L 6 KR 109/17

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 22 KR 525/15
Datum
22.03.2017
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 KR 109/17
Datum
23.01.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 22. März 2017 und der Bescheid der Beklagten vom 28. April 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 2015 werden abgeändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.099,36 EUR zu zahlen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin für das Klage- und Berufungsverfahren zu drei Fünfteln.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten, die sie für die Versorgung mit Langzeitprovisorien im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgischen/kieferorthopädischen Behandlung aufgewendet hat.

Die 1988 geborene Klägerin leidet unter anderem an einer Amelogenesis imperfecta (angeborene Zahnschmelzhypoplasie). Nach einer telefonischen Mitteilung ihres behandelnden Zahnarztes Dr. H. hatten alle Zähne braune Stümpfe. Die Klägerin benötige Langzeitprovisorien zur Bisseinstellung für ein Jahr und anschließend Kronen.

Unter dem 6. Februar 2015 berichtete die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums J. über eine stationäre Behandlung der Klägerin bei den Diagnosen skeletal-frontal-offener Biss und laterale Okklusionsstörung sowie Zustand nach chirurgisch gestützter Gaumennahterweiterung im Mai 2011. Es seien eine Unter- und Oberkiefervorverlagerung und Oberkieferimpaktierung im Rahmen einer bignathen Umstellungsosteotomie erfolgt.

Mit einem Heil- und Kostenplan vom 16. April 2015 wurden Gesamtkosten i. H. v. 5.912,17 EUR prognostiziert. Vorgesehen waren Interims-Langzeitprovisorien für 28 Zähne, die jeweils eine Krone erhalten sollten. Der voraussichtliche Eigenanteil der Klägerin belaufe sich auf 5.390,55 EUR.

Mit einem am 23. April 2015 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben wies die Klägerin auf den bei ihr vorliegenden Gendefekt hin sowie auf ihre jahrelangen kombinierten kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Behandlungen. Nach der Operation im Januar sei nun eine Feineinstellung der Kiefer in dem zahnmedizinischen Universitätsklinikum J. notwendig, um den weiteren Behandlungserfolg zu gewährleisten. Durch die Versorgung mit Langzeitprovisorien werde ihr ein normales Beiß- und Kauverhalten ermöglicht, bis eine endgültige Versorgung möglich sei. Einen Heil- und Kostenplan sowie alle nötigen Unterlagen füge sie bei. Sie bitte um eine vollständige Kostenübernahme.

Mit einer "Information zu Ihrem Heil- und Kostenplan" vom 28. April 2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass gemäß der Festzuschuss-Richtlinie für den Zahnersatz 521,62 EUR übernommen würden. Zur Begründung heißt es unter anderem, die Klägerin habe eine Versorgung gewählt, die über die Regelversorgung hinausgehe. Der Zuschuss würde sich bei Nachweis einer regelmäßigen kalenderjährlichen zahnärztlichen Behandlung seit 2010 um weitere 20% erhöhen. Bei einem kalenderjährlichen Bonusnachweis von 2005 an würde sich der Zuschuss um insgesamt 30% erhöhen. Soweit die Klägerin im Besitz eines Bonusheftes sei, könne sie die Zuschussfestsetzung nach Prüfung

korrigieren. Die Beifügung einer Rechtsbehelfsbelehrung lässt sich nicht feststellen.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein und verwies erneut auf den vorliegenden Gendefekt. Es bestehe eine chronische Erkrankung und somit eine Ausnahmeindikation. Für diese Erkrankung könne sie nichts. Daher seien die geplanten Langzeitprovisorien nicht wie normaler Zahnersatz zu sehen. Ohne eine Weiterbehandlung wäre der gesamte Behandlungserfolg nicht gewährleistet. Es bestehe auch die Gefahr, dass sich die Kiefer durch die unnormale Bisslage wieder zurückschieben würden. Dann könne eine erneute Operation notwendig sein. Der von der Beklagten konsultierte Gutachter Dr. R. teilte telefonisch mit, es bestehe eine Indikation zur Überkronung der Zähne 17 bis 27 sowie 47 bis 37. Eine endgültige Versorgung sei erst nach Entfernung der Platte möglich. Ein Langzeitprovisorium könne als bleibender Ersatz gewertet werden. Er würde eine Ausnahme befürworten; er könne dies aber "natürlich" nicht schriftlich machen. Unter dem 16. Juni 2015 führte der Gutachter aus, der Befund sei korrekt angegeben und entspreche der Festzuschuss-Richtlinie. Aufgrund der Dysgnathie mit Umstellungsosteotomie und Amelogenesis imperfecta sei die Überkronung im geplanten Umfang medizinisch indiziert.

Mit "Informationsschreiben" vom 1. Juli 2015 wies die Beklagte darauf hin, dass ein Anspruch auf einen zusätzlichen Festzuschuss bestehe, soweit die monatlichen Bruttoeinnahmen 1.134,- EUR monatlich nicht überstiegen. Der beauftragte Gutachter habe die Notwendigkeit der Überkronung der Zähne bestätigt. Daher bestehe ein Anspruch auf Zuzahlung nach den Festzuschuss-Richtlinien. Im Weiteren gab die Klägerin an, dass ihr Einkommen oberhalb des angegebenen Grenzwertes liege, da sie berufstätig sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 2015 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagte den Widerspruch zurück. Er begründete dies neben ausführlichen Hinweisen zu der Zahnersatzrichtlinie damit, dass geplant sei, das eingebrachte Material im Unterkiefer nach neun Monaten und im Oberkiefer nach zwölf Monaten wieder zu entfernen. Danach sei die Überkronung sämtlicher Zähne im Ober- und Unterkiefer vonnöten. Der Zahnarzt dürfe aber keinen eigenständigen Heil- und Kostenplan für die Versorgung mit Provisorien erstellen. Diese Versorgung dürfe von den gesetzlichen Krankenkassen auch nicht separat vergütet werden. In dem Heil- und Kostenplan vom 16. April 2015 habe Dr. H. als Befund einen zahnlosen Ober- und Unterkiefer gem. Teil B/Ziffer 5.4 der Festzuschuss-Richtlinie angegeben. Es handele sich insoweit um eine analoge Angabe, da die Festzuschuss-Richtlinie keinen Befund für die Versorgung mit Langzeitprovisorien vorsehe. Für die zahnärztlichen Leistungen innerhalb der Regelversorgung sei gem. der Festzuschuss-Richtlinie ein Betrag i. H. v. 228,43 EUR und für die zahntechnischen Leistungen ein Betrag i. H. v. 293,19 EUR festgelegt worden. Damit ergebe sich insgesamt ein einfacher Festzuschuss i. H. v. 521,62 EUR. Eine Erhöhung des Festzuschusses sei nicht möglich.

Hiergegen hat die Klägerin am 5. November 2015 Klage erhoben und auf die Regelungen des § 33 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) verwiesen, aus denen sich ihrer Ansicht nach ein Anspruch ergebe. Weiterhin hat sie eine Rechnung des Universitätsklinikums J. vom 21. August 2015 über 5.811,48 EUR (Eigenanteil: 5.289,86 EUR) vorgelegt. Danach war die Versorgung der Zähne 17 bis 27, 37 bis 47 mit einer provisorischen Krone oder Brückenglied sowie mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren erfolgt.

Auf einen richterlichen Hinweis hat die Klägerin ausgeführt, ob gesonderte Langzeitprovisorien aufgrund einer Gesetzeslücke als Hilfsmittel einzuordnen seien, obliege der richterlichen Wertung. Die Zahnersatzrichtlinie sei vorliegend nicht anwendbar, da die besondere Situation eines genetischen Defektes bestehe. Sie habe nur das medizinisch Erforderliche durchführen lassen. Soweit die Beklagte darauf verweise, dass die provisorische Versorgung hinsichtlich Qualität und Umfang sehr hochwertig gewesen sei, weise sie darauf hin, dass sie sich das Material nicht ausgesucht habe und ihr Zahnarzt ohne Nennung einer Alternative ihr diese Versorgung empfohlen habe.

Mit Urteil vom 22. März 2017 hat das Sozialgericht Halle die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, § 55 SGB V regele abschließend die Rechtsansprüche der Klägerin. Für eine vorläufige Versorgung seien danach keine Zuschüsse zu gewähren. Die Bezuschussung der endgültigen Versorgung umfasse dann die Kosten für die provisorische Versorgung. Das Gesetz stelle nicht auf die notwendige medizinische Versorgung im Einzelfall ab, sondern auf die prothetische Regelversorgung bei bestimmten Befunden. Danach richte sich der Festzuschuss. Auf die medizinischen Besonderheiten des Einzelfalles komme es nicht an.

Am 12. Mai 2017 wurde das Urteil gegen Empfangsbekenntnis dem damaligen Prozessbevollmächtigten der Klägerin Rechtsanwalt L. übersandt. Mit Schreiben vom 6. Juni 2017, 20. Juni 2017 und 6. Juli 2017 hat das Sozialgericht an die Rücksendung des Empfangsbekenntnisses erinnert. Es erfolgte kein Rücklauf.

Am 20. Juli 2017 hat eine Mitarbeiterin des Sozialgerichts versucht, Rechtsanwalt L. telefonisch zu erreichen, jedoch war nur der Anrufbeantworter eingeschaltet. Sie teilte dem Prozessbevollmächtigten auf diesem Wege erneut mit, dass man bis heute das Empfangsbekenntnis nicht erhalten habe. Zugleich wurde der Prozessbevollmächtigte nochmals an die Übersendung des Empfangsbekenntnisses erinnert. Am 11. September 2017 erreichte die Mitarbeiterin den Prozessbevollmächtigten der Klägerin persönlich, der ihr die unverzügliche Übersendung des Empfangsbekenntnisses zusicherte. Trotz einer Erinnerung am 19. September 2017 erfolgte keine Reaktion.

Schließlich wurde das Urteil der Klägerin persönlich mit Postzustellungsurkunde am 17. November 2017 zugestellt. Am 8. Dezember 2017 hat die Klägerin Berufung eingelegt, die Problematik der Zustellung des Urteils ausführlich geschildert und weiterhin Ausführungen zur Sache gemacht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 22. März 2017 und den Bescheid der Beklagten vom 28. April 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr weitere 5133,86 EUR zu zahlen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend. Sie hat unter Hinweis auf ihren Bescheid vom 13. April 2016 mitgeteilt, sie habe

der Klägerin für den hier streitigen Behandlungsfall unter Berücksichtigung eines Bonus von 30 v. H. bisher insgesamt 678,10 EUR gezahlt.

Am 19. April 2018 (Eingang bei der Beklagten am 20. April 2018) hat die Klägerin der Beklagten einen aktuellen Heil- und Kostenplan des Zahnmedizinischen Universitätsklinikum J. übersandt. Die Kosten für die Langzeitprovisorien sind in dem Betrag von 11.595,48 EUR nicht enthalten. Die Klägerin hat um Prüfung gebeten, ob eine komplette Übernahme der Kosten bei der doch sehr seltenen und komplizierten Krankheitsgeschichte möglich sei. Am 7. Juni 2018 hat die Klägerin erneut eine vollständige Kostenübernahme beantragt.

Mit Bescheid vom 10. Juli 2018 hat die Beklagte ausgeführt, sie übernehme den Festzuschuss für den Zahnersatz i. H. v. 5.193,54 EUR entsprechend dem vorgelegten Heil- und Kostenplan. Mit Bescheid vom 26. Juli 2018 hat die Beklagte ausgeführt, sie übernehme den Festzuschuss für den Zahnersatz i. H. v. 6.751,60 EUR unter Berücksichtigung des Bonus von 30 v.H ... Es werde gebeten, den genehmigten Heil- und Kostenplan der Zahnarztpraxis vorzulegen.

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

Entscheidungsgründe:

A. Die statthafte (§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz - SGG) Berufung ist auch im Übrigen zulässig. Insbesondere ist sie form- und fristgerecht (§ 151 SGG) am 8. Dezember 2017 eingelegt worden.

Eine Zustellung mittels Empfangsbekenntnis ist nicht erfolgt. Vorliegend ist die Rücksendung des Empfangsbekenntnisses an das Sozialgericht (unstreitig) nicht geschehen.

Gem. § 189 Zivilprozessordnung (ZPO) gilt, dass in einem solchen Fall das Urteil als zugestellt gilt, wenn es der Person, an die die Zustellung dem Gesetz gemäß gerichtet war, tatsächlich zugegangen ist. Soweit diese Vorschrift den Ersatz einer nicht formgerechten Zustellung durch den tatsächlichen Zugang ermöglicht, begründet dies im vorliegenden Fall keinen Zugang, weil sich jedenfalls ein Zugangszeitpunkt vor dem Zeitpunkt der Zustellung an die Klägerin selbst nicht feststellen lässt. Denn der jetzige Prozessbevollmächtigte war erst seit der Bestellung als vorläufig bestellter amtlicher Vertreter am 7. Februar 2018 in der Lage, den tatsächlichen Zugang zu bemerken und zu bekunden. Zu diesem Zeitpunkt war das Urteil schon der Klägerin selbst förmlich zugestellt worden. Er hat weiterhin Umstände über die Praxisführung seines Vorgängers benannt, die einen Nachweis über einen tatsächlichen Zugang des Urteils zu einem früheren Zeitpunkt ausschließen. Denn der Erkrankte hat danach schon vor einem möglichen Zugang der Entscheidung die übrigen Mitarbeiter seiner Kanzlei entlassen und war selbst zu einer geordneten Praxisführung nicht in der Lage. Dies zeigte sich an dem fehlenden Fristenkalender, fehlender Zuordnung von Schriftsätzen zu Akten und überhaupt einer geordneten Verfahrensführung. Vor diesem Hintergrund vermittelte nicht einmal eine aufgefundene Eingangsnotiz des Erkrankten mehr einen überzeugenden Eingangsnachweis des Urteils.

Zudem kann nach der Rechtsprechung mehrerer Bundesgerichte die für eine Zustellung nach § 174 ZPO erforderliche Empfangsbereitschaft des damaligen Bevollmächtigten nicht allein durch den bloßen Nachweis des tatsächlichen Zugangs im Sinne von § 189 ZPO ersetzt werden. Hinzukommen muss noch die zumindest konkludente Äußerung des Willens, das zur Empfangnahme angebotene Schriftstück dem Angebot entsprechend als zugestellt entgegen zu nehmen (BGH, 22.11.1988, VI ZR 226/87, juris; BVerwG, 29.4.2011, 8 B 86/10, juris Rn. 6 f.; jeweils m.w.N.). Maßgeblich ist hier auf die Gesamtumstände abzustellen, soweit sie hinreichend zuverlässig auf die Empfangsbereitschaft des Adressaten schließen lassen (BVerwG, 17.5.2006, 2 B 10/06, juris; BGH, 13.1.2015, VIII ZB 55/14, juris Rn. 12). Angesichts der bekannten Umstände in der Kanzlei des damaligen Prozessbevollmächtigten der Klägerin ist eine solche Feststellung nicht zuverlässig möglich. Für den Senat ist im Gegenteil naheliegend, dass die telefonische Bestätigung gegenüber dem Sozialgericht ohne irgendeine konkrete Feststellung zu dem angefragten Vorgang erfolgt ist, weil der Anwalt längst jeden Überblick verloren hatte.

Das Urteil wurde der Klägerin am 17. November 2017 zugestellt; ein früherer Zugang an die Klägerin persönlich ist nicht erkennbar. Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat erklärt, dass er die Zustellung des Urteils des Sozialgerichts an die Klägerin als Zustellung an ihn gelten lässt. Die Berufung wurde sodann innerhalb der Monatsfrist am 8. Dezember 2017 eingelegt.

Das Schreiben der Beklagten vom 13. April 2016 ist nicht gemäß § 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des Verfahrens geworden, soweit es überhaupt eine Regelung im Sinne von § 31 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch enthält. Denn es bestätigt lediglich zu Gunsten der Klägerin die im Bescheid vom 28. April 2015 vorbehaltene Festbetragserhöhung wegen Zahnerhaltungsvorsorge um einen bestimmten Prozentsatz und setzt diesen rechnerisch um. Die zu Lasten der Klägerin gehende Beschränkung geht allein auf den Bescheid vom 28. April 2015 zurück, der bereits einen (noch) höheren Teilbetrag ausschließt.

B. Die Berufung ist teilweise begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 28. April 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 2015 beschwert die Klägerin im Sinne der §§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG, weil die Beklagte hierin zu Lasten der Klägerin zu geringe Zuschüsse gewährt hat. Die Klägerin hat einen Anspruch auf höhere Zuschüsse zu den Provisorien.

Bei dem Schreiben der Beklagten vom 28. April 2015 handelt es sich um einen Verwaltungsakt im Sinne von § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG. Denn trotz der jede Förmlichkeit vermeidenden Gestaltung ist dem Schreiben als verbindlich gemeint zu entnehmen, dass der Leistungsanspruch der Klägerin in ihrem konkreten Fall und in Bezug zu dem vorgelegten Heil- und Kostenplan bestimmt wird. Dies ergibt sich daraus, dass der zur Übernahme bezifferte Festzuschuss gegen die höheren Kosten abgegrenzt wird, die zur privaten Rechnungsstellung in Aussicht gestellt werden. Durch den Wunsch nach einem guten Behandlungsverlauf wird deutlich, dass es sich nicht um eine vorläufige Meinungsäußerung zum Anspruchsumfang, sondern um die abschließende Entscheidung darüber (vorbehaltlich nur der ausdrücklich offen gelassenen Zuschusserhöhung durch nachzuweisende Prävention) handeln soll. Insofern war das Verständnis der Klägerin davon zutreffend.

Nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer

Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt ist.

Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Denn die Klägerin ist bei der Beklagten versichert, die Versorgung war hier medizinisch notwendig und die von ihrem Zahnarzt durchgeführte Versorgung entsprach einer nach § 135 Abs. 1 SGB V anerkannten Methode.

§ 55 Abs. 1 SGB V räumt den Versicherten nur einen "Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse" bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) ein (S. 1). Die Festzuschüsse umfassen 50 v.H. der nach § 57 Abs. 1 S. 6 und Abs. 2 S. 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (S. 2). Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 S. 2 SGB V um 20 v.H. (S. 3). Die Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 S. 2 SGB V erhöhen sich um weitere 10 v.H., wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 und 2 SGB V ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat (S. 5). Diese Voraussetzungen hat die Klägerin durch Kopien aus ihrem Bonusheft gegenüber dem Sozialgericht nachgewiesen; hiervon ist die Beklagte insoweit zutreffend in ihrem Bescheid vom 13. April 2016 ausgegangen.

Nach § 55 Abs. 2, 3 SGB V haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 55 Abs. 1 S. 2 SGB V weitere Ansprüche, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden. Hier liegen die Einnahmen die Klägerin auch nach ihren Angaben über dieser Grenze. Zwingende verfassungsrechtliche Gründe für eine darüber hinausgehende Härtefallregelung sind nicht ersichtlich (vgl. BSG, 7.5.2013, B 1 KR 5/12 R, SozR 4-2500 § 55 Nr. 2, Rn. 46).

Auf Grund der vorliegenden zahnärztlichen Befunde wurde die Klägerin zunächst zahnärztlich regelgerecht mit Langzeitprovisorien versorgt. Grundsätzlich zutreffend geht die Beklagte davon aus, dass ein Provisorium gewöhnlich Teil der Regelversorgung und dessen Anfertigung in den Kosten der Regelversorgung mit abgegolten ist (vgl. beispielsweise B 1.1 und B 1.2 der Richtlinie zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach den §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Absatz 4 SGB V in der Version vom 12.2.2016, BAnz AT 31.3.2016 - im weiteren Festzuschuss-Richtlinie).

Die erstattungsfähigen Kosten sind regelmäßig auf einen Teil der Kosten für eine "typische" Regelversorgung beschränkt. Damit sind die jeweilige Befundsituation und die als Regelversorgungsleistung bestimmte zahnprothetische Versorgungsform maßgebend. Hierfür zahlen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten anstelle der früher geltenden prozentualen Bezuschussung gemäß § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V befundbezogene Festzuschüsse. Diese stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten typisierten Befunden ab (vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 91). Dies verstößt weder gegen das verfassungsrechtliche Benachteiligungs- noch gegen das konventionsrechtliche Diskriminierungsverbot nach Art. 5 Abs. 2 UN-BRK (BSG, 2.9.2014, B 1 KR 12/13 R, juris Rn. 23; Ulmer in: Eichenhofer/v.Koppenfels/Wenner, SGB V, 3. Aufl., § 55 Rn. 6).

Grundsätzlich hat die gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten nur das zu leisten, was in diesen Leistungskatalog fällt. Versicherte können von dieser nicht alles beanspruchen, was ihrer Ansicht nach oder objektiv der Behandlung einer Krankheit dient. Die gesetzlichen Krankenkassen sind auch nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist. Ist ein gesetzliches Regelungskonzept - wie das, welches der Gewährung von Zahnersatz durch die Gesetzliche Krankenversicherung dem SGB V zugrunde liegt - verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, so genügen hinreichende sachliche Gründe, um eine unterschiedliche Behandlung Betroffener zu rechtfertigen (BSG, 27.8.2019, B 1 KR 9/19 R, juris, Rn. 21).

Soweit aber besondere medizinische Befunde vorliegen und diese eine aufwendigere Versorgung als die Regelversorgung erzwingen, können die Festbetragsregelungen nicht angewandt werden (vgl. BSG, 2.9.2014, B 1 KR 3/13 R, SozR 4-2500 § 28 Nr. 8, Rn. 26; allgemein BSG, 7.12.2009, B 3 KR 20/08 R, SozR 4-2500 § 36 Nr. 2; s.a. BSG, 1.3.2011, B 1 KR 10/10 R, juris, sowie Ulmer, a.a.O., § 12 Rn. 45). Insoweit liegt eine Regelungslücke vor, die entsprechend den allgemein anerkannten Methoden der Rechtswissenschaft durch eine analoge Anwendung zu schließen ist (vgl. Larenz/Canaris, Methode der Rechtswissenschaft, 3. Aufl., S. 200).

Voraussetzung der entsprechenden Anwendung einer Vorschrift sind eine Gesetzeslücke im Sinne einer planwidrigen Unvollständigkeit des Gesetzes und eine vergleichbare Interessenlage auch gemessen am Maßstab der gesamten Rechtsordnung einschließlich verfassungsrechtlicher Wertungen (vgl. nur BSG, 18.1.2011, B 4 AS 108/ 10 R, SozR 4-4200 § 26 Nr. 1, Rn. 23 ff; BGH, 28.5.2008, VIII ZR 126/07, juris, Rn. 7 ff.). Diese Voraussetzungen sind erfüllt.

§ 56 Abs. 2 Sätze 2, 3 SGB V (in der hier unverändert seit dem 26.3.2007 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, BGBl. I 2007, 378) bestimmt, dass dem jeweiligen Befund eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet wird. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören.

Dem entspricht die Gesetzentwurfsbegründung, wonach befundbezogene Festzuschüsse nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall abstellen, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden (BT-Drs. 15/1525, 91 f). "Unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Versorgung sollen Versicherte zukünftig einen Festzuschuss erhalten, der sich auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Befunde bezieht. Auf diesem Wege wird sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Es wird klargestellt, dass Festzuschüsse bei Bestehen einer Notwendigkeit zur Versorgung mit Zahnersatz nur für anerkannte Versorgungsformen übernommen werden".

Damit ist deutlich, dass für jede Erkrankung auch eine entsprechende Regelversorgung mit einer Beteiligung der Krankenkasse vorgesehen ist. Allerdings ist es kaum möglich, wie in den Festzuschuss-Richtlinien kasuistisch jeden denkbaren Fall wie z.B. eine Kombination von zwei seltenen Erkrankungen zu erfassen.

Für den vorliegenden Befund besteht auch nach Ansicht der Beklagten und des Gutachters Dr. R. für den hier vorliegenden Befund keine Regelung in den Festzuschuss-Richtlinien. Dem schließt sich der Senat an. Keine Regelung in der Festzuschussrichtlinie erfasst den vorliegenden Fall genau oder auch nur ungefähr vergleichbar. Insbesondere der von Dr. H. und der Beklagten herangezogene Teil B/ Ziffer 5.4 der Festzuschussrichtlinie setzt als Befund einen zahnlosen Ober- und/oder Unterkiefer, der mit einer Total-Prothese zu versorgen ist, voraus. Jedoch lag bei der Klägerin weder ein zahnloser Kiefer vor noch wurde sie mit einer Total-Prothese versorgt, sondern mit einem Langzeitprovisorium zu einer Stifzahnversorgung.

Es ist ebenfalls nicht schlüssig, - wie die Beklagte - darauf zu verweisen, dass die Kosten der Anfertigung der Provisorien in denen für die endgültige Versorgung enthalten seien und mit diesen abgerechnet werden könnten. Dies ist rechtlich in Fällen wie vorliegend nicht möglich. Dem steht bereits der lange Zeitraum zwischen der Versorgung mit den Langzeitprovisorien und der endgültigen Versorgung entgegen. Denn Nr. 4 und 5 der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGB V zwischen der KZBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z bzw. Anlage 4 zum EKV-Z) sieht eine Befristung der Genehmigung vor ("Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird."). Dies hat auch Auswirkungen auf das Leistungsrecht; mit Ablauf der sechsmonatigen Frist entfällt die Genehmigung. In einem solchen Fall muss der Versicherte die Erteilung einer neuen Genehmigung beantragen (Altmiks in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 55 SGB V, Rn. 65; siehe auch BSG, 27.8.2019, B 1 KR 9/19 R, Rn. 27 - 33). Hier war die endgültige Versorgung frühestens neun Monate später geplant; tatsächlich erfolgte sie sogar erst deutlich später.

Insoweit besteht eine offenkundige Lücke in der Festzuschuss-Richtlinie, da solche Langzeitprovisorien grundsätzlich Regelleistung sein können. Ausdrücklich wird bei C. Nr. 13 der Zahnersatz-Richtlinie (in der Fassung vom 7.11.2007, in Kraft seit dem 1.1.2008, BAnz. vom 28.12.2007 Nr. 241) festgelegt: "In Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, kann ein Interimsersatz angezeigt sein" (vgl. zur Berücksichtigung individueller Besonderheiten auch C. Nr. 14 der Zahnersatz-Richtlinie). Es ist in der Rechtsprechung des BSG anerkannt, dass in solchen Fällen des Systemversagens von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden muss (BSG, 2.9.2014, B 1 KR 3/13 R, SozR 4-2500 § 28 Nr. 8, Rn. 22).

§ 135 Abs. 1 SGB V steht einem solchen Anspruch der Klägerin nicht entgegen. Danach darf die Krankenkasse für nicht anerkannte Versorgungsformen keine Festzuschüsse gewähren, denn eine solche Behandlung ist unwirtschaftlich. Es gibt jedoch keinen Hinweis auf einen solchen Fall; im Gegenteil hat der von der Beklagten konsultierte Gutachter Dr. R. telefonisch und schriftlich ausgeführt, der Befund sei korrekt angegeben und entspreche den Festzuschuss-Richtlinien. Aufgrund der Dysgnathie mit Umstellungsosteotomie in Verbindung mit der Amelogenesis imperfecta war die Überkronung mit Langzeitprovisorien im geplanten Umfang medizinisch indiziert. Etwas anderes hat die Beklagte auch nicht behauptet.

Durch die Festzuschuss-Richtlinie kann aber nicht die Höhe der Zuschüsse willkürlich und unkontrollierbar festgesetzt werden, wie aus § 56 SGB V folgt (siehe auch BSG, 2.9.2014, a.a.O.). Bei individuellen Besonderheiten wie der Kumulation von zwei seltenen Erkrankungen sind dadurch aufgezeigte systembedingte Lücken zu schließen.

Die Beklagte kann dem nicht mit Erfolg die Regelung des Mehrkostenvorbehalts in § 28 Abs. 2 S. 2 SGB V entgegenhalten. Diese Regelung greift nicht, wenn wie hier nur eine Versorgung mit Langzeitprovisorien ausreichend und zweckmäßig i.S. von § 28 Abs. 2 S. 1 SGB V ist (vgl. BSG, 2.9.2014, a.a.O.).

Dies führt entgegen der Ansicht der Klägerin nicht dazu, dass sich der anzusetzende Prozentsatz erhöht oder ihr die notwendigen Kosten vollständig zu erstatten sind (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, 29.1.2009, L 10 KR 57/06, juris). Insoweit war die Klage als unbegründet abzuweisen.

Es liegt im Grundsatz der analogen Anwendung, dann als Rechtsfolge die Regelung anzuwenden, die den geregelten Fällen entspricht. Damit ist nur ein (fiktiver) Festbetrag in Höhe von 65 % der Aufwendungen der Klägerin zu erstatten. Es ist insbesondere im Lichte des Gleichbehandlungsgebotes von Art. 3 Grundgesetz kein Grund ersichtlich, die Klägerin hier besser zu stellen als andere Versicherte, die ebenfalls nur Anspruch auf einen prozentualen Kostenzuschuss haben. Eine behandlungsbedürftige Krankheit wird bei einer notwendigen Zahnbehandlung stets bestehen; ob der jeweilige Versicherte dafür etwas "kann", ist schwierig festzustellen und insbesondere vom Gesetzgeber nicht als maßgeblich vorausgesetzt, wie sich auch aus einem Umkehrschluss aus § 52 SGB V ergibt. Es ist entgegen der Ansicht der Klägerin auch nicht zwingend, hier zwischen chronischen Erkrankungen und anderen Erkrankungen zu differenzieren. Insbesondere enthält § 55 SGB V hierfür keinen Anhaltspunkt. Alle Versicherten erhalten nur einen Zuschuss.

Es ändert sich (lückenfüllend) die Summe, von der der Prozentsatz zu berechnen ist. Es ist der konkrete Betrag zugrunde zu legen, wobei die nicht notwendigen Mehrkosten herauszurechnen sind. Hiergegen spricht nicht, dass § 55 Abs. 2 SGB V im Gegensatz zu Abs. 1 auf die konkreten Kosten abstellt: dies beruht darauf, dass die Kosten landesspezifisch leicht unterschiedlich ausfallen können (KassKomm/Nolte § 55 SGB V Rn. 30; Ulmer, a.a.O., § 55 Rn. 16). Es besteht auch angesichts der Stellungnahme des Gutachters Dr. R. kein Anhalt, dass sich die hier tatsächlich angefallenen Kosten von den regelmäßig in solchen (sehr seltenen Fällen) anfallenden Kosten unterscheiden. Etwas anderes hat die Beklagte auch nicht behauptet; ohne einen Anhaltspunkt für überhöhte Kosten muss der Senat nicht "ins Blaue" hinein ermitteln (vgl. BSG, 17.10.2018, B 9 V 20/18 B, juris; BSG, 8.9.2010, B 11 AL 4/09 R, juris; vgl. BVerfG, 9.10.2007, 2 BvR 1268/03, juris; BSG, 28.2.2018, B 13 R 279/16 B, juris). Die Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen (§ 103 SGG) bedeutet nicht, dass die Gerichte auch ohne Anhaltspunkte ermitteln müssen (BSG, 9.12.2004, B 6 KA 44/03 R, SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, Rn. 49).

Damit ergibt sich folgende Rechnung: 5.811,48 EUR (Kosten der Langzeitprovisorien) X 0,65 = 3777,46 EUR. Abzüglich des bereits geleisteten Vorschusses von 678,10 EUR ergibt sich der austenorierte Betrag von 3.099,36 EUR.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und orientiert sich an dem Ausgang der Hauptsache.

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Es liegen nur wenige Entscheidungen des BSG zu der Rechtslage bei fehlenden Regelungen in den Festzuschuss-Richtlinien vor, die zudem nicht unbedingt vergleichbare Sachverhalte betrafen.
Rechtskraft
Aus

Login
SAN
Saved
2020-05-26