L 5 KR 2688/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 234/13
Datum
21.05.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 2688/13
Datum
27.08.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.05.2013 abgeändert und die Beklagte gemäß ihrem Teilanerkenntnis vom 05.02.2014 verurteilt, an den Kläger 155,03 EUR zu zahlen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit stehen Kosten für Zahnersatz.

Der 1958 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er ist im Besitz eines Allergiepasses, wonach eine Allergie gegen Kobaltchlorid besteht.

Bereits in der Vergangenheit machte er gegenüber der Beklagten die Kostenübernahme für Edelmetallkronen geltend. Der Heil- und Kostenplan vom 25.02.2010 betraf eine Einzelkrone für den Zahn 37 mit einer Edelmetalllegierung. Die Beklagte bewilligte den doppelten Festkostenzuschuss (Bescheid vom 05.03.2010). Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Auch die Mehrkosten in Höhe von 152,50 EUR seien zu erstatten. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 01.06.2011 zurück. Im Klageverfahren (S 2 KR 2832/11) beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) führte Dr. S. im zahnärztlichen Gutachten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 26.01.2012 aus, festsitzender Zahnersatz habe vorliegend durch palladiumhaltige Legierungen geleistet werden können. Diese Legierungen seien medizinisch unbedenklich. Eine Regelversorgung hätte mit diesem wirtschaftlichen Material geleistet werden können. Mit Urteil vom 07.08.2012 wies das SG die Klage ab. Die hiergegen eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde wies der Senat mit Beschluss vom 17.12.2012 zurück (L 5 KR 4857/12 NZB).

Weitere Heil- und Kostenpläne wurden am 17.10.2011 (Zahn 36), 19.01.2012 (Zähne 16 und 17), 02.05.2012 (Zähne 46 und 47) und 21.08.2012 (Zähne 26 und 27) ausgestellt und betreffen ebenfalls die Versorgung mit Kronen aus Edelmetall. Die Beklagte bewilligte jeweils den doppelten Festkostenzuschuss, am 10.11.2011 für Zahn 36 in Höhe von 245,96 EUR, am 20.02.2012 für die Zähne 16 und 17 in Höhe von 501,60 EUR, am 14.05.2012 für die Zähne 46 und 47 in Höhe von 501,60 EUR sowie am 04.09.2012 für die Zähne 26 und 27 in Höhe von 501,60 EUR. Der Zahnarzt stellte dem Kläger Mehrkosten von insgesamt 1.541,85 EUR in Rechnung.

Am 25.09.2012 legte der Kläger Widerspruch "gegen den Heil- und Kostenplan vom 28.08.2012" ein. Er sei nach wie vor der Meinung, dass die gesamten Kosten der Behandlungen von der Krankenkasse getragen werden müssten. Seine Forderung beziehe sich auf die gesamten durchgeführten Behandlungen von Anfang an.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ein An-spruch auf einen die doppelten Festzuschüsse in Höhe von insgesamt 1.595,73 EUR übersteigenden Betrag für die zahnprothetischen Behandlungen gemäß der Heil- und Kostenpläne vom 17.10.2011, 19.01.2012 und 02.05.2012 und 21.08.2012 bestünde nicht. Gemäß der gesetzlichen Bestimmungen und unter Berücksichtigung der Härtefallregelung habe die Beklagte jeweils den doppelten Festzuschuss geleistet. Ein Anspruch auf Übernahme des verbleibenden Eigenanteils bestünde nicht. Die Festzuschüsse beinhalteten auch die Kosten für die richtlinienkonformen Nichtedelmetall-Legierungen. Gesonderte Festzuschüsse für andere Materialien bei Grunderkrankungen oder Allergien seien nicht gebildet worden. Die dadurch entstehenden Mehrkosten müsse der Versicherte selbst tragen.

Am 15.01.2013 hat der Kläger beim SG Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen, in den Jahren 2002 und 2003 seien ihm vier Kronen eingegliedert worden, die zu 65 % aus Kobalt bestanden hätten. In der Folgezeit habe er unter ständigen Entzündungen der Schleimhaut im Mund und migräneartigen Kopfschmerzen gelitten. Es habe sich dann eine Allergie gegen Kobaltchlorid herausgestellt. Drei verschiedene Zahnärzte hätten ihm zu einer Versorgung mit Goldkronen geraten. Die Beklagte habe Kronen aus einer Titanlegierung empfohlen. Bei diesem Material bestünde jedoch die Gefahr, dass sich die neuen Kronen mit den alten Kronen nicht vertragen. Er habe sich deshalb für Gold entschieden. Die Mehrkosten von insgesamt 1.541,85 EUR müsse die Beklagte tragen.

Mit Urteil vom 21.05.2013 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, streitgegenständlich seien allein die Mehrkosten für den Zahnersatz an den Zähnen 26 und 27. Die Erstattung von Kosten für frühere Behandlungsmaßnahmen könne er nicht geltend machen. Der Widerspruch vom 25.09.2012 habe sich gegen die Bewilligung vom 04.09.2012 gerichtet. Hiermit übereinstimmend habe die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 12.12.2012 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 04.09.2012 zurückgewiesen. Im Klageverfahren könne er daher nur Mehrkosten in Höhe von 384,87 EUR geltend machen. Das SG folge der Auffassung der Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 12.12.2012 und sehe von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Am 01.07.2013 hat der Kläger gegen das ihm am 28.05.2013 zugestellte Urteil beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, die von der Beklagten vorgeschlagenen alternativen Legierungen seien zu spät gekommen. Er sei zu diesem Zeitpunkt schon mit Goldkronen versorgt gewesen. Zudem könnten auch die Alternativlegierungen Aller-gien auslösen. Bis Ende 2011 habe er keinen Hinweis von der Beklagten erhalten, der ihm weitergeholfen hätte. Jedenfalls müsse die Beklagte die Kosten für die von ihr vorgeschlagene Palladiumlegierung tragen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.05.2013 und den Bescheid der Beklagten vom 05.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.06.2011 und die Bescheide der Beklagten vom 10.11.2011, 20.02.2012, 14.05.2012 und 04.09.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger weitere Kosten für den aufgrund der Heil- und Kostenpläne vom 25.02.2010, 17.10.2011, 19.01.2012, 02.05.2012 und 21.08.2012 eingegliederten Zahnersatz in Höhe von insgesamt 1.541,85 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat zur Begründung auf die Entscheidungsgründe im Urteil des SG und ihre bisherigen Ausführungen verwiesen. Im Gutachten des Zahnarztes Dr. S. im Auftrag des MDK vom 26.01.2012 seien dem Kläger geeignete Legierungen aufgezeigt worden. Der MDK habe festgestellt, dass im Fall des Klägers eine Palladiumlegierung die geeignete und wirtschaftliche Versorgungsform sei. Die Auswahl des Materials zur Fertigung von Zahnkronen obliege dem behandelnden Zahnarzt. Der Versicherte habe im Härtefall Anspruch auf den doppelten Festzuschuss, wobei der Anteil für Nichtedelmetalle eingerechnet sei. Auf die jeweilige Privatvereinbarung zwischen Patient und Behandler habe die Beklagte keinen Einfluss.

Am 29.01.2014 hat ein Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage stattgefunden. Auf den Hinweis des LSG, dass die Berufung nicht fristgerecht eingelegt worden ist, hat der Kläger vor-getragen, dem Urteil des SG sei keine "Belehrungsseite" beigefügt gewesen. Auf Anforderung legte der Kläger die ihm übersandte Ausfertigung des Urteils vor. Dem Schriftstück fehlt die Seite mit der Rechtsmittelbelehrung.

Im Anschluss an den Erörterungstermin anerkannte die Beklagte mit Schreiben vom 05.02.2014 den eingeklagten Kostenerstattungsanspruch in Höhe der Differenzbeträge zwischen den bewilligten, auf den Heil- und Kostenplänen ausgewiesenen Festzuschüssen und den vom Zahnarzt in seinen Rechnungen zum Ansatz gebrachten Festzuschüssen in Höhe von insgesamt 155,03 EUR. Der Kläger hat das Teilanerkenntnis nicht zur (teilweisen) Erledigung des Rechtsstreits angenommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Mit Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die Berufung des Klägers ist auch ohne Zulassung statthaft. Der Kläger begehrt ausweislich seines Antrags die Zahlung eines über 750 EUR hinausgehenden Betrags (vgl. § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG).

Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig. Sie wurde insbesondere fristgerecht eingelegt. Die Berufung ist zwar grundsätzlich gemäß § 151 Abs. 1 SGG innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils einzulegen. Diese Frist hat der Kläger nicht eingehalten, da sein Berufungsschriftsatz vom 27.06.2013 erst am 01.07.2013 und damit nach Ablauf der Berufungsfrist, die am 28.06.2013 endete, beim LSG eingegangen ist. Allerdings hat der Kläger hinreichend glaubhaft gemacht, dass seine Ausfertigung des Urteils keine Rechtsmittelbelehrung enthalten hat. Dem Kläger ist daher gemäß § 67 SGG Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, da er unverschuldet verhindert war, die Berufungsfrist einzuhalten, und die Tatsachen zur Begründung seines sinngemäß gestellten Antrags auf Wiedereinsetzung glaubhaft gemacht hat.

Die Berufung ist aber nur im Umfang des Teilanerkenntnisses begründet. Da der Kläger das Teilanerkenntnis nicht zur teilweisen Erledigung

des Rechtsstreits angenommen hat, war die Beklagte entsprechend zu verurteilen.

Streitgegenständlich ist nicht nur der Bescheid der Beklagten vom 04.09.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2012. Gegenstand des Rechtsstreits sind auch der Bescheid der Beklagten vom 05.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.06.2011 und die Bescheide der Beklagten vom 10.11.2011, 20.02.2012 und 14.05.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2012. Denn das Begehren des Klägers ist darauf gerichtet, dass die Beklagte vollumfänglich die ihm entstandenen Kosten für den aufgrund der Heil- und Kostenpläne vom 25.02.2010, 17.10.2011, 19.01.2012, 02.05.2012 und 21.08.2012 eingegliederten Zahnersatz in Höhe von 1.541,85 EUR erstattet. In den jeweiligen Bewilligungen des doppelten Festzuschusses ist zugleich die konkludente Ablehnung der Übernahme von Mehrkosten enthalten.

Soweit sich der Kläger allerdings gegen den Bescheid 05.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.06.2011 wendet und die Übernahme weiterer Kosten für den Zahnersatz am Zahn 37 begehrt, ist sein Klagebegehren wegen entgegenstehender Rechtskraft unzulässig. Über die Rechtmäßigkeit dieses Bescheids ist bereits durch Urteil des SG vom 07.08.2012 (S 2 KR 2832/11) entschieden worden. Mit Zurückweisung der hiergegen eingelegten Nichtzulassungsbeschwerde (L 5 KR 4857/12 NZB) ist dieses Urteil in Rechtskraft erwachsen. Eine neue Klage über denselben Streitgegenstand ist nicht zulässig.

Im Übrigen ist das Klagebegehren zulässig. Das vor Erhebung der Anfechtungsklage erforderliche Vorverfahren (§ 78 SGG) wurde nicht nur in Bezug auf den Bescheid vom 04.09.2012, sondern auch hinsichtlich der Bescheide vom 10.11.2011, 20.02.2012, 14.05.2012 durchgeführt. Der Widerspruchsbescheid vom 12.12.2012 benennt zwar im Vorspann lediglich den Bescheid vom 04.09.2012, nimmt aber in seinem Tenor ausdrücklich auf die Heil- und Kostenpläne vom 17.10.2011, 19.01.2012, 02.05.2012 und 21.08.2012 Bezug und verfügt, dass ein Anspruch auf einen die doppelten Festzuschüsse in Höhe von insgesamt 1.595,73 EUR übersteigenden Betrag nicht bestünde. Damit hat der Widerspruchsausschuss der Beklagten in der Sache über den - mangels Rechtsbehelfsbelehrungen fristgemäßen - Widerspruch des Klägers vom 25.09.2012 entschieden, der sich ausdrücklich auf "die gesamten durchgeführten Behandlungen von Anfang an" bezog und damit auch die Bescheide vom 10.11.2011, 20.02.2012 und 14.05.2012 betraf.

Der Kläger hat jedoch keinen Anspruch auf einen die doppelten Festzuschüsse übersteigenden Betrag. Die Bescheide der Beklagten vom 10.11.2011, 20.02.2012, 14.05.2012 und 04.09.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2012 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei umfasst die Krankenbehandlung nach Satz 2 Nr. 2 und Nr. 2a dieser Vorschrift u.a. die zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Die zahnärztliche Behandlung beinhaltet nach § 28 Abs. 2 SGB V die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Für Zahnersatzleistungen enthalten die §§ 55, 56 SGB V spezielle Regelungen.

Nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V (in der Fassung des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004, BGBl. I 3445) 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.

Die Festzuschüsse umfassen grundsätzlich 50 v.H. der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 Satz 3 SGB V um 20 v.H. und nach § 55 Abs. 1 Satz 5 SGB V um weitere 10 v.H., wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung Untersuchungen ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des § 55 Abs. 2 SGB V. Nach § 55 Abs. 2 SGB V haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Abs. 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag jeweils in gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Abs. 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt u.a. vor, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch nicht überschreiten (§ 55 Abs. 2 S. 2 ff. SGB V). Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen (§ 55 Abs. 4 SGB V).

Regelversorgungen werden nach § 56 Abs. 1 SGB V (in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007, BGBl. I 378) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien bestimmt. Hierzu erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses zunächst die Bestimmung der Befunde (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB V), denen jeweils eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet wird (§ 56 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Regelversorgung 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 (§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Auf Grund dieser Vorschrift hat der GBA die Richtlinien zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach den §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschussrichtlinien, in Kraft getreten am 01.01.2005), erlassen. Darin wird unter A.5. nochmals ausgeführt, dass die Versicherten, die nach § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden und einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz nach § 55 Abs. 4 oder Abs. 5 SGB V wählen, nur Anspruch auf den doppelten Festzuschuss haben.

Unter Anwendung dieser Rechtsvorschriften hat der Kläger keinen Anspruch auf die Übernahme weiterer Kosten, da er eine über die

Regelversorgung hinausgehende Versorgung gewählt hat. Die Beklagte hat vorliegend einen Härtefall anerkannt und bereits jeweils den doppelten Festzuschuss nach der Festzuschussrichtlinie (in den Fassungen vom 03.12.2010 bzw. 24.11.2011) bewilligt. Grundlage der gewährten Festzuschüsse ist jeweils der zahnmedizinische Befund, hier "erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn" nach Ziff. 1.1 der Festzuschussrichtlinie. Die konkrete Auswahl des Materials obliegt dem Zahnarzt. Dieser hat gemäß der Zahnersatz-Richtlinie des GBA (Ziff. 14) bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff einen als verträglich ermittelten Werkstoff zu verwenden; er soll bei der Auswahl der Dentallegierungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung beachten, dass Nichtedelmetall und Nichtedelmetall-Legierungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein können. Die Regelversorgung wäre vorliegend mit Vollkronen aus Nichtedelmetall, z.B. Palladiumlegierung, zu leisten gewesen (vgl. S. 4 des Gutachtens von Dr. S. im Auftrag des MDK vom 26.01.2012). Statt dieser Nichtedelmetallkronen hat der Kläger Kronen aus Gold gewählt.

Anderes ergibt sich auch nicht dann, wenn Goldkronen (möglicherweise) wegen der Allergie des Klägers indiziert gewesen wären. Die Festzuschüsse zu den Befunden werden auf Basis der befundbezogenen, im Einzelfall tatsächlich eingliederungsfähigen Regelversorgungen ermittelt (A.2. der Festzuschussrichtlinie). Die Wahl des Festzuschusses orientiert sich mithin am zahnmedizinischen Befund. Der gleiche zahnmedizinische Befund hat demnach den gleichen Festzuschuss – sei es auch als erhöhter oder doppelter Festzuschuss – zur Folge. Dabei sind allein zahnmedizinische Befunde maßgeblich. Andere medizinische Befunde, ob allgemeinmedizinisch oder in einer bestimmten (nicht zahn-)medizinischen Fachrichtung begründet, finden in der Festzuschussrichtlinie keine Berücksichtigung. Auch die beim Kläger vorliegende Allergie gegen Kobaltchlorid wird nicht berücksichtigt. Dies ist indes nicht zu beanstanden. Schon nach der Rechtsprechung des BSG zu § 30 SGB V a.F., der wie die heutigen §§ 55, 56 SGB V die Kassenleistung an den Gegenstand (Zahnersatz) und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs knüpfte, ergab sich auf Grund einer Unverträglichkeit prothetischen Materials keine erhöhte Leistungspflicht der Krankenkasse (BSG Urt. v. 29.06.1994 - 1 RK 40/93, SozR 3-2500 § 30 Nr. 3: Goldallergie; BSG Urt. v. 08.03.1995 - 1 RK 7/94, SozR 3-2500 § 30 Nr. 5: Amalgamallergie). An dieser Rechtsprechung ist auch nach der Neufassung der §§ 55, 56 SGB V festzuhalten (so schon LSG Sachsen-Anhalt Urt. v. 29.01.2009 - L 10 KR 57/06, juris, unter Verweis auf Höfler in Kasseler Komm. SGB V § 55 Rn. 10). Weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus der Gesetzessystematik ergibt sich, dass die Höhe des Zuschusses (auch) von anderen (nicht zahnmedizinischen) Ursachen des Behandlungsbedarfs (hier: Allergie) abhängig sein soll. § 55 SGB V enthält auch keine Regelung zur Anerkennung medizinischer Härtefälle, bei denen im Fall bestimmter Indikationen die gesamten Kosten zu übernehmen wären. Der Regelungssystematik der §§ 2, 27 Abs. 1 Nr. 2 und 2a, 28 Abs. 2 i.V.m §§ 55, 56 SGB V ist vielmehr zu entnehmen, dass das Versicherungsrisiko von Zahnersatzleistungen generell nur zu einem Teil der Krankenkasse zugewiesen und im Übrigen der Eigenverantwortung des Versicherten zugerechnet wird.

Eine über den doppelten Festzuschuss hinausgehende Kostenübernahme für die hier streitige Versorgung mit Zahnersatz ist auch aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht geboten. Das SGB V regelt einen Katalog von Leistungen einschließlich der damit verbundenen Leistungsausschlüsse. Es entspricht ständiger Rechtsprechung des BSG, dass dieser beschränkte Leistungskatalog verfassungsrechtlichen Anforderungen entspricht (BSG Urt. v. 29.06.1994 - RK 40/93, SozR 3-2500 § 30 Nr. 3; BSG Urt. v. 23.05.2007 - B 1 KR 27/07 B, juris; zuletzt BSG Urt. v. 07.05.2013 - B 1 KR 5/12 R, juris). Welche Behandlungsmaßnahmen in den GKV-Leistungskatalog einbezogen und welche davon ausgenommen und damit der Eigenverantwortung des Versicherten (vgl. § 2 Abs. 1 S 1 SGB V) zugeordnet werden, unterliegt aus verfassungsrechtlicher Sicht einem weiten gesetzgeberischen Ermessen (BSG Urt. v. 29.06.1994 - RK 40/93, SozR 3-2500 § 30 Nr. 3; zuletzt: BSG Urt. v. 07.05.2013 - B 1 KR 5/12 R, juris). Mit dem BVerfG (vgl. BVerfG Beschl. v. 06.12.2005 - 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25, 45) und dem BSG (a.a.O.) geht der erkennende Senat deshalb davon aus, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist, dass die GKV den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB V); nur das, was in diesen Leistungskatalog fällt, hat die GKV ihren Versicherten zu leisten.

Eine höhere Kostenübernahme kann auch nicht unter Rückgriff auf die Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25; gesetzlich verankert in § 2 Abs. 1 a SGB V) beansprucht werden, weil eine dem vom BVerfG geforderten Schweregrad entsprechende lebensbedrohliche oder tödlich verlaufende Erkrankung hier nicht vorliegt (vgl. zur Versorgung mit Implantaten LSG Baden-Württemberg Urt. v. 14.12.2011 - L 5 KR 4862/09, juris). Auch nach der vom BSG zwischenzeitlich ergangenen Rechtsprechung zur Präzisierung, wann Krankheiten den vom BVerfG geforderten Schweregrad erfüllen bzw. ihm gleichstehen (BSG Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 7/05 R, SozR 4-2500 § 31 Nr. 4 - Tomudex; BSG Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/05 R, SozR. 4-2500 § 27 Nr 8 - interstitielle Brachytherapie, BSG Urt. v. 04.04.2006 - B 1 KR 12/04 R, SozR 4-2500 § 27 Nr 7- D-Ribose; BSG Urt. v.14.12.2006 - B 1 KR 12/06 R, juris - Idebenone) kann von einer vergleichbaren Schwere der Erkrankung im konkreten Fall keinesfalls ausgegangen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Eine Quote war aufgrund des geringen Obsiegens des Klägers nicht zu bilden.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-08-31