

## B 1 KR 9/99 R

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

Datum  
04.05.1994  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
-

Datum  
09.09.1997  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 9/99 R

Datum  
06.10.1999  
Kategorie  
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 9. September 1997 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

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

In den Jahren 1990 und 1991 wurde die Klägerin, die bei der beklagten Ersatzkasse krankenversichert ist, mit mehreren Kronen und Brücken aus verschiedenen Metall-Legierungen versorgt, die alle einen relativ hohen Kupfer-Anteil enthielten. Einerseits handelte es sich um edelmetallreduzierte Legierungen ("Spargold"), andererseits um eine Palladium-Kupfer-Legierung ("Bond on 4"). Im April 1994 belegte ein Epicutan-Test eine Unverträglichkeit gegenüber Kupfersulfat. Deshalb ließ sich die Klägerin auf ärztlichen Rat in den Jahren 1994/1995 die Kronen und Brücken entfernen und durch Konstruktionen der Legierung "Degunorm" ersetzen, die sich bei verschiedenen Testungen als gut verträglich erwiesen hatte. Die Beklagte gewährte einen Zuschuß zu den Kosten der vertragszahnärztlichen Behandlung und den Material- und Laborkosten in Höhe von 60 vH und einen pauschalierten Beitrag zu den Metallkosten. Eine weitergehende Bezuschussung lehnte sie ab (Bescheid vom 24. Februar 1994 und Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 1994 sowie Bescheid vom 19. Oktober 1994).

Klage und Berufung, mit denen die Klägerin eine volle Kostenübernahme begehrte, hatten keinen Erfolg (Urteil des Sozialgerichts Itzehoe vom 4. Mai 1995 und Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts (LSG) vom 9. September 1997). Im Berufungsverfahren haben sich die Beteiligten über die Höhe der zu berücksichtigenden Materialkosten verglichen. Das LSG führt in seiner Entscheidung aus, daß der Klägerin nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (BSG [SozR 3-2500 § 30 Nr 3](#); [BSGE 76, 40, 41](#) = BSG [SozR 3-2500 § 30 Nr 5](#)) kein Anspruch auf die Übernahme des verbleibenden Teils der Kosten in Höhe von 40 vH zustehe. Ergänzend wird darauf verwiesen, daß im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung kieferorthopädische Maßnahmen für Erwachsene ([§ 28 Abs 2 Satz 6](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V) und seit 1997 auch Kostenerstattung bei Zahnersatz für alle nach 1978 geborenen Versicherten ([§ 30 Abs 1 SGB V](#)) vollständig aus dem Leistungsrahmen ausgeschlossen seien. Hiergegen bestünden keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.

Mit ihrer vom Senat zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung des [§ 30 SGB V](#). In ihrem Fall müsse ähnlich wie in Fällen von Tumorschädigungen ausnahmsweise eine hundertprozentige Kostenerstattung möglich sein (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). Der Gesetzgeber habe keine Aussage des Inhalts getroffen, daß [§ 30 SGB V](#) auch dann eine Kostenerstattungsbegrenzung vorsehe, wenn aus allgemeinmedizinischen Gründen eine Neuversorgung mit Zahnersatz notwendig werde. Erst recht könne die Leistungsbegrenzung nicht eingreifen, wenn eine Sanierung deshalb erforderlich geworden sei, weil die gesetzliche Krankenkasse zuvor eine Regelversorgung mit gesundheitsschädigendem Material veranlaßt habe. Eine andere Auslegung des [§ 30 SGB V](#) würde gegen das Sozialstaatsprinzip bzw das Rechtsstaatsprinzip aus [Art 20 Abs 1](#) und 3 Grundgesetz (GG) verstoßen. Es seien keine Gründe ersichtlich, warum in Tumorfällen eine volle Kostenerstattung anerkannt würde, nicht aber im vergleichbar schweren Fall der Klägerin. 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.

Die Klägerin beantragt,

die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben sowie die Beklagte unter Abänderung ihrer Bescheide zur Zahlung weiterer 1.965,03 DM zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben weitere Ansprüche der Klägerin zu Recht verneint.

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](#) wurde im gesamten Verfahren von der Klägerin nicht geltend gemacht. Deshalb sieht der Senat keinen Anlaß, darauf 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 Herausnahme des bisherigen und die Eingliederung des neuen 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 erneut mit Zahnersatz versorgt werden mußte, weil ihr allgemeiner Gesundheitszustand durch das früher auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung verwendete Material verschlechtert wurde.

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 (GRG) ([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 ff](#); 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 beredete 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 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. Insofern gebietet [Art 2 Abs 2 Satz 1 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, welche gesundheitlichen Folgen durch die frühere Eingliederung von kupferhaltigen Legierungen herbeigeführt wurden. Denn in den 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 die kupferhaltigen Legierungen zu verwenden, die von der Klägerin nicht vertragen wurden; 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). Insoweit 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](#)).

Bei der Erstbehandlung der Klägerin in den Jahren 1990/91 bestand keine zwingende rechtliche Vorgabe, für den eingegliederten Zahnersatz die später bei ihr zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führenden Metall-Legierungen zu verwenden. Einschlägig waren die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und mit Zahnkronen in der Fassung vom 31. Oktober 1985 (ZERS-RL, BAnz 1986 Nr 49), die am 1. April 1986 in Kraft getreten sind. Nach den Abschnitten I Nr 12 und Nr 12a sollten nur klinisch erprobte Werkstoffe verwendet werden, bei denen ausreichend gesichert war, daß sie der Gesundheit nicht schaden, den chemischen und physikalischen Einwirkungen im Munde widerstehen und der zu erwartenden Beanspruchung genügen. Bei der Versorgung mit Brücken und Kronen sowie für individuell gefertigte Verbindungselemente sollten in der Regel Palladium-Basis-Legierungen (Palladium-Silber, Palladium-Kupfer) verwendet werden. Edelmetallfreie Legierungen waren ebenfalls zugelassen. Schließlich durften in medizinisch indizierten Fällen auch andere Legierungen eingesetzt werden.

Soweit der bei der Klägerin eingegliederte Zahnersatz aus Spargold-Legierungen bestand, scheidet eine Aufopferungslage von vornherein aus, weil dieses Material im Jahre 1990 nicht (mehr) den ZERS-RL entsprach; die früher (ab 1. Januar 1982, BAnz 1981 Nr 192) geltende Regelempfehlung "edelmetallreduzierter" Legierungen war mit Wirkung zum 1. April 1986 in Palladium-Basis-Legierungen geändert worden.

Für die zur Regelversorgung gehörende Palladium-Kupfer-Legierung "Bond on 4" gilt im Ergebnis nichts anderes. Der Vertragszahnarzt war nach den ZERS-RL weder allgemein auf Palladium-Basis-Legierungen noch speziell auf Palladium-Kupfer-Legierungen festgelegt; eine besondere medizinische Indikation wurde nach den ZERS-RL nur gefordert, wenn der Zahnarzt weder Palladium-Basis-Legierungen noch edelmetallfreie Legierungen verwenden wollte. Selbst in diesen Fällen verblieb ihm ein Entscheidungsspielraum, denn die medizinischen Gründe für die Abweichung von der Regelversorgung waren nicht näher präzisiert. Unter diesen Umständen sind die Voraussetzungen für einen hoheitlichen Eingriff durch eine keinen Spielraum lassende Vorschrift des Leistungserbringungsrechts nicht erfüllt; deshalb fehlt es an einem Anknüpfungspunkt, um die Klägerin mit Rücksicht auf den Aufopferungsgedanken vom gesetzlich vorgesehenen Eigenanteil zu ihrem jetzigen Zahnersatz zu befreien.

Mangels weitergehender Ansprüche 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