Urteilskopf

124 V 185

32. Urteil vom 4. Juni 1998 i. S. S. gegen SWICA Gesundheitsorganisation und Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen
Regeste (de):
Art. 25, 31 Abs. 1, Art. 32, 33 Abs. 2 und 5, Art. 36 Abs. 3 KVG; Art. 33 lit. d KVV; Art. 17, 18, 19 KLV: zahnärztliche Behandlung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Am Grundsatz, dass die zahnärztlichen Behandlungen im allgemeinen nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu decken sind, hat der Gesetzgeber mit der Neuordnung nichts geändert.

Die Liste der zu einer Leistungspflicht für zahnärztliche Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten ist abschliessend.

Es besteht folglich keine Leistungspflicht für zahnärztliche Behandlung bei Hiatusgleithernie mit Refluxösophagitis.

Regeste (fr):
Art. 25, 31 al. 1, art. 32, 33 al. 2 et 5, art. 36 al. 3 LAMal; art. 33 let. d OAMal; art. 17, 18, 19 OPAS: traitement dentaire dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Dans la nouvelle réglementation, le législateur n'a rien changé au principe selon lequel les soins dentaires ne sont, en règle générale, pas couverts par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance est exhaustive.

En conséquence, pas de droit à des prestations pour un traitement dentaire en cas de hernie hiatale glissante avec oesophagite de reflux.

Regesto (it):
Art. 25, 31 cpv. 1, art. 32, 33 cpv. 2 e 5, art. 36 cpv. 3 LAMal; art. 33 lett. d OAMal; art. 17, 18, 19 OPre: cure dentarie nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Con il nuovo disciplinamento il legislatore non si è scostato dal principio secondo cui le cure dentarie non sono di regola assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'elenco delle malattie suscettibili di giustificare una cura dentaria a carico dell'assicurazione è esaustivo.

Non sussiste di conseguenza obbligo di prestare per una cura dentaria nel caso di ernia iatale con esofagite da riflusso.

Sachverhalt ab Seite 185

A.- S., geboren 1965, leidet seit ihrer Kindheit an einer Hiatusgleithernie mit Refluxösophagitis. Hinsichtlich der Refluxkrankheit ist sie seit einer operativen Behandlung am 4. April 1991 beschwerdefrei. Wegen einer

BGE 124 V 185 S. 186

Schädigung des Zahnschmelzes, als deren Ursache sie den jahrelangen Reflux der Magensäure in den Mund ansieht, begab sie sich ab März 1996 in zahnärztliche Behandlung. Diese bestand in der Anhebung des Bisses sämtlicher Zähne und dem Anbringen mehrerer Porzellankronen. Die Kosten beliefen sich auf rund 27'000 Franken. Die SWICA Gesundheitsorganisation lehnte die Übernahme dieser Kosten mit Ausnahme eines freiwilligen Beitrages von maximal 100 Franken ab mit der Begründung, es handle sich nicht um eine Pflichtleistung (Vorbescheid vom 22. Juli 1996, Verfügung vom 5. August 1996 und Einspracheentscheid vom 22. Oktober 1996).

B.- Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die hiegegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 23. Mai 1997 ab.

C.- S. lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, der kantonale Gerichtsentscheid sei aufzuheben und die SWICA zu verpflichten, die Kosten der infolge der Hiatusgleithernie mit Refluxösophagitis nötig gewordenen Zahnbehandlung zu übernehmen. Die SWICA verweist auf den vorinstanzlichen Entscheid und beantragt Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) schliesst in seiner Vernehmlassung auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. Da die zahnärztliche Behandlung der Beschwerdeführerin ab März 1996 erfolgte, sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) sowie die seither dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) anwendbar (Art. 103 Abs. 1 KVG). a) Die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und deren Folgen dienen, gelten als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung (Art. 25 ff. KVG). Die Kosten der zahnärztlichen Behandlung dagegen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur übernommen, wenn diese - alternativ - durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG), durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer

BGE 124 V 185 S. 187

schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG). Zahnärzte und

Zahnärztinnen sind für Leistungen nach Art. 31 den Ärzten und Ärztinnen gleichgestellt (Art. 36 Abs. 3 KVG). b) In Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG ist der Bundesrat beauftragt worden, u.a. die Leistungen nach Art. 31 Abs. 1 lit. a-c KVG für zahnärztliche Behandlungen näher zu bezeichnen oder diese Aufgabe dem Departement oder dem Bundesamt zu übertragen. Der Bundesrat hat von seiner Befugnis zur Übertragung der Aufgabe Gebrauch gemacht. Er hat das Departement (des Innern) beauftragt, die zahnärztlichen Behandlungen gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG nach Anhören der zuständigen Kommission zu bezeichnen (Art. 33 lit. d KVV). Das Departement hat in der von ihm erlassenen Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) diese zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17-19a aufgelistet. Art. 17 KLV beschlägt die Pflichtleistungen des Krankenversicherers bei schwerer, nicht vermeidbarer Erkrankung des Kausystems, Art. 18 KLV bei Folgezuständen schwerer Allgemeinerkrankungen (konsekutive Behandlungen), Art. 19 KLV bei zahnärztlicher Behandlung, die der Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen vorausgeht (vorausgehende Behandlung), und Art. 19a bei Geburtsgebrechen. c) Der vorliegende Fall, bei dem es um die Übernahme der Kosten für die Zahnbehandlung als Folge der Hiatusgleithernie mit Refluxösophagitis geht, fällt unter Art. 18 KLV, der folgenden Wortlaut hat:
"Art. 18 Allgemeinerkrankung; konsekutive Behandlung
Die Versicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG):
a. Erkrankungen des Blutsystems:
1. Schwere aplastische Anämie,
2. Agranulozytose,
3. Zyklische Neutropenie,
4. Chronische Neutropenie,
5. Leukämie,
6. Präleukämisches Syndrom,
7. Chronische Granulozytopenie,
8. "Lazy-leucocyte-Syndrom",

9. Hämorrhagische Diathesen;
b. Stoffwechselerkrankungen:
1. Akromegalie,
2. Hyperparathyreoidismus,
3. Idiopathischer Hypoparathyreoidismus,
4. Hypophosphatasie (genetisch bedingte Vitamin-D-resistente Rachitis); c. Weitere Erkrankungen:
1. Chronische Polyarthritis mit Kieferbeteiligung,
2. Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung,
3. Arthritis psoriatica mit Kieferbeteiligung,
4. Papillon-Lefèvre-Syndrom,
5. Sklerodermie,
6. AIDS,
7. Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion; d. Speicheldrüsenerkrankungen;
e. Durch Zahn- oder Parodontalerkrankungen ausgelöste oder auslösbare Endokarditis."

2. a) Die Vorinstanz stellt sich auf den Standpunkt, die Hiatusgleithernie mit Refluxösophagitis sei zwar eine unangenehme und lästige Krankheit. Auch die Zahnschäden als Folge der in den Mund fliessenden Magensäure seien einschneidend. Von einer schweren Allgemeinerkrankung könne aber trotzdem nur dann gesprochen werden, wenn diese lebensbedrohend sei oder sonstwie zentrale organische oder psychische Funktionen des Betrof-

fenen schwer beeinträchtige. Entscheidend sei schliesslich auch, dass die Erkrankung offensichtlich problemlos hätte behandelt werden können. b) Während die SWICA auf den vorinstanzlichen Entscheid verweist, lässt die Beschwerdeführerin im wesentlichen vorbringen, entgegen der Auffassung des kantonalen Gerichts sei dem Gesetz nicht zu entnehmen, dass die Krankheit tödlich oder lebensbedrohend sein oder sonstwie zentrale organische oder psychische Funktionen schwer beeinträchtigen müsse. Die Beschränkung der Leistungspflicht bei zahnärztlicher Behandlung folge gemäss der Gesetzessystematik nicht über eine richterliche Ausfüllung des unbestimmten Begriffes der schweren Allgemeinerkrankung gemäss Art. 31 KVG, sondern durch eine Beschränkung der Leistungen nach Art. 32 ff. KVG, namentlich nach Art. 33 Abs. 2 KVG, wonach die zu übernehmenden Leistungen durch Verordnung näher zu bestimmen seien. Indem die Art. 17 ff. KLV "schwere Allgemeinerkrankungen" aufführten, bei denen die Kosten der zahnärztlichen

Behandlungen zu übernehmen seien, sei es dem Richter verwehrt, den Katalog zusätzlich "auf tödliche Krankheiten" und dergleichen weiter einzuschränken. Was die vom Departement getroffene Regelung in Art. 18 KLV betreffe, so habe es die ihm vom Bundesrat eingeräumte Delegationsbefugnis überschritten. Statt dass es die "Leistungen" oder die "zahnärztlichen Behandlungen" bezeichne, die von der Krankenversicherung zu übernehmen seien, zähle es in Art. 18 KLV insgesamt 22 Allgemeinerkrankungen auf. Eine Beschränkung auf gewisse Krankheiten aus dem Kreis aller schweren Allgemeinerkrankungen sei aber weder dem Gesetz noch der Verordnung zu entnehmen. Nach dem klaren Wortlaut lasse das Gesetz allein die Möglichkeit der Leistungsbegrenzung als solche zu, nicht aber die Begrenzung auf bestimmte Krankheiten. Jedenfalls könne eine Aufzählung von Krankheiten, die sich nicht auf das Gesetz abstützen lasse, nicht abschliessend sein. Entscheidend sei allein, ob die Hiatusgleithernie mit Refluxösophagitis mit in Art. 18 KLV aufgeführten Krankheiten vergleichbar sei, was ärztlicherseits bejaht werde. Nötigenfalls sei dazu eine ärztliche Expertise einzuholen.

3. a) Das Gesetz ist in erster Linie nach seinem Wortlaut auszulegen. Ist der Text nicht ganz klar und sind verschiedene Auslegungen möglich, so muss nach seiner wahren Tragweite gesucht werden unter Berücksichtigung aller Auslegungselemente, namentlich des Zwecks, des Sinnes und der dem Text zugrunde liegenden Wertung. Wichtig ist ebenfalls der Sinn, der einer Norm im Kontext zukommt. Vom klaren, d.h. eindeutigen und unmissverständlichen Wortlaut darf nur ausnahmsweise abgewichen werden, u.a. dann nämlich, wenn triftige Gründe dafür vorliegen, dass der Wortlaut nicht den wahren Sinn der Bestimmung wiedergibt. Solche Gründe können sich aus der Entstehungsgeschichte der Bestimmung, aus ihrem Grund und Zweck oder aus dem Zusammenhang mit andern Vorschriften ergeben (BGE 123 III 91 Erw. 3a, 444 Erw. 2, BGE 123 V 317 f. Erw. 4, BGE 122 III 325 Erw. 7a, 474 Erw. 5a, BGE 122 V 364 Erw. 4a, je mit Hinweisen; IMBODEN/RHINOW/KRÄHENMANN, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Nr. 21 B IV). Die Vorarbeiten sind für die Gesetzesinterpretation weder verbindlich noch für die Auslegung unmittelbar entscheidend; denn ein Gesetz entfaltet ein eigenständiges, vom Willen des Gesetzgebers unabhängiges Dasein, sobald es in Kraft getreten ist. Insbesondere sind Äusserungen von Stellen oder Personen, die bei der Vorbereitung mitgewirkt haben, nicht massgebend, wenn sie im Gesetzestext nicht selber zum Ausdruck kommen. Das gilt selbst für

Äusserungen, die unwidersprochen geblieben sind. Als verbindlich für den Richter können nur die Normen selber gelten, die von der gesetzgebenden Behörde in der hierfür vorgesehenen Form erlassen worden sind.

Das bedeutet nun nicht, dass die Gesetzesmaterialien methodisch unbeachtlich wären; sie können namentlich dann, wenn eine Bestimmung unklar ist oder verschiedene, einander widersprechende Auslegungen zulässt, ein wertvolles Hilfsmittel sein, um den Sinn der Norm zu erkennen und damit falsche Auslegungen zu vermeiden. Wo die Materialien keine klare Antwort geben, sind sie als Auslegungshilfe nicht dienlich. Insbesondere bei verhältnismässig jungen Gesetzen darf der Wille des historischen Gesetzgebers nicht übergangen werden. Hat dieser Wille jedoch im Gesetzestext keinen Niederschlag gefunden, so ist er für die Auslegung nicht entscheidend. Ist in der Gesetzesberatung insbesondere ein Antrag, das Gesetz sei im Sinne einer nunmehr vertretenen Auslegungsmöglichkeit zu ergänzen, ausdrücklich abgelehnt worden, dann darf diese Auslegungsmöglichkeit später nicht in Betracht gezogen werden (BGE 123 V 318 Erw. 4, BGE 115 V 349 Erw. 1c mit Hinweisen auf die Rechtsprechung und Lehre; vgl. auch BGE 122 III 325 Erw. 7a, 474 Erw. 5a, je mit Hinweisen). b) aa) Unter der Herrschaft des alten, bis 31. Dezember 1995 in Kraft gestandenen Rechts (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911, KUVG) war die zahnärztliche Versorgung generell nicht ärztliche Behandlung. Nach ständiger Rechtsprechung zum KUVG kommt es bezüglich der Leistungspflicht der Krankenkassen nicht darauf an, ob solche Behandlungen von einem Arzt oder Zahnarzt vorgenommen werden. Weiter ist unerheblich die Ursache des Leidens oder die Tatsache, dass die Zahnbehandlung eine Folge anderer, ärztlich anzugehender Krankheiten ist. Ebensowenig ist die Wirkung der Zahnbehandlung auf den Gesundheitszustand eines Versicherten rechtserheblich, insbesondere die Verhütung oder günstige Beeinflussung von Krankheiten der Verdauungsorgane. Das Gericht hat sodann festgestellt, dass nur der Gesetzgeber diese gesetzliche Ordnung gemäss KUVG ändern könne (BGE 120 V 195 Erw. 2b mit Hinweisen). bb) Das Eidg. Versicherungsgericht hat erkannt, dass die infolge Unverträglichkeit von Amalgam- und Chrom-Kobalt-Legierungen vorgenommenen Zahnsanierungen keine Pflichtleistung der Krankenkasse darstellen (RKUV 1995 Nr. K 968 S. 143). Die Leistungspflicht wurde sodann verneint für eine Zahnbehandlung bei kardialen Komplikationen (BGE 116 V 114), desgleichen

für eine zahnprothetische Versorgung nach Karzinomoperation (RKUV 1990 Nr. 836 S. 135), bei einer Zahnbehandlung, die als Folge einer von der Krankenkasse übernommenen therapeutischen Massnahme (Radiotherapie) notwendig geworden war (RSKV 1981 Nr. 454 S. 150 Erw. 3, 1977 Nr. 276 S. 29 Erw. 2). Im unveröffentlichten Urteil K. vom 6. April 1994, in dem (gleich wie im vorliegenden Fall) eine Schädigung der Zähne durch endogene Säurebildung zur Diskussion stand, verneinte das Gericht eine Leistungspflicht der Krankenkasse für die Überschichtung der Zähne mit Keramik. c) Angesichts dieser Rechtslage, die allgemein als unbefriedigend bezeichnet wurde, schlug der Gesetzgeber eine neue Regelung in Art. 12 Abs. 2 des in der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987 verworfenen Bundesgesetzes über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung (KMVG; vgl. BBl 1988 I 569) vor, der lautete: Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung für Behandlungen durch einen Zahnarzt umfassen die vom Bundesrat näher bezeichneten Behandlungen nicht vermeidbarer Erkrankungen und ihrer Folgeschäden im Kausystem, sowie, falls hiefür keine andere Versicherung aufkommt, die Behandlung unfallbedingter Schäden des Kausystems (BBl 1987 I 987 f.). d) aa) Im Rahmen der daraufhin erneut an die Hand genommenen Revision der Krankenversicherung empfahl die Expertenkommission, gewisse besondere zahnärztliche Behandlungen in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufzunehmen. Zwar war die Kommission der Meinung, dass auch in Zukunft zahnärztliche Behandlungen im allgemeinen nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden sollten. Hingegen sollten ihr die Kosten derjenigen zahnärztlichen Behandlungen übertragen werden, welche durch eine schwere Krankheit oder ihre Folgen bedingt oder die zur Behandlung einer schweren Krankheit oder ihrer Folgen notwendig seien. Die zu übernehmenden Fälle seien abschliessend in den Durchführungsbestimmungen aufzuzählen. Dieser Grundsatz erlaube es beispielsweise, die Kosten für die vorzeitige Extraktion von Zähnen im Hinblick auf eine Herzoperation oder für die prothetische Wiederherstellung im Anschluss an eine Strahlentherapie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu überbinden (Bericht und Entwurf der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990, S. 52).

bb) Diese Ausrichtung setzte sich im Verlaufe der weiteren Gesetzgebungsarbeiten durch. Die bundesrätliche Vorlage an die Räte sah die Übernahme der Kosten für Zahnbehandlung vor, "wenn sie zur Behandlung einer schweren Krankheit notwendig sind (z.B. Zahnextraktion vor einer Herzoperation zur Vermeidung von Infektionen); (zweitens), wenn sie durch eine schwere Krankheit oder ihre Folgen bedingt sind (z.B. Wiederherstellung nach Zahnverlust wegen Strahlentherapie)" (Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93 ff.). Der Bundesrat wies darauf hin, dass der neue Leistungskatalog abschliessend konzipiert sei. Er hielt in diesem Zusammenhang fest: "Alle nicht im Gesetz und seinen Durchführungsbestimmungen aufgeführten Leistungen sind ausschliesslich Gegenstand von Zusatzversicherungen; diese können den Sonderwünschen Rechnung tragen; ..." (Botschaft vom 6. November 1991, BBl 1992 I 132). cc) In der parlamentarischen Beratung gingen die Meinungen über Tragweite und Ausmass der angestrebten Neuregelung auseinander. Während eine Minderheit in Anlehnung an den bundesrätlichen Entwurf die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung auch bei schweren Karies- und parodontischen Erkrankungen bejahen wollte (Votum Meier, Sprecherin der Minderheit; Amtl.Bull. 1992 S 1301), lehnte dies die Mehrheit unter Hinweis auf die bestehenden Präventionsmassnahmen und -ziele ab und sah eine Pflichtleistung nur vor, wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine "schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems" bedingt ist (Votum Huber, Amtl.Bull. 1992 S 1301). Beide Räte stimmten in der Folge dem heutigen, gegenüber dem bundesrätlichen Entwurf restriktiveren Wortlaut von Art. 31 Abs. 1 KVG (vgl. Erw. 1a) zu (Amtl.Bull. 1992 S 1301 f., Amtl.Bull. 1992 N 1843 f.). e) Aus den Materialien, insbesondere den Voten in der parlamentarischen Diskussion, ist zu schliessen, dass der Gesetzgeber willens war, die aus der früheren Ordnung gemäss KUVG sich ergebenden stossenden Ergebnisse (Erw. 3b) zu beseitigen. Am Grundsatz jedoch, dass die Zahnbehandlungen im allgemeinen nicht in den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenversicherung gehören, hat er nichts ändern wollen. Während Art. 12 KUVG in bezug auf die Leistungen einen blossen Mindestkatalog ohne zahnärztliche Vorkehren normierte, ist der neue Leistungskatalog gemäss KVG zwar gerade um dentalmedizinische Massnahmen erweitert, dieser aber

abschliessend konzipiert worden. Nach der Regelung von Art. 31 Abs. 1 KVG sind gewisse zahnärztliche Behandlungen vom Krankenversicherer zu übernehmen, die davon zu unterscheidenden anderen zahnärztlichen Therapien jedoch nicht. Dieser Schluss findet Unterstützung in Art. 34 Abs. 1 KVG, wonach die Versicherer im Obligatoriumsbereich keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25-33 KVG übernehmen dürfen.

4. Die Liste der zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten in den Art. 17-19 KLV ist im Lichte der formell- gesetzlichen Ausgangslage als abschliessend zu verstehen. Dies ergibt sich schon aus dem Wortlaut von Art. 33 Abs. 2 KVG, wonach der Bundesrat die Leistungen oder Behandlungen durch Zahnärzte näher zu bezeichnen hat. Für eine nur beispielhafte Aufzählung finden sich keine Anhaltspunkte weder in den Texten der Delegationsnormen (Art. 33 Abs. 2 KVG, Art. 33 lit. d KVV) noch in den Art. 17-19 KLV selber. Auch die Materialien sprechen für eine abschliessende Nennung der Krankheiten, welche von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmende zahnärztliche Leistungen oder Behandlungen auslösen können. In Bericht und Entwurf der Expertenkommission vom 2. November 1990 ebenso wie in der bundesrätlichen Botschaft vom 6. November 1991 wurde, wie dargelegt (Erw. 3d/aa, bb), jeweils ausdrücklich die abschliessende Aufzählung durch den Verordnungsgeber betont. In der Detailberatung der Vorlage durch die nationalrätliche Kommission sprach Nationalrat Jöri davon, der Bundesrat habe auf Verordnungsstufe die "Krankheiten" absch-

liessend aufzuzählen, bei denen die zahnärztlichen Leistungen durch die Krankenversicherung gedeckt seien (Protokoll der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit [SGK]vom 1. April 1993, S. 34). An der gleichen Sitzung erklärte Bundesrätin Dreifuss, die Gerichte könnten sich bei ihrer Rechtsprechung auf eine "liste positive des maladies donnant lieu à des prestations présentées dans l'ordonnance" stützen (Protokoll a.a.O., S. 35). Auch Seiler wies darauf hin, dass die Verwaltung die schweren Krankheiten zu definieren habe (Protokoll a.a.O., S. 36). In der Beratung im Plenum wiederholte Jöri, der Bundesrat könne in den Vollzugsbestimmungen abschliessend festlegen, für welche schweren Erkrankungen die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen von der Krankenversicherung übernommen werden müssten (Amtl.Bull. 1993 N 1843).

BGE 124 V 185 S. 194

Ist demnach die Aufzählung der zu zahnärztlichen Behandlungen Anlass gebenden Krankheiten in Art. 18 KLV als abschliessend zu betrachten, so ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Übernahme der Kosten durch die obligatorische Krankenversicherung nicht ausgewiesen, weil die Krankheit darin nicht aufgeführt ist. Sollte ihr Begehren, es sei zu prüfen, ob ihre Krankheit mit einer der aufgeführten Krankheiten vergleichbar sei, als Begehren um Überprüfung des Art. 18 KLV durch das Eidg. Versicherungsgericht auf Vollständigkeit hin zu verstehen sein, so wäre die Antwort in Erw. 6 zu finden.

5. Die Beschwerdeführerin wendet ein, das Departement habe in Art. 18 KLV statt "Leistungen" oder "zahnärztliche Behandlungen", die von der Krankenversicherung zu übernehmen seien (Art. 33 Abs. 2 KVG, Art. 33 lit. d KVV), eine Reihe von Allgemeinerkrankungen, in deren Zusammenhang solche Leistungen oder Behandlungen notwendig werden könnten, aufgezählt. Es habe damit seine Delegationsbefugnis überschritten.
a) Nach der Rechtsprechung kann das Eidg. Versicherungsgericht Verordnungen des Bundesrates grundsätzlich, von hier nicht in Betracht fallenden Ausnahmen abgesehen, auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüfen. Bei (unselbständigen) Verordnungen, die sich auf eine gesetzliche Delegation stützen, prüft es, ob sie sich in den Grenzen der dem Bundesrat im Gesetz eingeräumten Befugnisse halten. Wird dem Bundesrat durch die gesetzliche Delegation ein sehr weiter Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene eingeräumt, muss sich das Gericht auf die Prüfung beschränken, ob die umstrittenen Verordnungsvorschriften offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten Kompetenzen herausfallen oder aus andern Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig sind. Es kann jedoch sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle desjenigen des Bundesrates setzen und es hat auch nicht die Zweckmässigkeit zu untersuchen. Die vom Bundesrat verordnete Regelung verstösst allerdings dann gegen Art. 4 BV, wenn sie sich nicht auf ernsthafte Gründe stützen lässt, wenn sie sinn- oder zwecklos ist oder wenn sie rechtliche Unterscheidungen trifft, für die sich ein vernünftiger Grund nicht finden lässt. Gleiches gilt, wenn die Verordnung es unterlässt, Unterscheidungen zu treffen, die richtigerweise hätten berücksichtigt werden sollen (BGE 123 II 44 Erw. 2b, 475 Erw. 4a, BGE 123 V 84 f. Erw. 4a, BGE 122 V 93 f. Erw. 5a/bb, je mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten sinngemäss bei Verordnungen der Departemente.

BGE 124 V 185 S. 195

b) Zur Erfüllung der ihm vom Bundesrat übertragenen Aufgabe, die Leistungen oder zahnärztlichen Behandlungen zu bezeichnen, die im Sinne von Art. 31 Abs. 1 KVG von der Krankenversicherung zu übernehmen sind, stand dem Departement gesetzestechnisch keine andere brauchbare Lösung zur Verfügung, als die Krankheiten aufzuzählen, in deren Zusammenhang solche Leistungen oder Behandlungen zu erbringen sind. Eine Aufzählung sämtlicher zahnärztlicher Verrichtungen, welche im Zusammenhang mit den aufgeführten Krankheiten notwendig werden können, hätte zu einem umfangreichen Katalog geführt, der schliesslich der gleichen Gesetzestechnik der Aufzählung der Krankheiten hätte folgen müssen, in deren Verlauf die zahnärztlichen Verrichtungen vorzunehmen sind. Im übrigen hat bereits der Bundesgesetzgeber keine andere Gesetzestechnik gesehen. Auch er hat in Art. 31 Abs. 1 KVG die Krankheiten in den Mittelpunkt gestellt, in deren Zusammenhang

zahnärztliche Behandlungen notwendig werden können. Dabei fehlt es keineswegs an einer Umschreibung der von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmenden zahnärztlichen Behandlungen. Auch wenn sie allgemein gehalten ist, erlaubt sie doch eine Abgrenzung der vom Krankenversicherer als Pflichtleistung zu übernehmenden Behandlungen. Diese müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (Art. 32 Abs. 1 KVG) sowie zur Behandlung des Leidens notwendig sein (Art. 18 KLV). Von einer Überschreitung der Delegationsbefugnis durch das Departement kann somit nicht die Rede sein.

6. Im Rahmen der dargelegten Überprüfungsbefugnis von Verordnungen ist es dem Eidg. Versicherungsgericht auch nicht verwehrt, der Frage nachzugehen, ob eine Krankheit in Art. 18 KLV zu Unrecht nicht aufgeführt ist. Dabei hat es sich allerdings aus zwei Gründen grosse Zurückhaltung aufzuerlegen. a) Zunächst handelt es sich bei der Krankenpflege-Leistungsverordnung um eine departementale Verordnung, deren Änderung und fortlaufende Anpassung an die Bedürfnisse der Praxis einfach ist. Einer Beschlussfassung durch den Gesamtbundesrat bedarf es nicht; eine departementale Vorlage genügt. b) Zum andern liegt der Aufzählung der Krankheiten in Art. 18 KLV eine Konsultation der Eidg. Kommission für allgemeine Leistungen zugrunde (Art. 33 lit. d und Art. 37a lit. b KVV). Eine richterliche Ergänzung der Liste würde ohnehin eine vorgängige Anhörung von Experten voraussetzen, was geraume Zeit in Anspruch nähme und erst noch den Nachteil hätte, dass im

Falle einer richterlichen Ergänzung die Liste der Krankheiten nicht auf einheitlicher fachmännischer Beurteilung beruhen würde. Die Beschwerdeführerin bringt nichts vor, was das Eidg. Versicherungsgericht trotz der gebotenen Zurückhaltung veranlassen könnte, eine Aufnahme ihres Leidens in die Liste der Krankheiten von Art. 18 KLV ernsthaft in Prüfung zu ziehen.