

Aktenzeichen: 5 AZR 220/86

Bundesarbeitsgericht 5. Senat

Urteil vom 2. September 1987

- 5 AZR 220/86 -

I. Arbeitsgericht

Bonn

Urteil vom 2. Oktober 1985

- 4 Ca 1674/85 -

II. Landesarbeitsgericht

Köln

Urteil vom 17. Februar 1986

- 6 Sa 1227/85 -

Für die Amtliche Sammlung: Nein

Für die Fachpresse: Nein

Für das Bundesarchiv: Nein

Entscheidungsstichwort:

Auslegung von Richtlinien einer Unterstützungskasse

Gesetz:

BetrVG 1972 § 77; RVO a. F. § 182 Abs. 1 Nr. 1 d, § 182 c;
RVO n. F. § 182 Abs. 1 Nr. 1 d, § 182 Abs. 1 Nr. 1 g, § 182 c
Abs. 1

Leitsätze:

K e i n e



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

5 AZR 220/86

6 Sa 1227/85 Köln

Verkündet am
2. September 1987

Clobes,

Reg.-Hauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes!

Urteil

In Sachen

Frau A.

gegen

den

Arbeitgeber

und

den

Arbeitgeber

und Revisionen

gegen die

RP

hat der Fünfte Senat des Bundesarbeitsgerichts aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 2. September 1987 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Thomas, die Richter Dr. Gehring und Dr. Olderog sowie die ehrenamtlichen Richter Halberstadt und Fischer für Recht erkannt:

1. Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

des Landesarbeitsgerichts Köln vom 17. Februar 1986 - 6 Sa 1227/85 - aufgehoben, soweit es die Berufung wegen eines Betrages von 336,89 DM zurückgewiesen und über die Kosten entschieden hat.

2. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Arbeitsgerichts Bonn vom 2. Oktober 1985 - 4 Ca 1574/85 - abgeändert, soweit es die Klage in Höhe von 336,89 DM abgewiesen und über die Kosten entschieden hat.
3. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 336,89 DM netto zu zahlen.
4. Von den Kosten des Rechtsstreits haben die Klägerin 3/10 und die Beklagte 7/10 zu tragen.

V o n R e c h t s w e g e n !

T a t b e s t a n d :

Die Parteien streiten über die Höhe des Zuschusses, den die Beklagte gemäß ihren Richtlinien zu den Zahnersatzkosten der Klägerin zahlen muß.

Die Klägerin ist seit dem 28. August 1968 Arbeitnehmerin der G -Werke GmbH, dem Trägerunternehmen der Beklagten. Die Beklagte gewährt nach ihren Richtlinien u. a. Zuschüsse zur Wiederherstellung der Gesundheit. Diese Richtlinien sind Bestandteil einer auch die Altersversorgung regelnden Betriebsvereinbarung. In Nr. II zu b der Richtlinien in der Fassung vom 3. Dezember 1979 heißt es:



Die Unterstützungskasse beteiligt sich an den Kosten zum Zahnersatz unter der Voraussetzung, daß der Krankenversicherungsträger den Kostenanschlag genehmigt hat. Berechnungsgrundlage für die Unterstützungskasse ist der Betrag aus der Zahnarztrechnung, den die Krankenkasse als für sich verbindlich anerkannt hat. Hiervon gilt der von der Krankenkasse festgesetzte Prozentsatz, mindestens jedoch 80 %, als Kassenanteil. Von dem Differenzbetrag zwischen dem Kassenanteil und dem von der Krankenkasse als für sich verbindlich anerkannten Betrag aus der Zahnarztrechnung trägt der Betriebsangehörige in jedem Fall DM 125,00 vorab selbst. Von dem verbleibenden Rest dieses Differenzbetrages übernimmt die Unterstützungskasse 75 %. Der von der Krankenkasse genehmigte Kostenanschlag und die Endabrechnung des Zahnarztes sind mit dem Antrag an die Unterstützungskasse zur Einsichtnahme vorzulegen. Voraussetzung für eine kostenmäßige Beteiligung der Unterstützungskasse an der Zahnersatzrechnung ist eine zweijährige ununterbrochene Betriebszugehörigkeit des Antragstellers.

Nach der damals gültigen Fassung des § 182 Abs. 1 Nr. 1 d RVO war die Kasse zur Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen verpflichtet. § 182 c RVO a. F. begrenzte den Zuschuß - von Härtefällen abgesehen - auf höchstens 80 % der Kosten, ohne dabei zwischen den Kosten für zahntechnische Leistungen und denen für zahnärztliche Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz zu unterscheiden. Durch Art. 1 Nr. 2 b, c Nr. 5 des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578) wurden diese Vorschriften geändert. Nunmehr gilt folgende Unterscheidung: Nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 d RVO n. F. tragen die Krankenkassen die Kosten der zahnärztlichen Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in voller Höhe; dagegen begrenzt § 182 Abs. 1 Nr. 1 g, § 182 c Abs. 1 RVO n. F. den Zuschuß der Krankenkassen zu den Kosten für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen (außer bei Härtefällen) auf höchstens 60 %.



Im Juni 1985 beantragte die Klägerin einen Zuschuß zu den Zahnersatzkosten aus einer Zahnarztrechnung, die sich wie folgt zusammensetzt:

Arzthonorar:	2.246,12 DM
Material- und Laborkosten:	3.153,13 DM

	5.399,25 DM
abzüglich Krankenkassenanteile	4.137,99 DM

Eigenanteil der Klägerin	1.261,26 DM.

Die Beklagte gewährte einen Zuschuß in Höhe von 379,25 DM. Bei dessen Berechnung ließ sie die Zahnarztkosten außer Ansatz und setzte von den Materialkosten 80 % als fiktiven Kassenanteil (2.522,50 DM) sowie den Betrag von 125,-- DM als Eigenanteil der Klägerin ab. Von dem verbleibenden Betrag zog sie weitere 25 % ab. Das Ergebnis rundete sie geringfügig auf.

Die Klägerin hält diese Berechnungsweise für nicht gerechtfertigt. Sie verlangte mit ihrer Klage weitere 472,95 DM. Der Zuschuß betrage 852,26 DM, nämlich 75 % des um die Selbstbeteiligung von 125,-- DM gekürzten Eigenanteils von 1.261,26 DM. Mindestens stünden ihr noch 336,92 DM zu, die sich wie folgt errechneten:

Gesamtrechnungsbetrag	5.399,25 DM
abzüglich 80 % Kassenanteil (4.319,40 DM) =	1.079,85 DM
abzüglich Vorab- Eigenanteil	125,-- DM

	954,85 DM,



-5-

davon 75 %	=	716,14 DM,
abzüglich erhaltener		379,22 DM

noch zu zahlen		336,92 DM.

Nach Nr. II zu b der Richtlinien sei von den Gesamtkosten auszugehen. Für eine Unterscheidung zwischen Material- und Behandlungskosten gebe es in den Richtlinien keine Anhaltspunkte. Die gesetzliche Änderung der Erstattungssätze wirke sich auf die unverändert gebliebenen Richtlinien nicht aus.

Die Klägerin hat zuletzt beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie
DM 472,95 netto zu zahlen;

hilfsweise

die Beklagte zu verurteilen, an sie
DM 336,92 netto zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen. Sie hält ihre Berechnung für richtig und hat dazu vorgetragen: Betriebsrat und Arbeitgeber seien bei der Neufassung der Richtlinien vom 3. Dezember 1979 davon ausgegangen, daß die Krankenkassen 80 % der Gesamtkosten (Behandlungs-, Labor- und Materialkosten) erstatteten. Die spätere Änderung der RVO sei nicht voraussehbar gewesen. Sinn und Zweck der Richtlinien sei es, dem Mitarbeiter einen Zuschuß zu den Kosten zu gewähren, die nicht von der Krankenkasse übernommen würden, sondern die er selbst zu tragen habe. Dies ergebe sich auch aus den Richtlinien für Beihilfen bei wirtschaftlichem Notstand und zur Sozialförderung verdienter Mitarbeiter, wonach Leistungen nicht in Frage kämen, wenn die



Kosten von anderer Stelle übernommen würden. Wenn man das von der Krankenkasse voll erstattete Zahnarzthonorar in die Berechnung einbeziehe, komme es entgegen dem Zweck der Richtlinien zu einer Zuschußzahlung für Kosten, die von der Krankenkasse bereits voll erstattet worden seien.

Das Arbeitsgericht hat die Klage abgewiesen. Das Landesarbeitsgericht hat die Berufung zurückgewiesen. Dagegen richtet sich die Revision, mit der die Klägerin ihr Klageziel allerdings nur noch in Höhe von 336,92 DM weiterverfolgt.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die Revision ist begründet. Der Klägerin steht der verlangte weitere Betrag von 336,89 DM zu.

I.1. Nach Nr. II zu b Satz 1 der Richtlinien ist erste Voraussetzung für einen Zuschuß, daß der Krankenversicherungsträger den Kostenanschlag genehmigt hat. Ausdrückliche Feststellungen zu diesem Punkt hat das Landesarbeitsgericht nicht getroffen. Die Beklagte hat der Klägerin jedoch bereits einen Zuschuß gewährt. Daraus und aus dem Umstand, daß sich die Beklagte nicht auf das Fehlen der Genehmigung berufen hat, ist zu schließen, daß diese vorliegt. Weiter ist anzunehmen, daß die Krankenkasse den Gesamtbetrag von 5.399,25 DM als verbindlich anerkannt hat (Nr. II zu b Satz 2 der Richtlinien). Davon ist auch das Landesarbeitsgericht ausgegangen.

2. Das Landesarbeitsgericht hat den Klageanspruch verneint und



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



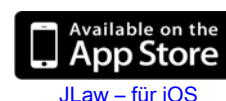
dazu ausgeführt: Nachdem die Krankenkasse die Behandlungskosten des Zahnarztes in voller Höhe übernommen habe, komme eine Erstattung durch die Beklagte insoweit nicht mehr in Betracht. Wenn in den Richtlinien ein Mindestkassenanteil von 80 % festgesetzt werde, so komme darin zum Ausdruck, daß nur solche Kosten, die die Kassen nicht bereits vollständig übernommen hätten, anteilig erstattungsfähig sein sollten. Die spätere vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch die Kassen müsse daher zu einer entsprechenden Kürzung der Zuschüsse führen. Andererseits bleibe eine Veränderung des Kassenanteils bei den Materialkosten ohne Einfluß auf den Zuschuß, weil insofern ein fiktiver Kostenanteil von 80 % festgeschrieben sei. Erstattungsfähig blieben daher nur die Materialkosten in Höhe von 3.153,12 DM, von denen ein fiktiver Kostenanteil vom 80 %, d. h. 2.522,50 DM, sowie der Eigenanteil der Klägerin in Höhe von 125,-- DM abgesetzt werden müßten. Von dem verbleibenden Betrag schulde die Beklagte 75 % als Zuschuß. Diese Summe habe sie bereits gezahlt. Dieser Begründung kann nicht gefolgt werden.

II. Die Auslegung der - als Teil einer Betriebsvereinbarung aufgestellten - Richtlinien (zur Auslegung von Betriebsvereinbarungen vgl. nur BAGE 27, 187, 191 f. = AP Nr. 1 zu § 77 BetrVG 1972 Auslegung, zu 1 der Gründe) ergibt, daß Bezugsgröße für die Leistungen der Beklagten der Gesamtbetrag der Zahnarztrechnung und nicht nur der Betrag der Materialkosten ist.

1. Nach dem Wortlaut von Nr. II zu b Satz 2 der Richtlinien ist Berechnungsgrundlage für die Unterstützungskasse "der Betrag



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



aus der Zahnarztrechnung", also der Gesamtbetrag der Kosten. Dies ergibt sich auch aus Satz 1, wonach sich die Unterstützungskasse an den "Kosten zum Zahnersatz" beteiligt, sowie den Sätzen 4, 6 und 7, wo von dem "Betrag aus der Zahnarztrechnung", der "Endabrechnung des Zahnarztes" und wiederum von der "Zahnarztrechnung" die Rede ist. Dieser Gesamtbetrag umfaßt - ebenso wie vor dem Inkrafttreten der neu gefaßten §§ 182 Abs. 1 Nr. 1 d, g, 182 c Abs. 1 RVO - die Kosten der zahnärztlichen Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen wie auch die Kosten für zahntechnische Leistungen. Die Richtlinien sehen eine Aufteilung in Behandlungs- und Materialkosten nicht vor; ihr Wortlaut spricht für die vorgenommene Berechnung der Klägerin (soweit in der Revisionsinstanz noch aufrecht erhalten).

2. Sinn und Zweck der Nr. II der Richtlinien führen nicht zu einem anderen Ergebnis. Es trifft allerdings zu, daß es in den Richtlinien um die Deckung von nicht bereits von der Krankenkasse erstatteten Kosten geht. Das ergibt sich nicht nur mittelbar aus Nr. II zu a und zu c, welche Leistungen der Unterstützungskasse nur für den Fall vorsehen, daß die Kosten nicht von anderer Seite übernommen werden, sondern folgt auch aus Nr. II zu b selbst. Nach deren Satz 3 gilt der von der Krankenkasse festgesetzte Prozentsatz, mindestens jedoch der Satz von 80 % als Kassenanteil. Gemäß Satz 4 und 5 beläuft sich der von der Beklagten zu übernehmende Betrag auf 75 % des um 125,-- DM geminderten Differenzbetrages zwischen Kassenanteil und Betrag der Zahnarztrechnung. Sinn und Zweck der Richtlinien zu b bestehen darin, dem Arbeitnehmer einen Teil der Kosten abzunehmen, die von der Kran-



kenkasse nicht erstattet werden. Dieser soll durch die Zahnbehandlung keinen Vorteil haben, er soll daran nicht "verdienen". Damit ist jedoch noch nicht bestimmt, daß die Frage des Vorteils für jeden Rechnungsposten der Zahnarztrechnung gesondert geprüft werden muß. Sinn und Zweck der Richtlinien gebieten im Gegenteil auch nach der Neufassung der RVO, von dem Gesamtbetrag der von der Krankenkasse anerkannten Zahnarztrechnung auszugehen, wie es dem Wortlaut der Richtlinien entspricht.

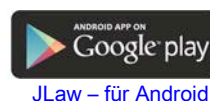
a) Die heute gültige Fassung der Richtlinien stammt aus der Zeit, in der § 182 c RVO a. F. die in der Satzung festzulegende Höhe der Zuschüsse zu den (Gesamt-)Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen auf 80 % begrenzte, ohne dabei zwischen Labor- und Arztkosten zu unterscheiden.

Nr. II zu b Satz 3 der Richtlinien begrenzt die Zahlungen der Unterstützungskasse zunächst dadurch, daß der von der Krankenkasse festgesetzte Prozentsatz, mindestens jedoch 80 % als Kassenanteil gilt. Die Prozentgrenze soll die wirtschaftliche Belastung der Unterstützungskasse beschränken, der von der Krankenkasse festgesetzte Prozentsatz zusätzlich eine Übersicherung der Arbeitnehmer verhindern. Beides hatte auch nach der damaligen Rechtslage praktische Bedeutung, da die verschiedenen Krankenkassen nach § 182 c RVO a. F. in ihren Satzungen unterschiedliche Erstattungssätze (bis 80 %) bestimmt und - "in besonderen Härtefällen" - auch den an sich vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen konnten. Aus Nr. II zu b Satz 3 der Richtlinien ergibt sich aber weiter, daß die Be-



triebsparteien Änderungen der Erstattungssätze, sei es durch Änderung von Krankenkassensatzungen, sei es durch Änderung der RVO, in Betracht gezogen haben. Allerdings war damals nicht voraussehbar, daß eine spätere gesetzliche Regelung für die zahnärztliche Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und die zahntechnischen Leistungen mit Wirkung ab 1. Januar 1982 unterschiedliche Erstattungssätze festlegen würde.

b) Gleichwohl sind die Leistungen der Unterstützungskasse auch nach der Neufassung der RVO weiter nach derselben Berechnungsmethode, d.h. bezogen auf den Gesamtbetrag, zu ermitteln, ohne daß Sinn und Zweck der Bestimmung dem entgegenstünden. Zunächst ist aus den Erstattungssätzen der beiden Rechnungsposten für "zahnärztliche Behandlung" (100 %) und "zahntechnische Leistungen" (bis zu 60 % je nach Satzung) der Erstattungssatz der Krankenkasse, bezogen auf den Gesamtrechnungsbetrag, zu ermitteln. Liegt die Höhe des Zuschusses zu den Kosten für zahntechnische Leistungen bei 60 %, so erhält der Versicherte 80 % der Gesamtkosten erstattet, wenn die Kosten für zahnärztliche Behandlung und die für zahntechnische Leistungen gleich hoch sind. Sind letztere - wie hier - höher, so erstattet die Krankenkasse weniger als 80 % der Gesamtkosten. Zugunsten der Unterstützungskasse greift in diesem Fall die Bestimmung ein, daß mindestens 80 % als Kassenanteil gelten. Sind dagegen die Zahnarztkosten höher, so erhält der Arbeitnehmer von der Krankenkasse mehr als 80 % der Gesamtkosten erstattet. Das entlastet die beklagte Unterstützungskasse, da dieser höhere Prozentsatz als von der



Krankenkasse festgesetzter Prozentsatz im Sinne von Nr. II zu b Satz 3 der Richtlinien anzusehen ist. Der Arbeitnehmer kann auch in einem solchen Fall an der zahnärztlichen Behandlung nichts "verdienen". Es zeigt sich, daß die Anwendung der Bestimmungen der Richtlinien, wonach Bezugsgröße die Gesamtkosten der Behandlung sind, auch unter der Geltung der Neufassung der RVO für alle denkbaren Fälle zu vernünftigen Ergebnissen führt.

c) Schließlich gibt auch der Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Belastung der Beklagten nach der Neufassung der RVO her keinen Anlaß, die Richtlinien einschränkend auszulegen. Unter der Geltung der RVO a. F. war der von der Beklagten zu leistende Zuschuß in aller Regel auf der Basis von 20 % der Gesamtkosten zu berechnen, da die Krankenkassen nur sehr selten, nämlich nur "in besonderen Härtefällen" (§ 182 c Satz 3 RVO a. F.), mehr als 80 % erstatten konnten. Nach der Neufassung erstattet die Krankenkasse dagegen - jeweils bei einem Erstattungssatz von 60 % zu den Kosten für zahntechnische Leistungen - nicht nur "in Härtefällen" (§ 182 c Abs. 3 RVO n.F.), sondern schon immer dann mehr als 80 % der Gesamtkosten, wenn die Kosten für die zahnärztliche Behandlung höher sind als die für zahntechnische Leistungen. Dies führt zu einer geringeren Belastung der Unterstützungskasse, während der umgekehrte Fall (die Kosten für zahntechnische Leistungen sind höher als die Kosten für die zahnärztliche Behandlung) wegen des fiktiven Krankenkassenanteils von 80 % keine höhere Belastung der Beklagten im Gefolge hat. Danach wird die Beklagte gegenüber früher regelmäßig in allen Fällen wirtschaftlich entlastet, in denen die Zahnarztkosten



höher sind als die für zahntechnische Leistungen. Diese Entlastung wird nicht durch den geringfügigen Mehraufwand aufgehoben, der dadurch entsteht, daß in diesen Fällen der von der Krankenkasse festgesetzte Prozentsatz gesondert berechnet werden muß.

3. Damit errechnet sich der Anspruch der Klägerin wie folgt: Von dem Gesamtrechnungsbetrag (5.399,25 DM) ist der fiktive Kassenanteil vom 80 % (= 4.319,40 DM) abzusetzen. Daraus ergibt sich ein Differenzbetrag von 1.079,85 DM. Von dem um 125,-- DM (Vorab-Eigenanteil der Klägerin) verminderten Restbetrag (954,85 DM) hat die Beklagte 75 %, also 716,14 DM, zu tragen. Abzüglich bereits gezahlter 379,25 DM ergibt sich eine Restforderung in Höhe von 336,89 DM (nicht von 336,92 DM, wie von der Klägerin errechnet). In dieser Höhe ist die Klage und damit auch die Revision begründet.

Dr. Thomas

Richter Dr. Gehring
ist durch Urlaub an
der Unterschrift
verhindert

Dr. Olderog

Dr. Thomas

Halberstadt

Fischer



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)

