsprechende vertragsärztliche Behandlung durchgeführt werden würde. Für die Behauptung der Klägerin, die Beklagte habe damit die Notwendigkeit der Behandlung "anerkannt", und für den von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat angebotenen Umkehrschluß, die Beklagte habe darüber hinaus notwendige vertragsärztliche Behandlung abgelehnt, findet sich kein Ansatzpunkt, weil vertragszahnärztliche Behandlung überhaupt nicht beantragt war. Allenfalls enthielt der Bescheid der Beklagten vom 3.6.1997 als Antwort auf die Vorlage des privat-zahnärztlichen Heil- und Kostenplans im Umkehrschluß die weitere Regelung: bei dem, was die Kasse für eine entsprechende vertragszahnärztliche Regelbehandlung an die KZÄV hätte zahlen und aus Anlaß eines Härtefalls zu sätzlich hätte übernehmen können, hört die Kulanz der Kasse auf. Damit hätte die Kasse die Gewährung keiner Leistung abgelehnt, die ihrer Art nach zu den Leistungen gehören, die Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben, an deren Stelle allein ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 SGB V](#) treten kann (vgl. BSG Urt. v. 9.12.97 [1 RK 23/95](#) = [SozR 3-2500 § 27 Nr 9](#); Urt. v. 28.3.00 [B 1 KR 11/98](#) = [SozR 3-2500 § 135 Nr 14](#)).

Der Senat kann dem Einwand der Klägerin aus ihrem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben vom 6.3.2002 nicht folgen, Kostenvereinbarung mit dem Zahnarzt und Überschrift im Heil- und Kostenplan, alles sei nur als "Standardformulierung zur Absicherung des Zahnarzttes" ohne weitere Bedeutung zu betrachten gewesen, und der Zahnarzt habe allein Versorgung mit In-Ceram-Versorgung als Behandlungsmöglichkeit in Betracht gezogen. Letzters mag wohl sein, aber für die Beklagte war nicht einmal zu erahnen, das hätte anzunehmen sein können, was die Klägerin ihr gegenüber erst sehr viel später behauptet hat, daß nämlich die Versorgung mit In-Ceram-Kronen in ihrem besonderen Fall die medizinisch allein zu rechtfertigende Versorgung sei. Insoweit mußte die Beklagte aus dem vorgelegten privat-zahnärztlichen Heil- und Kostenplan im Gegenteil eher den Umkehrschluß ziehen, daß durchaus die vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen vorgesehene Regelversorgung mit Nichtelegmetall und NEM-Legierungen - hier eben ohne Kupferzusatz - ausreichend sei (vgl. [§ 135 Abs 6 SGB V](#) und Nr 12 der Zahnersatz-Richtlinien in der ab dem 16.1.1994 geltende Fassung - BAnz 1994 Nr 10 - geändert durch Bek. vom 28.6.1995 - BAnz Nr 153), hätte doch sonst der Vertragszahnarzt nicht einen privat-zahnärztlichen Heil- und Kostenplan vorgelegt, sondern eine vertragsärztlichen Plan unter Darlegung der Gründe, die gegen eine Regelversorgung hätten sprechen können. Das ist entgegen der Sicht der Klägerin im Schreiben vom 6.3.2002 ein Schluß nicht aus dem Wortlaut des Heil- und Kostenplans, sondern aus den o.a. Gegebenheiten und den Pflichten eines Vertragszahnarzttes.

Daß eine solche Versorgung auf NEM-Basis außerhalb des Zusatzes von Kupfer nicht ausreichend hätte sein können, konnte die Beklagte auch dem folgenden Schriftwechsel der Beteiligten jedenfalls bis zur Durchführung der Behandlung vom 23.9. bis zum 6.10.1997 nicht entnehmen, und das haben offensichtlich auch weder der damals von der Klägerin eingeschaltete Rechtsanwalt noch das Sozialamt so verstanden, dessen Schreiben vom 19.6.1997 die Klägerin zur Untermauerung ihrer Forderung vom 25.7.1997 vorgelegt hat, die vollen Kosten zu übernehmen. Das Sozialamt hat aaO nämlich lediglich darauf verwiesen, daß die Kasse (im Härtefall) nach [§ 61 Abs 2 Nr 2 SGB V](#) den Versichertenanteil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen habe; es ist somit - wie auch der einen Zuständigkeitskonflikt zwischen Kasse und Sozialamt argwöhnende Rechtsanwalt Bachmann - davon ausgegangen, daß streitig nur sei, was die Kasse der Klägerin längst zugebilligt hatte, nämlich die Übernahme von 100 vH (aber eben nur entsprechender vertragszahnärztlichen Kosten), nicht aber die Frage, welche Kosten berechnungsfähig seien, und damit die Frage der Notwendigkeit der geplanten Versorgung als solche. Die Vertragskasse hat nämlich nach [§ 6 a](#) des Zahnarzt-Ersatzkassenvertrages (EKVZ) den Heil- und Kostenplan begutachten zu lassen, wenn die Behandlungsplanung Leistungen enthält, die über das hinausgehen, was in den Zahnersatz-Richtlinien als in typischen Fällen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich beschrieben ist und zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt werden soll. Hier hatte die Kasse keinen Anlaß mehr, eine Begutachtung zu veranlassen, nachdem sie auf einen privatärztlichen Heil- und Kostenplan ohne jeglichen Hinweis darauf, daß sich Regelversorgung medizinisch verbiete, das gewährt hatte, was sie als Regelversorgung im Falle einer Behandlungsnotwendigkeit höchstens hätte leisten dürfen. Die Kasse hatte damit nicht einmal mehr Anlaß, die Frage der Behandlungsmöglichkeit als solche zu überprüfen, also zB festzustellen, ob überhaupt eine Kupferallergie vorlag und ob die vorhandene Versorgung überhaupt einen ggf. abträglichen Kupferanteil enthielt (die von der Klägerin dem Senat in der mündlichen Verhandlung vorgelegte Bescheinigung des Dr. Sch ... vom 7.12.1995 und das Schreiben mit dem Briefkopf des Zahnarzttes Dr. F ... vom 12.10.1995 waren zuvor nicht aktenkundig).

Mit ihrem Anhörungsschreiben vom 11.7.1997 hat die Beklagte der Klägerin als dann noch einmal verdeutlicht, daß es sich um eine Nichtvertragsleistung handle, von der sie nicht mehr als 100 vH des gesetzlich Möglichen zu übernehmen beabsichtige. Auch aus der umfangreichen Antwort der Klägerin vom 21.7.1997 und den von ihr beigefügten Anlagen ergab sich nichts, was darauf hätte hindeuten können, daß im Falle der Klägerin nicht jede andere Versorgung auf NEM-Basis außerhalb des Zusatzes von Kupfer hätte ausreichend und zweckmäßig sein können. Der Laborbefund vom 2.6.1997 wies lediglich Werte nach der Gabe von DMPS für Kupfer unterhalb des angegebenen Referenzwerts aus und einen Wert für Kupfer zwar über dem Referenzwert, aber nach dem Inhalt des Berichts von Aussagewert für eine Quecksilberbelastung nur bei (ja verneint) zusätzlicher Quecksilberkonzentration über dem Referenzwert.

Für die Kasse war die Angelegenheit nach dem Inhalt der Akten damals noch offen, bis sich die Angelegenheit für sie aus der Sicht ihrer Aktenvermerke vom 19. und 21.8.1997 durch Erklärungen der Klägerin erledigte. Dabei kommt es hier nicht darauf an, ob sich die Erklärungen der Klägerin, wie sie dies mit ihrem Schreiben vom 6.3.2002 anscheinend verstanden wissen will, aus schließlich auf eine

andere vom Zahnarzt Hall geplante Behandlung (Fokaltoxikose) oder entsprechend dem Inhalt des Vermerks vom 21.8.1997 jedenfalls aus drücklich auf die hier streitige Behandlung bezog. Entscheidend war hier, daß die erste Ablehnung der Beklagten, weitergehend Kosten der (nun bereits erfolgten) Behandlung zu übernehmen, dann erst mit dem formellem Bescheid vom 10.11.1997 - wohl auf einen Anruf der Klägerin hin - erfolgt ist. Kosten konnten durch diese Ablehnung nicht mehr entstehen. Auch wenn der Klägerin, wie sie behauptet, nicht bewußt gewesen sein sollte, daß sich für die Kasse die Frage der Möglichkeit der Verwendung eines anderen Materials noch gar nicht stellte, hätte sie die Entscheidung der Beklagten über ihre damals noch nur mit der ablehnenden Haltung des Sozialamtes begründete Forderung vom 25.6.1997, die vollen Kosten zu übernehmen, abwarten müsse.

Es war danach jegliche weitere Beweiserhebung und Beweiswürdigung gegen standslos und der von der Klägerin gestellte Antrag zurückzuweisen, nach [§ 109 SGG](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) den von ihr benannten Arzt Dr. M ... aus I ... über die vom SG aufgeworfenen Fragen und darüber zu hören, ob die streitige Versorgung mit In-Ceram-Kronen die einzige vertretbare medizinische Zahnbehandlung gewesen ist.

War der gesetzlich vorgegebene Beschaffungsweg nicht eingehalten, bedurfte es einer Entscheidung auch nicht, ob die Beklagte seinerzeit ggf. verpflichtet oder berechtigt gewesen wäre, die Klägerin abweichend von der Regelversorgung nach Nr 12 der o.a. Zahnersatz-Richtlinien vertragsärztlich auf der Grundlage eines durch Testen als verträglich ermittelten Werkstoffes zu versorgen, wie es zB bei der Versorgung mit herausnehmbaren Zahnersatz in Nr 30 der Richtlinien vorgesehen war. Die Klägerin hat der Beklagten keinen Anlaß und damit keine Gelegenheit gegeben, vor Durchführung der Behandlung Tests durchführen zu lassen. Aus Gründen des Rechtsfriedens wird aber darauf hingewiesen,

- daß auch der erste aktenkundig gewordene Allergiepaß von Frau Dr. G ...-C ... (dessen Beweiswert der vom SG hinzugezogene Sachverständige bezweifelt, weil von einer praktischen Ärztin und wohl ohne Durchführung eines Epicutantests erstellt) am 10.10.1997 und da mit erst nach der streitigen Behandlung ausgestellt ist und zudem den Ausschluß der Regelversorgung nicht belegt,

- daß der in erster Instanz und erneut dem Senat vorgelegte Allergietestbogen vom 4.5.1993 sich nur zur Allergie gegen Weizen, Pollen u.ä. aber nicht zu Metallen verhält,

- und daß der dem Senat in der mündlichen Verhandlung erstmals vorgelegte Allergiepaß des Dr. Sch ... vom 7.12.1995 wohl aufgrund eines Epicutantests erstellt ist und auch den Einsatz von Kupfer, nicht aber den von anderen NEM-Legierungen verbietet und

- daß selbst der von der Klägerin insoweit ins Feld geführt Lymphozytentransformationstest (dessen Wissenschaftlichkeit der vom SG hinzugezogene Sachverständige und die Beklagte bestreiten, und mit dem allein Dr. H ... seine über den Inhalt der Allergie-Pässe hinausgehende Auffassung stützt, nach Möglichkeit solle kein Metall verwendet werden) erst nach der streitigen Behandlung stattgefunden hat und auch nicht einmal zu diesem Zeitpunkt ergeben hat, daß sich der Einsatz an derer NEM-Legierungen verboten hätten, sondern nur, daß die Meßwerte für Titan und Amalgam als fraglich positiv zu behandeln seien und es eventuell erforderlich sei, die Untersuchung nach einer gewissen Zeit zu wiederholen (Schreiben des Umweltmedizinischen Labors M ... vom 12.8.1998).

Auch unter Einbeziehung der selbst für Laien ersichtlich von differenzierten Erwägungen nicht getragenen Schlußfolgerung des Dr. R ... in seiner Bescheinigung vom 12.8.1998, die dort vorliegenden testpsychologischen Untersuchungen ergäben eine eindeutigen Hinweis auf einer erworbenen Störung der Intelligenzfunktion; einzig denkbar als Auslöser komme eine Metall-Intoxikation in Frage, wobei die Klägerin in erheblicher Weise auf jegliche Applikation mit Metallen reagiere, so z.B. auch auf Ohrstecker; aus diesem Grunde müsse davon abgeraten werden, daß zahnärztlich irgend welche Metalle, so auch Titan, angewandt würden, handelte es sich letztlich bei der Behauptung der Klägerin, die erfolgte sei die medizinisch allein statthafte Art der Behandlung gewesen, lediglich um eine Mutmaßung, die nicht einmal im Nachhinein - nach Durchführung der Behandlung - auch nur durch eine schlüssige und aktenkundige ärztliche Äußerung gestützt ist.

Die Entscheidung über die Kosten folgt aus [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Es bestand kein Anlaß, die Revision zuzulassen, denn weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#)) noch weicht das Urteil von einer Entscheidung des BSG, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichtes ab und beruht auf dieser Abweichung ([§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-20