

L 11 KR 3406/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 14 KR 1885/11
Datum
12.06.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3406/12
Datum
04.12.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 12.06.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, in welcher Höhe sich die Beklagte an der Versorgung des Klägers mit Zahnersatz zu beteiligen hat.

Der 1949 geborene Kläger war - wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze - freiwillig krankenversichertes Mitglied der Beklagten. Mittlerweile befindet er sich in Altersteilzeit und ist bei der Beklagten pflichtversichertes Mitglied.

Im November 2009 reichte der Kläger einen ersten Heil- und Kostenplan (HKP) des Zahnarztes Dr. Sch. für die Versorgung der Zähne 35-33, 43, 44, 47 mit Zahnersatz sowie einer Versorgung des Unterkiefers bei der Beklagten ein. Nach diesem HKP vom 09.11.2009 sollte der anstehende Zahnersatz mit Teleskopkronen und vestibulärer Compositeverblendung erfolgen. Dazu entstünden voraussichtliche Kosten iHv 5.466,04 Euro (vgl Anlage zum HKP vom 09.11.2009) bzw 6.252,14 Euro (vgl Gesamtkostenaufstellung vom 20.11.2009). Die Beklagte bewilligte dem Kläger am 09.12.2009 einen Festzuschuss von insgesamt 1.179,68 Euro ohne Berücksichtigung eines Bonus oder eines Härtefalls. Die im HKP vorgesehene Behandlung wurde jedoch zunächst noch nicht durchgeführt.

Am 29.11.2010 reichte der Kläger einen modifizierten HKP vom 22.09.2010 über 6.167,30 Euro ein. Nunmehr sollte im Zahnbereich 44 eine implantatgetragene Teleskopkrone eingesetzt werden. Das Implantat bei Zahn 44 wurde von Zahnarzt Dr. Sch. bereits am 28.09.2010 eingebracht; eine Nachbehandlung erfolgte am 05.10.2010. Die hierfür ausgestellte Rechnung des Zahnarztes vom 11.10.2010 reichte der Kläger am 29.10.2010 bei der Beklagten ein (Bl 14 der Verwaltungsakte). Gleichzeitig teilte er mit, dass er sich mit der Zuschussregelung ohne Berücksichtigung seiner persönlichen Umstände nicht einverstanden erklären könne. Er sei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verblieben und nicht in die private Krankenversicherung gewechselt. Die Beklagte sei an den geschlossenen Versicherungsvertrag gebunden und könne nicht nachträglich die Leistungen kürzen. Die Notwendigkeit von Zahnersatz sei mit zunehmendem Alter häufig und würde nicht vollständig übernommen. Die Folgen von Überernährung, Bewegungsmangel, Rauchen usw würden demgegenüber auf Kosten der Krankenkasse beseitigt. Asylbewerber würden in die GKV aufgenommen, was er als freiwilliges Mitglied mitfinanzieren müsse. Er komme nicht in den Genuss der Bonusregelung, weil er nicht zum Zahnarzt habe gehen könne. Sowohl seinen Vater als später auch seine Mutter habe er wider Willen in Pflegeheimen unterbringen müssen und in der Folge zusätzlich zu seiner vollen Berufstätigkeit dann gegen die dortigen Missstände vorgehen müssen. Seine Eltern seien über 60, er selbst bald 50 Jahre der Beklagten treu geblieben. Auch das müsse berücksichtigt werden.

Am 03.12.2010 bewilligte die Beklagte einen Festzuschuss von 1.029,84 Euro ohne Berücksichtigung von Boni oder einer Härtefallregelung. Mit einem ohne Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Schreiben vom 06.12.2010 teilte die Beklagte dem Kläger mit, sie beteilige sich an den Kosten des beim Kläger geplanten Zahnersatzes mit einem vorläufigen Betrag in Höhe von 1.029,84 Euro. Der Festzuschuss werde dem Kläger nach Abschluss der Behandlung erstattet.

Mit Schreiben vom 12.12.2010 erwiderte der Kläger, es sei Geheimnis der Beklagten, weshalb der Festbetrag erheblich zu niedrig festgesetzt werde. Er habe jahrelang Maximalbeiträge bezahlt und erwarte eine transparente und zufriedenstellende, nachvollziehbare Information. Er bat zugleich um einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 16.12.2010 eine Kostenübernahme über die bereits bewilligten 1.029,84 Euro hinaus ab. Der zuletzt mitgeteilte Festzuschuss sei niedriger, weil die

Versorgung gegenüber dem ersten Kostenvoranschlag umgeplant worden sei. Der jetzige Befund führe zu einem anderen Festzuschuss als bisher, so dass nunmehr nur der geringere Festzuschuss bewilligt werden könne. Das Schreiben des Klägers vom 12.12.2010 werte sie als Reaktion auf ihr Schreiben vom 06.12.2010 im Rahmen der Anhörung. Die Beklagte habe im Rahmen ihres Internetauftritts immer über erfolgte Änderungen im Leistungskatalog informiert. Detaillierte Mitteilungen an jeden einzelnen Versicherten seien - auch aus Kostengründen - nicht erfolgt.

Dagegen erhob der Kläger am 03.01.2011 Widerspruch. Die Beklagte sei nicht auf seine besonderen Umstände eingegangen. Auch sei er nicht rechtzeitig über die Leistungskürzungen zum Zahnersatz informiert worden. Die Beklagte erläuterte dem Kläger mit Schreiben vom 24.01.2011 das Zustandekommen des Festzuschusses. In der neuen Planung solle nunmehr das Zahn 44 gezogen und durch ein Implantat ersetzt werden. Dadurch ändere sich der Festzuschuss, da dieser Zahn nunmehr als fehlend zähle. An den Kosten für die Implantatbehandlung könne die Beklagte sich nicht beteiligen. Der Kläger wandte sich mit Schreiben vom 30.01.2011 nun grundsätzlich gegen die gesetzgeberischen Beschlüsse. Er sei nicht ?fahnenflüchtig? zu einer billigeren Kasse gewechselt. Gravierende Änderungen seien selbstredend den Versicherten frühzeitig persönlich mitzuteilen, damit sie rechtzeitig entsprechende Dispositionen und Vorkehrungen treffen könnten. Mit Widerspruchsbescheid vom 09.03.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Der Nachweis der für eine Bonus-Regelung erforderlichen jährlichen zahnärztlichen Untersuchung sei nicht erbracht worden.

Hiergegen hat der Kläger am 11.04.2011 beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben und ua ausgeführt, [§ 55 SGB V](#) sei verfassungswidrig. Die Leistungskürzungen in den verschiedenen GKV-Reformgesetzen verstießen gegen das verfassungsrechtliche Gebot der Rechtssicherheit und das Äquivalenzprinzip. Außerdem sei es nicht rechtmäßig, dass sein Kampf um bessere Zustände in Pflegeheimen bei der Bonusfestsetzung nicht berücksichtigt werde. Bis zur Aufnahme dieses Kampfes habe er stets die zahnärztlichen Untersuchungen durchgeführt. Auch habe die Beklagte ihn unrechtmäßig nicht über die im Jahre 2005 erfolgten gravierenden Einschnitte bei den Zahnersatzleistungen informiert. Weiterhin habe die Beklagte ihn über die Möglichkeit der Ersatzversicherung bei einer privaten Krankenversicherung rechtzeitig informieren müssen. Außerdem hätten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) keine Gesetzeskraft und seien deshalb nicht geeignet, seinen Leistungsanspruch zu verkürzen. Im Übrigen seien die Versicherten im GBA nicht vertreten, so dass eine wesentliche Gruppe der Betroffenen nicht in die Entscheidung einbezogen seien. Die Beschlüsse des GBA entzögen sich vollständig der parlamentarischen Kontrolle, das gesamte Konzept des GBA verstoße deshalb gegen das Grundgesetz. Weiterhin sei die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#), insbesondere die Notwendigkeit der Aufnahme nicht versicherter Beamter mit Beihilfeansprüchen, Spätaussiedlern, Asylbewerbern verfassungswidrig, weil er deren Versicherung mitfinanziere. Darüber hinaus sei es aufgrund zahlreicher Gesetzesänderungen zu einer Durchmischung von GKV und PKV gekommen. Dennoch würden GKV-Versicherte im Vergleich zu PKV Versicherten beim Zahnersatz schlechter behandelt. Das sei gleichheitswidrig. Auch innerhalb der GKV werde er schlechter behandelt als andere Versicherte, weil er als freiwillig Versicherter die gleichen Leistungen erhalte wie andere Versicherte, die wenig oder gar keine Beiträge zahlten.

Das SG hat mit Urteil vom 12.06.2012 die Klage abgewiesen. Die Vorschrift des [§ 55 SGB V](#) sei nicht verfassungswidrig. Es liege im weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, welche Behandlung er in den Leistungskatalog der GKV einbeziehe. Erst wenn die Behandlung einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung begehrt werde, seien dem Gesetzgeber durch [Art 2 Abs 1 GG](#) verfassungsrechtliche Grenzen gesetzt. Diese verfassungsrechtlichen Grenzen seien beim Zahnersatz erkennbar nicht erreicht. Vorliegend ergäben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger allein durch höhere Leistungen der Beklagten sein gesundheitliches Existenzminimum sichern könne. Der Kläger sei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei der Beklagten freiwillig versichert gewesen. Es ergäben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass er - etwa unter Berücksichtigung von Unterhaltungspflichten - nicht in der Lage gewesen sein sollte, eventuell über den Festbetrag hinaus entstehende Mehrkosten selbst zu tragen. Die Voraussetzungen der Bonus- und Härtefallregelungen seien nicht erfüllt. Weiterhin ergäben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger nicht in existenzsichernder Weise zum Festbetrag mit Zahnersatz versorgt werden könne. Insofern komme es für den Rechtsstreit nicht darauf an, ob die nach [§ 55 SGB V](#) zu gewährenden Leistungen ausreichend seien, um seine Existenz zu sichern. [§ 55 SGB V](#) sei auch nicht deshalb verfassungswidrig, weil er keine Ausnahmen für Einzelfälle vorsehe. Insbesondere verstoße [§ 55 SGB V](#) nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, denn der Gesetzgeber sei nicht gehalten, für freiwillig Versicherte andere Leistungen vorzusehen als für Pflichtversicherte. Der Kläger habe auch nicht erklären können, warum ein eventuelles Fehlverhalten der Pflegekasse seiner Eltern zu höheren Leistungen für ihn bei der Krankenkasse führen müsse. Auch sei die Kammer nicht von der Verfassungswidrigkeit des [§ 55 SGB V](#) im Hinblick auf die Beteiligung des GBA überzeugt. Die Beteiligung des GBA verstoße nicht gegen das Grundgesetz. Schließlich sei [§ 55 SGB V](#) auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Rückwirkungsverbots verfassungswidrig. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Kosten für Zahnersatz nach den im Jahr 1985 geltenden Regelungen. Es bestünden Zweifel, ob dem Kläger nicht auch nach den damals geltenden Regelungen die Mehrkosten verblieben wären. Jedenfalls könnten diese Vorschriften nicht mehr angewandt werden, weil sie außer Kraft getreten seien. Auch könne sich der Kläger nicht auf den Grundsatz ?pacta sunt servanda? berufen, denn Kläger und Beklagte hätten keinen privatrechtlichen Versicherungsvertrag geschlossen. Die GKV sei eine Sozialversicherung, zu der der Kläger beigetreten sei. Die Beklagte müsse dem Kläger die gesetzlichen Leistungsansprüche einschließlich der sich aus der Satzung ergebenden Leistungen gewähren. Schließlich müsse die Beklagte dem Kläger auch nicht deshalb höhere Leistungen gewähren, weil sie ihn nicht rechtzeitig auf die Möglichkeit einer privaten Zahnersatz-Zusatzversicherung hingewiesen habe. Das Urteil ist dem Kläger am Samstag, 23.06.2012, durch Niederlegung zugestellt worden.

Mit einem am 25.07.2012 beim SG eingegangenen Schreiben hat der Kläger gegen das Urteil Berufung eingelegt (Eingang beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) am 07.08.2012). Auf den Hinweis, die Berufung sei verfristet erhoben, hat der Kläger ua mitgeteilt, er habe sich frühzeitig vor dem 25.07.2012 telefonisch an die Rechtsberatungsstelle des LSG gewandt. Dort sei ihm mitgeteilt worden, dass eine (Urteils-)Zustellung am Wochenende ohnehin nicht erfolgen dürfe und somit sowohl für die Zustellung der 25.06.2012 als auch für den Ablauf der Berufungsfrist der 25.07.2012 gelte. Auf diese Auskunft der Rechtsantragsstelle des LSG Stuttgart habe er sich verlassen und müsse sich als juristischer Laie darauf verlassen können. Die Einzelgesprächsnachweise belegten Telefongespräche mit dem LSG am 25.07.2012, am 06.08.2012 und am 16.08.2012. Das entscheidende Gespräch vor dem 25.07.2012 habe er von einem Internetcafé ausgeführt.

In der Sache hat der Kläger ausgeführt, das SG habe den zugrundeliegenden Sachverhalt nicht ausreichend ermittelt und unzutreffend gewürdigt. Weder seien die massivst belastenden Pflegebelastungen nach Einführung der DRGs in der Akutmedizin berücksichtigt worden, noch habe die Beklagte mitteilen können, seit wann er freiwillig versichert gewesen sei. Er gehöre Zeit seines Lebens der Beklagten an;

zuerst über die Familienversicherung seiner Eltern, seit erstmaliger Aufnahme einer Berufstätigkeit (01.04.1964) als eigenständiger Pflichtversicherter, von ca 1985 bis 2009 als freiwillig versichertes und seither wieder als pflichtversichertes Mitglied. Ihm sei vom Zahnarzt herausnehmbarer Zahnersatz empfohlen worden, da dieser gegenüber feststehendem Zahnersatz den Vorteil habe, bei etwaiger notwendiger späterer Erweiterung diesen problemlos und weitaus kostengünstiger integrieren zu können, so dass dies langfristig die ökonomischere Variante sei. Die Ansicht des SG, es habe ihm bis zum (Wieder-) Eintritt der Versicherungspflicht freigestanden, einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen, sei daher irrig, seien doch fehlende Zähne und Vorerkrankungen dort nicht versicherbar und von jeglicher Leistung ausgeschlossen. Zahnersatz könne sehr wohl existenzgefährdende Ausmaße erreichen. Seine seinerzeitige Entscheidung für die freiwillige Weiterversicherung in der GKV sei somit unumkehrbar. Die unzähligen, rückwirkend stetig leistungsmindernden Gesetze im Bereich der GKV hätten dazu geführt, dass er für seine Beiträge keinerlei nennenswerten Leistungen mehr erhalte. Dies widerspreche diametral dem Versicherungsgedanken und dem Äquivalenzprinzip. Insofern stelle [§ 55 SGB V](#) eine echte, verfassungsrechtlich unzulässige Rückwirkung dar. Er sei der Auffassung, dass für diesen Tatbestand das geltende Recht zur Zeit seines Beitritts zur freiwilligen Krankenversicherung mit den dort festgelegten Leistungen - auch künftig - anzuwenden sei. Es widerspreche völlig dem Versicherungs- und Äquivalenzprinzip, ausgerechnet den teuren Bereich des Zahnersatzes weitgehend aus dem Leistungskatalog der GKV auszuklammern und in den Bereich der PKV (Zusatzversicherung) abzurängen, zumal dies die jeweiligen Beitragszahlungen konterkarriere. Dies habe für ihn trotz nahtloser (höchster) Beitragszahlung zur Folge, in diesem Bereich nahezu schutzlos zu sein. Der zweite Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers sei nicht grenzenlos.

Es handle es sich bei dem (anerkannten) Bemühen, dem Personenkreis der Nichtversicherten wieder Krankenversicherungsschutz zukommen zu lassen, unzweifelhaft um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die steuerfinanziert aus dem Bundeshaushalt geleistet werden müsse anstatt sie weit überwiegend der GKV aufzubürden. Widersprüchlicher könne Politik nicht betrieben werden. Da es im vorliegenden Verfahren generell um die zu gewährenden Leistungen und damit um die Kosten gehe, sei die Argumentation des SG, es komme auf die Neuregelung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) hier nicht an, nicht haltbar. Es bestehe zwischen all dem eine unauflösbare Interdependenz. Zwischen der Systematik der engen restriktiven, dem Äquivalenzprinzip entgegenstehenden Bonusregelung und der viel weiter gefassten Zugangsregelung für die Krankenversicherung der Rentner bestehe eine nicht nachvollziehbare, willkürliche Diskrepanz, welche - zumal unter extremen Ausnahmebedingungen - unter Zugrundelegung der allumfassenden rechtlichen Kommentierungen und Darlegungen sich einer sachlich nachvollziehbaren Logik und Stringenz entziehe. Mit der fehlerhaften Neuregelung des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) sei es absurderweise nun möglich, dass ein zuvor Nichtversicherter auch ohne eigene Beitragsentrichtung maximale Leistungen für Zahnersatz erhalte, er hingegen trotz der Beitragsentrichtung im Bereich der fehlenden Zähne nur noch nicht ausreichende Leistungen erhalte.

Habe das BVerfG in seiner damaligen Entscheidung keinen Anlass gesehen, die demokratische Legitimation der Bundesausschüsse und des GBA und die rechtliche Qualität der von ihnen erlassenen Richtlinien zu prüfen, so sehe er den Anlass jetzt für gegeben. Schließlich könne er auch die Auffassung des SG, es komme auf die gerügte fehlende Information nicht an, nicht teilen. Die grundlegende, gravierende Änderung im System der GKV und die für den Versicherten nicht erkennbaren befristeten Sonderregelungen hätten eine gezielte persönliche Information geboten. Eine Information über das Internet reiche nicht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihrer Bescheide vom 03.12.2010, 06.12.2010 und 16.12.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.03.2011 zu verurteilen, ihm weitere Kosten für den Zahnersatz nach den Regelungen des Jahres 1985 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend

Wegen der dienstlichen Stellungnahme der Mitarbeiterin der Rechtsantragsstelle wird auf Bl 30 der Senatsakten Bezug genommen.

In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte anerkannt, dem Kläger weitere 165,71 Euro zu zahlen. Der Kläger hat dieses Anerkenntnis als Teil-Anerkenntnis angenommen und die Berufung im Übrigen weitergeführt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung ist zwar formgerecht aber nicht fristgerecht iSd [§ 151 Abs 1 und Abs 2 SGG](#) erhoben. Dem Kläger wird jedoch Wiedereinsetzung in die Berufungsfrist gewährt. Die Berufung ist daher zwar als zulässig anzusehen; sie ist jedoch unbegründet.

Gemäß [§ 151 Abs 1 SGG](#) ist die Berufung beim LSG innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Die Berufungsfrist ist auch gewährt ([§ 151 Abs 2 Satz 1 SGG](#)), wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem SG schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird. Das Urteil des SG war dem Kläger durch Niederlegung am Samstag, 23.06.2012, zugestellt worden. Nachdem die Zustellungsperson den Kläger in seiner Wohnung ? über einen Geschäftsraum verfügt er nicht - nicht angetroffen hatte, das Schriftstück auch in der Wohnung einem erwachsenen Familienangehörigen, einer in der Familie beschäftigten Person oder einem erwachsenen ständigen Mitbewohner, nicht übergeben werden konnte und auch nicht in einen zur Wohnung gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung, die der Kläger für den Postempfang eingerichtet hat, eingelegt werden konnte, durfte das Urteil durch Niederlegung bei der Postfiliale zugestellt werden ([§ 63 Abs 1, Abs 2 SGG](#) iVm [§ 181 Abs 1 Satz 1 und 2 ZPO](#) iVm [§§ 178 Abs 1](#) und [§ 180 ZPO](#)). Dem Kläger war eine schriftliche Mitteilung über die Niederlegung auf

dem vorgesehenen Formular unter Beachtung der Formalien des [§ 181 Abs 1 Satz 3 ZPO](#) in der bei gewöhnlichen Briefen üblichen Weise ? hier: Einwurf durch den Türschlitz ? hinterlassen worden. Die Zustellungsperson hat hierüber, wie auch den Zeitpunkt der Zustellung, einen Vermerk auf dem Umschlag verfasst ([§ 181 Abs 1 Satz 5 ZPO](#); vgl Blatt 13 der Senatsakte). Diese Zustellung ist wirksam. Das Urteil gilt daher gemäß [§ 181 Abs 1 Satz 4 ZPO](#) als mit der Abgabe der schriftlichen Mitteilung, somit am 23.06.2012, als zugestellt. Da das Urteil eine zutreffende Rechtsbehelfsbelehrung enthielt ([§ 66 Abs 1 SGG](#)), begann die einmonatige Berufungsfrist daher am 24.06.2012 ([§ 64 Abs 1 SGG](#)) und endete am Montag, 23.07.2012 ([§ 64 Abs 2 SGG](#)). Die am Mittwoch, 25.07.2012, beim SG ([§ 151 Abs 2 SGG](#)) eingegangene Berufung lag daher außerhalb der einmonatigen Berufungsfrist.

Dem Kläger wird jedoch gemäß [§ 67 SGG](#) Wiedereinsetzung in den Lauf der Berufungsfrist gewährt. Wenn jemand ohne Verschulden verhindert war, eine gesetzliche Verfahrensfrist einzuhalten, so ist ihm gemäß [§ 67 Abs 1 SGG](#) auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. Dies setzt voraus, dass der Betroffene diejenige Sorgfalt angewendet hat, die einem gewissenhaften Prozessführenden nach den gesamten Umständen nach allgemeiner Verkehrsanschauung zuzumuten ist (Thüringer LSG 25.03.2011, [L 6 KR 31/11 B ER](#), juris). Die Versäumnis der Verfahrensfrist darf auch bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt nicht vermeidbar gewesen sein. Dabei haben juristisch nicht geschulte Privatpersonen ebenfalls eine Sorgfaltspflicht, müssen die Rechtsmittelbelehrung beachten und sich notfalls erkundigen. Für die Vorwerfbarkeit der Fristversäumnis kommt es auf die persönlichen Verhältnisse, insbesondere auch den Bildungsgrad an. Auch wenn im vorliegenden Fall der Rechtsmittelbelehrung des Urteils vom 12.06.2012 eindeutig zu entnehmen war, dass die Berufung innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen ist und auf der Mitteilung über die Niederlegung wie auch dem Umschlag des zugestellten Urteils vermerkt der Tag der Zustellung (?23.06.2012?) vermerkt war, der Kläger dies auch in seinem Gespräch mit der Mitarbeiterin der Rechtsantragstelle nicht mitgeteilt hatte und sich ein früheres Telefonat als vom 25.07.2012 nicht hat feststellen lassen, glaubt der Senat, dass der Kläger sich innerhalb der Berufungsfrist bei der Rechtsantragsstelle des LSG informiert hat und er im Vertrauen auf diese Auskunft die Berufung ohne Verschulden erst verfristet eingelegt hat, weshalb ihm Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt wird.

Die Berufung ist unbegründet.

Gegenstand der mit einer auf höhere Zuschüsse gerichteten Leistungsklage verbundenen Anfechtungsklage ([§ 54 Abs 1 und Abs 4 SGG](#)) sind die Bescheide der Beklagten vom 03.12.2012, mit dem diese einen Festbetragszuschuss iHv 1.029,84 Euro gewährt hat und vom 16.12.2010, mit dem die Beklagte eine weitere Zuschussgewährung abgelehnte hat, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.03.2011. Diese Festsetzung hat die Beklagte mit dem in der mündlichen Verhandlung vom Kläger angenommenen Anerkenntnis modifiziert und dem Kläger weitere 165,71 Euro zuerkannt.

Der Kläger hat keinen darüber hinausgehenden Anspruch auf einen höheren Zuschuss gemäß [§ 55 SGB V](#). Gemäß Abs 1 Satz 1 dieser Vorschrift haben Versicherte nach den Vorgaben in [§ 55 Abs 1](#) Sätze 2 bis [7 SGB V](#) 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. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach [§ 57 Abs 1 Satz 6 und Abs 2 Satz 6](#) und [7 SGB V](#) festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Diese Beträge hat die Beklagte unter Berücksichtigung des Teil-Anerkenntnisses aus der mündlichen Verhandlung nunmehr zutreffend berechnet. Denn über den bewilligten HKP hinaus ist bei Versicherten bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten vorgesehen, das für die Berechnung des Festzuschusses auf die Befundsituation abzustellen ist, die vor dem Setzen der Implantate bestanden hatte (A. 6. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach [§§ 55, 56 SGB V](#) zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie) vom 03.11.2004, BAnz 2004, 24 463). Daher war bei der Festsetzung des Festzuschusses auch noch der Zahn 44 zu berücksichtigen, weshalb dem Kläger ein um 165,71 Euro höherer Festzuschuss zugestanden hatte.

Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach [§ 55 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) um 20 vom Hundert ([§ 55 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)). Die Erhöhung entfällt gemäß [§ 55 Abs 1 Satz 4 Nr 1](#) und [2 SGB V](#), wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach [§ 22 Abs 1 SGB V](#) nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. Der Kläger hat dies nicht getan, weshalb sich sein Festzuschuss nicht erhöht. Welche Gründe für die Nichtinanspruchnahme dieser von der Beklagten bezahlten zahnärztlichen Leistungen ausschlaggebend waren, ist dabei ohne Bedeutung. Daher kommt es vorliegend auch nicht darauf an, ob der Kläger im Kampf um eine Verbesserung der Pflegesituation insgesamt sowie derjenigen seiner Eltern keine Möglichkeit hatte, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auch räumt das Gesetz der Beklagten weder eine Möglichkeit ein, über die gesetzliche Regelung hinaus Härtefallgesichtspunkte zu berücksichtigen, noch liegen die Voraussetzungen der Regelungen des [§ 55 Abs 2](#) und [3 SGB V](#) vor.

[§ 55 SGB V](#) ist nicht verfassungswidrig. Da selbst der Ausschluss zahnärztlicher Leistungen (zB implantologische Leistungen gemäß [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#)) verfassungsrechtlichen Anforderungen auch in den Fällen entspricht, in denen etwa die gesetzlich ausgeschlossene Art der Zahnersatzversorgung als einzig medizinisch sinnvolle Leistung in Betracht kommt (vgl BSG 23.05.2007, [B 1 KR 27/07 B](#), juris Rdnr 6 mwN) gilt dies erst recht für die Begrenzung der Leistungen auf befundbezogene Festzuschüsse. Der Gesetzgeber hat bei der Abgrenzung, für welche Risiken die Krankenkasse und für welche der Versicherte im Rahmen seiner Eigenverantwortung aufzukommen hat, einen weiten Gestaltungsspielraum (LSG Sachsen-Anhalt 29.01.2009, [L 10 KR 57/06](#), juris).

Auch steht dem nicht entgegen, dass der Kläger freiwilliges Mitglied der Beklagten war und entsprechend hohe Beiträge bezahlt hat. Denn aus der Art der Versicherung folgt zwar eine unterschiedliche Beitragsbemessung, jedoch grundsätzlich kein unterschiedlicher Leistungsumfang. Es ist gerade Kennzeichen der Struktur der GKV als einem Teil der Sozialversicherung, dass sich der Leistungsanspruch in der Regel nach dem Maß des - ggf vom Gesetz definierten - Notwendigen, nicht nach dem individuellen Risiko oder den eingezahlten Beiträgen richtet. Daher unterliegen alle in der GKV Versicherten, unabhängig davon, weshalb sie in der GKV versichert sind, denselben Leistungsregelungen.

Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen auch nicht im Hinblick auf das Gebot des allgemeinen Gleichheitssatzes ([Art 3 Abs 1 GG](#)),

Gleiches gleich und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln. Es ist verfassungsrechtlich nicht geboten, eine Unterscheidung anhand der Gründe für den benötigten Zahnersatz zu treffen. Ein ursachenbezogener Versicherungsschutz ist dem Schutzzweck der gesetzlichen Krankenversicherung fremd und könnte zu schwierigen Abgrenzungsfragen führen (LSG Sachsen-Anhalt aaO). Auch ist eine Besserbehandlung von freiwillig Versicherten iS einer Ungleichbehandlung gegenüber pflichtversicherten Mitgliedern nicht geboten.

Auch kann sich der Kläger nicht darauf beruhen, noch heute zu den bei Beginn seiner freiwilligen Versicherung geltenden Bedingungen Leistungen der GKV zu erhalten. Die Leistungen der GKV unterliegen, wie auch schon in der Zeit bis zum Beitritt des Klägers zur freiwilligen Krankenversicherung bei der Beklagten erkennbar war, einem ständigen, vom Gesetzgeber gestalteten Wandel, sodass der Kläger kein schutzwürdiges Vertrauen auf den dauerhaften Fortbestand des damaligen Leistungskatalogs aufbauen konnte.

Auch die Mitwirkung des GBA bei der Festlegung der Festzuschüsse (vgl. [§ 56 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) hält der Senat aus den vom SG genannten Gründen und im Einklang mit der ständigen Rechtsprechung des BSG (seit BSG 16.09.1997, [1 RK 28/95](#), [BSGE 81, 54-73](#) = [SozR 3-2500 § 135 Nr 4](#) = juris und BSG 16.09.1997, [1 RK 32/95](#), [BSGE 81, 73-85](#) = [SozR 3-2500 § 92 Nr 7](#) (= juris) für verfassungsgemäß.

Der Kläger hat damit weder einen Anspruch auf höhere Zuschussleistungen, noch war das Verfahren gemäß [Art 100 GG](#) auszusetzen und dem Bundesverfassungsgericht zur Prüfung der Verfassungswidrigkeit des [§ 55 SGB V](#) bzw der Zusammensetzung des GBA vorzulegen.

Da es vorliegend nicht auf die Frage der Verfassungsmäßigkeit des [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#) ankommt, kann der Kläger dies nicht mit Erfolg geltend machen. Für eine abstrakte Prüfung der Verfassungsmäßigkeit von Rechtsvorschriften hält das SGG kein Verfahren bereit. Insbesondere dient das Gerichtsverfahren nicht der abstrakten Überprüfung gesetzlicher Normen. Voraussetzung eines zulässigen Klageverfahrens nach dem SGG ist, dass eine konkrete Rechtsverletzung beim jeweiligen Kläger durch eine Maßnahme des Klagegegners nicht offensichtlich ausgeschlossen sein darf (Klagebefugnis). Insoweit ist eine Klage gegen Gesetze allgemein, mangels verwaltungsrechtlicher Beschwer nicht zulässig. Auch lediglich vom Kläger angenommene Zusammenhänge zwischen der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs 1 Nr 13 SGB V](#), der er selbst nicht unterliegt, und der Höhe der ihm zustehenden Festzuschüsse genügen nicht um die Möglichkeit einer Rechtsverletzung beim Klägers, mithin seine Klagebefugnis, zu begründen; die Klage wäre insoweit schon unzulässig.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei hat der Senat im Rahmen seines Ermessens berücksichtigt, dass die Klage in beiden Instanzen im Wesentlichen ohne Erfolg geblieben ist. Der geringe Teilerfolg der Klage rechtfertigt auch keine teilweise Kostenerstattung, da der Kläger mit seinem Begehren, einen Zuschuss nach den im Jahre 1985 geltenden Regeln zu erhalten, unterlegen ist.

Die Revision wird nicht zugelassen, da Gründe für die Zulassung nicht vorliegen ([§ 160 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-12-15