

Kostenübernahme für Zahnersatz durch die Krankenkasse

GG Art, 2 II 1; SGB V § 30 I, II; BVerfGG § 90 II 1

Art. 2 II 1; GG kann eine verfassungskonforme Auslegung der Vorschriften des SGB V über die Eigenbeteiligung des Versicherten an den zahnärztlichen und zahntechnischen Behandlungs- und Leistungskosten in bestimmten Fällen dahin gebieten, dem Versicherten Heilbehandlungsmaßnahmen ohne die an sich nach dem jeweils maßgeblichen Vorschriften vorgesehene Eigenbeteiligung zu verschaffen. (Leitsatz der Redaktion)

BVerfG (2 Kammer des Ersten Senats), Beschluss v. 14. 8. 1998 -1 BvR 897/98

Zum Sachverhalt: Die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Bf. griff mit der Verfassungsbeschwerde die im Verwaltungs- und Sozialgerichtsverfahren ergangenen Entscheidungen an, die eine Übernahme der vollen Kosten für ihren Zahnersatz durch die Krankenkasse abgelehnt haben. § 30 I SGB V in der hier bis zum 31. 12. 1992 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 31. 12. 1988 (BGBl I, 2477) sah vor, dass die Krankenkasse Versicherten Zuschüsse zu den Kosten der im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinischen notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung) zu gewähren hatte. Die Höhe der Zuschüsse war gem. § 30 II SGB V - je nachdem, ob es sich um eine einfache, eine mittlere oder eine aufwendige Versorgungsform handelte - auf 60, 50 oder 40% zu begrenzen.

Nach den vom LSG getroffenen Feststellungen ist durch ein Testverfahren bei der Bf. eine allergische Reaktion auf Inhaltsstoffe des ursprünglichen Zahnfüllmaterials nachgewiesen. Über die tatsächlichen Auswirkungen der Allergie hat es keine Feststellungen getroffen. Die Bf. ließ sich einen Heil- und Kostenplan in Höhe von 8321,58 DM für die Ersetzung des Füllmaterials erstellen. Die Krankenkasse bewilligte einen Zuschuss in Höhe von 60%. Die Bf. blieb mit ihrem Ziel der völligen Kostenübernahme im Verwaltungs- und Sozialgerichtsverfahren erfolglos. Das LSG hat seine Entscheidung maßgeblich auf die Urteile des BSG vom 29.6.1994 (SozR 3-2500 § 30 Nr. 3) und vom 8. 3. 1995 (SozR 3-2.500 § 30 Nr. 5) gestützt. Danach ist das Risiko einer mit Zahnersatz zu behandelnden Zahnerkrankung in dem im § 30 SGB V genannten anteiligen Umfang unabhängig von der Ursache endgültig dem Versicherten zugewiesen. Das BSG hat die zugelassene Revision durch Beschluss als Unzulässig verworfen, weil die Revisionsbegründung die erforderliche Auseinandersetzung mit den Gründen des angefochtenen Urteils nicht erkennen lasse.

Die Verfassungsbeschwerde wurde nicht zur Entscheidung angenommen.

Aus den Gründen: II. --- Annahmegründe nach § 93 a II BVerfGG liegen nicht vor.

1. Die Verfassungsbeschwerde genügt nicht den Begründungsanforderungen des § 92 BVerfGG im Hinblick auf den sich aus § 90 II 1 BVerfGG ergebenden Grundsatz der Subsidiarität. Dieser Grundsatz fordert, dass ein Bf. über das Gebot der Erschöpfung des Rechtswegs im engeren Sinn hinaus alle nach Lage der Sache zur Verfügung stehenden prozessualen Möglichkeiten ergreift, um eine Korrektur der geltend gemachten Grundrechtsverletzung zu erwirken oder eine Grundrechtsverletzung zu verhindern (vgl. BVerfGE 81, 22 [27] = NJW 1990, 1595). Dies hat der Bf. durch Übersendung oder inhaltliche Wiedergabe der maßgeblichen Schriftsätze und angegriffenen Entscheidungen substantiiert zu belegen (§ 92 BVerfGG). Hier ist weder der Revisionsbegründungsschriftsatz übermittelt noch dessen Inhalt wiedergegeben worden. Eine Überprüfung, ob die Bf. trotz der Verwerfung der Revision als unzulässig den Rechtsweg in gehöriger Weise ausgeschöpft hat, ist daher nicht möglich.

2- Die Verlassungsbeschwerde gibt jedoch Anlass darauf hinzuweisen, dass Art. 2 II 1 GG bei verfassungskonformer Auslegung der Vorschriften des SGB V über die Eigenbeteiligung des Versicherten an den zahnärztlichen und zahntechnischen Behandlungs- und Leistungskosten in bestimmten Fällen gebietet, dem Versicherten Heilbehandlungsmaßnahmen ohne die an sich nach den jeweils maßgeblichen Vorschriften vorgesehene Eigenbeteiligung zu verschaffen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn ein Arzt bei Einhaltung der Regeln der ärztlichen Kunst verpflichtet war, eine ihm keinen Spielraum belassende Vorgabe des Leistungs- oder des Leistungserbringungsrecht des SGB V zu beachten und nur eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anzuwenden und wenn hierdurch ursächlich die Gesundheit des Versicherten geschädigt worden ist. Anders liegt es hingegen, wenn der Arzt aus einer Mehrzahl vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassener Behandlungsmethoden eine auswählt, die sich im konkreten Fall ab schädlich erweist. Hier handelt es sich nicht um einen der Risikosphäre der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnenden Schaden, sondern um die Verwirklichung des allgemeinen Risikos jeder medizinischen Maßnahme, dessen Auswirkungen nach dem für die Ärzte und die sonstigen Leistungserbringer geltenden Haftungsrecht zu beurteilen sind.

Anm. d. Schriftleitung: Zur Kostenerstattung bei Entfernung von Amalgamfüllungen vgl. SG Lüneburg, NZS 1995, 414 L; allg. zur Zahn-Kostenerstattung s. LSG Baden-Württemberg, MedR 1995, 211; zum Ersten und Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung s. Krasney, NJW 1998,1737.