

Bundessozialgericht

1 RA 53/79 -

Verkündet am
24. Juni 1980

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....,
Kläger und Revisionsbeklagter,
Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

.....,
Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 24. Juni 1980 in Berlin
für Recht erkannt:

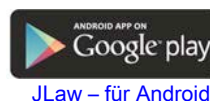
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozial-
gerichts Baden-Württemberg vom 14. März 1979 wird zurück-
gewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger dessen außergerichtliche Kosten
auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

G r ü n d e :

I

Der Rechtsstreit wird um die Bewilligung eines Zuschusses zu den Kosten für einen Zahnersatz als Leistung der Rehabilitation geführt.

Der Kläger ist Oboist und Englisch-Horn-Solist im Radio-Sinfonieorchester S. . Im Jahre 1976 wurde ihm ein für die Ausübung seines Berufes notwendiger festsitzender Zahnersatz im Ober- und Unterkiefer eingegliedert. Die Vertragsgebühren hierfür betrugen DM 3.833,20. Hiervon übernahm die Krankenkasse des Klägers entsprechend ihrer Satzung einen Anteil von 80 % (= DM 3.066,56). Den Restbetrag von DM 766,64 trug der Kläger selbst.

Seinen Antrag auf eine Beihilfe zu den restlichen Aufwendungen für den Zahnersatz vom 3. Juni 1976 lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 22. Juni 1976 mit der Begründung ab, durch das am 1. Oktober 1974 in Kraft getretene Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl I S. 1881) (im folgenden: RehaAnglG) sei der Zuschuß zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) zur Pflichtleistung geworden; daher seien ihre - der Beklagten - Richtlinien über die Bewilligung von Zahnersatzbeihilfen aufgehoben worden. Widerspruch und Klage blieben ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 1976; Urteil des Sozialgerichts -SG- Stuttgart vom 19. August 1977).

Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg mit Urteil vom 14. März 1979 das Urteil des SG sowie die Bescheide der Beklagten aufgehoben und die Beklagte verurteilt, einen neuen Bescheid über die Gewährung eines Zuschusses zum Zahnersatz des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen.

- 3 -



JLaw - Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



JLaw - für Android



JLaw - für iOS

- 3 -

Zur Begründung hat es ausgeführt:

Die Beklagte habe die gesetzlichen Grenzen ihres Ermessens nicht richtig erkannt. Ihre Ansicht, sie könne nach dem Inkrafttreten des RehaAnglG und nach der Aufhebung ihrer Richtlinien über die Bewilligung von Zahnersatzbeihilfen keinerlei Zuschüsse mehr gewähren, treffe nicht zu. Vielmehr könne die Beklagte nach §§ 13, 14 des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) auch Zuschüsse zu den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz als Ermessensleistung gewähren. Daran sei sie nicht dadurch gehindert, daß aufgrund des RehaAnglG die von den Krankenkassen zu gewährende Krankenpflege Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen oder Übernahme der gesamten Kosten umfasse. Die Leistungszuständigkeit der Träger der KV schließe Leistungen der Rentenversicherungsträger nicht schlechthin, sondern nur insoweit aus, als die Krankenkasse zu Leistungen verpflichtet sei. Insoweit habe das RehaAnglG gegenüber den Ausführungen im Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 7. Dezember 1977 (BSGE 45, 212 = SozR 2200 § 182 Nr 29) keine Änderung gebracht. § 13 Abs 3 AVG schließe die Kumulierung mehrerer Kostenzuschüsse nicht aus. Auf § 14 AVG könne sich die Beklagte für ihre abweichende Meinung nicht berufen. Hierin seien die Rehabilitationsleistungen nur beispielhaft und nicht abschließend aufgeführt. Die Beklagte habe somit ihre Zahnersatz-Richtlinien nicht ohne weiteres ersatzlos aufheben dürfen und dürfe jedenfalls nicht Leistungen mit der unzutreffenden Begründung verweigern, die Zuständigkeit des Trägers der KV schließe zusätzliche Ermessensleistungen aus. Sie könne ihre gegenteilige Auffassung auch nicht auf das Urteil des BSG vom 14. September 1978 (BSGE 47, 54 = SozR 2200 § 1305 Nr 2) stützen. Diese Entscheidung sei zu § 84 AVG ergangen. Die vom Kläger beanspruchte Beihilfe zum Zahnersatz sei keine zusätzliche Leistung nach § 84 AVG, sondern eine Regelleistung nach §§ 13, 14 AVG.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte eine Verletzung der §§ 13, 14 AVG. Sie habe wie die übrigen Rentenversicherungsträger aufgrund des RehaAnglG rechtlich zutreffend



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 4 -

ihre Zahnersatz-Richtlinien aufgehoben und die entsprechenden Leistungen eingestellt. Seit dem Inkrafttreten des RehaAnglG handele es sich bei den Kosten für Zahnersatz um eine Leistung, die primär in den Bereich der gesetzlichen KV falle und auf die dort sogar ein Rechtsanspruch bestehe. Zwar seien die Zuschüsse auf 80 % begrenzt worden. Gleichwohl seien die Leistungen der KV zum Zahnersatz höher als vor Inkrafttreten des RehaAnglG. Damit sei der Eigenanteil des Patienten viel niedriger als früher und in der Regel auch der Höhe nach zumutbar. Im übrigen könne die Krankenkasse nach § 182c Satz 3 der Reichsversicherungsordnung (RVO) in besonderen Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen. Es sei somit gerechtfertigt, daß die Rentenversicherungsträger Leistungen zum Zahnersatz nicht mehr gewährten und von einer Rehabilitation dieser Art absähen. Der Auffassung, daß Beihilfen zum Zahnersatz primär den Trägern der KV aufgetragen seien, habe der Gesetzgeber nicht nur durch eine Neufassung der Vorschriften im 2. Buch der RVO Ausdruck verliehen, sondern diese Änderungen durch weitere Maßnahmen im Bereich der Leistungen der Rentenversicherung ergänzt. So sei das RehaAnglG von der bisherigen "Kann"-Fassung des § 13 AVG nicht abgegangen. In § 14 AVG sei eine zahnärztliche Behandlung und insbesondere die Leistung zum Zahnersatz nicht mehr aufgeführt. Vielmehr habe die Vorschrift eine weniger weitreichende Fassung als zuvor erhalten. Zwar sei eine Kumulation der Leistungen verschiedener Sozialleistungsträger auch nach Inkrafttreten des RehaAnglG nicht ausgeschlossen. Andererseits aber sei sie - die Beklagte - nach wie vor nicht verpflichtet, bestimmte Arten von Rehabilitationsmaßnahmen zu gewähren. Mit der Aufhebung ihrer Leistungen zum Zahnersatz habe sie unter Berücksichtigung ihrer begrenzten Mittel, ihrer seit Jahren angespannten finanziellen Situation, des Vorranges anderer Leistungen der Rehabilitation wie insbesondere stationärer medizinischer Leistungen sowie der durch das RehaAnglG vorgenommenen neuen Gewichtsverteilung in den Leistungsbereichen der Kranken- und Rentenversicherung ihr Ermessen im Rahmen des § 13 AVG fehlerfrei ausgeübt.



- 5 -

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-
Württemberg vom 14. März 1979 aufzuheben
und die Berufung des Klägers gegen das Urteil
des Sozialgerichts Stuttgart vom 19. August
1977 zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Er trägt vor, schon vor der Neufassung des § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d) RVO hätten die Krankenkassen regelmäßig kumulativ neben den Rentenversicherungsträgern Leistungen für Zahnbehandlung und -ersatz gewährt. Es sei nicht zu erkennen, daß demgegenüber das RehaAnglG für die betroffenen Versicherten eine Verschlechterung habe herbeiführen wollen. Aus dem RehaAnglG sowie aus den §§ 1 und 4 des Sozialgesetzbuches, Erstes Buch, Allgemeiner Teil (SGB 1) vom 11. Dezember 1975 (BGBl I S. 3015) sei herzuleiten, daß im sozialen Rechtsstaat derjenige, der sozialversichert sei, vor den Fährnissen des Lebens, insbesondere den Folgen von Erkrankungen und deren Auswirkungen auf seine Erwerbsfähigkeit weitestgehend geschützt werden solle. Nirgendwo sei eine Vorschrift über das Verbot der Kumulation von Leistungen verschiedener Sozialversicherungsträger vorhanden. Auch nach der Rechtsprechung des BSG sei eine solche Kumulation erlaubt und erwünscht. Das Urteil des 4. Senats des BSG vom 30. August 1979 - 4 RJ 20/78 - könne auf den vorliegenden Fall keine Anwendung finden. Wie sich aus Schreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMAuS) vom 2. Januar 1974 und des Vorsitzenden des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1977 an die Deutsche Orchestervereinigung e.V. ergebe, solle für die zahnmedizinische Rehabilitation jedenfalls bei Orchestermusikern der Rentenversicherungsträger zuständig bleiben.

- 6 -



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



- 6 -

II

Die durch Zulassung statthafte Revision der Beklagten ist zulässig, aber nicht begründet.

Der Kläger begehrt die Aufhebung des ablehnenden Bescheides der Beklagten vom 22. Juni 1976 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 1976 sowie die Verurteilung der Beklagten zur Erteilung eines neuen Bescheides über die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten für Zahnersatz unter fehlerfreier Ausübung des Ermessens. Rechtsgrundlage hierfür ist § 13 Abs 1 Satz 1 AVG idF des RehaAnglG. Nach dieser Vorschrift kann bei - hier nicht streitiger - Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des § 13 Abs 1a AVG die Beklagte, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert ist und sie voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann, Leistungen zur Rehabilitation in dem in den §§ 14 bis 14b AVG bestimmten Umfang gewähren.

Die Gewährung von Rehabilitationsleistungen steht im Ermessen des Versicherungsträgers. Hingegen betreffen die Fragen, ob die vom Versicherten beehrte Leistung eine solche der Rehabilitation ist und ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Bewilligung dieser Leistung erfüllt sind, nicht den Ermessensbereich der Verwaltung. Vielmehr handelt es sich um Tat- und Rechtsfragen, welche der uneingeschränkten Überprüfung und Entscheidung durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit unterliegen (vgl Urteile des Senats in BSGE 48, 74, 75 = SozR 2200 § 1237a Nr 6 S.8 mwN und vom 27. Februar 1980 - 1 RJ 4/79 -).

Die Voraussetzungen des § 13 Abs 1 Satz 1 AVG für die Bewilligung einer Leistung zur Rehabilitation des Klägers sind erfüllt. Seine Erwerbsfähigkeit ist in der Zeit vor Eingliederung des Zahnersatzes infolge von Krankheit ge-



mindert oder zumindest gefährdet gewesen. Dabei ist die Erwerbsfähigkeit nicht unter Heranziehung der in § 23 Abs 2 Satz 2 AVG aufgeführten Kriterien zu beurteilen. Vielmehr genügt schon eine Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit allein in dem bisherigen Beruf des Versicherten (BSGE 48, 74, 75 = SozR 2200 § 1237a Nr 6 S. 8). Jedenfalls eine derartige Gefährdung hat vorgelegen. Nach den von der Beklagten nicht angefochtenen und damit (§ 163 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-) für den Senat bindenden Feststellungen hat der Kläger einen fest-sitzenden Zahnersatz gebraucht, um seinen Beruf weiter ausüben zu können.

Der dem Kläger eingegliederte Zahnersatz ist eine Leistung zur Rehabilitation. Nach den Feststellungen des LSG ist der Kläger hierdurch zur weiteren Ausübung seines Berufs befähigt worden. Damit hat der Zahnersatz der Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit gedient. Gleichwohl handelt es sich um eine medizinische und nicht um eine berufsfördernde Leistung zur Rehabilitation. Das hat das Berufungsgericht zutreffend erkannt (vgl zum Unterschied zwischen medizinischen und berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation und zu den hierfür maßgebenden Abgrenzungskriterien eingehend Urteil des Senats vom 24. Juni 1980 - 1 RA 51/79 -).

Die Beklagte hat den Antrag des Klägers auf Gewährung eines Zuschusses zu den ihm entstandenen Kosten des Zahnersatzes rechtsfehlerhaft abgelehnt. Dabei kann auf sich beruhen, ob entsprechend der Meinung des 8a-Senats des BSG (Urteil vom 28. Februar 1980 - 8a RK 13/79 -) die Kann-Vorschrift des § 1236 RVO (= 13 AVG) iVm dem Gleichheitssatz und den Ermessensrichtlinien, die sich die Rentenversicherungsträger selbst gegeben haben, weitgehend zu einer Muß-Vorschrift erstarkt ist und eine Verweigerung der Rehabilitation nur noch in Ausnahmefällen zuläßt. Selbst wenn die Beklagte gemäß § 13 Abs 1 Satz 1 AVG weiterhin nach ihrem Ermessen handeln darf, hat sie jedenfalls bei Erlaß des angefochtenen Bescheides vom 5. Januar 1976 ihr Ermessen fehlerhaft ausgeübt (§ 54 Abs 2 Satz 2 SGG; § 39 Abs 1 SGB 1).



- 8 -

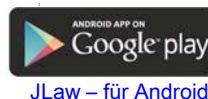
Die Beklagte hat ihre ablehnende Entscheidung im wesentlichen mit dem Hinweis auf die Aufhebung ihrer Richtlinien über die Bewilligung von Zahnersatzbeihilfen mit Wirkung ab 1. Januar 1975 begründet. Diese Begründung für sich allein trägt den angefochtenen Bescheid nicht. Zwar ist nicht zu beanstanden, daß der Sozialleistungsträger ein ihm eingeräumtes Ermessen nach Maßgabe von Richtlinien ausübt. Deren Erlaß mag im Interesse der Rechtssicherheit und einer Gleichbehandlung der Versicherten sogar empfehlenswert sein. Richtlinien entbinden jedoch nicht von der Verpflichtung, in jedem Einzelfall sämtliche Umstände zu prüfen, welche für die Ermessensbildung bedeutsam sein können (vgl Urteil des Senats vom 27. Februar 1980 - 1 RJ 4/79 - mit eingehenden weiteren Nachweisen). Dementsprechend entbinden umgekehrt der Wegfall oder die Aufhebung von Richtlinien allein den Sozialleistungsträger nicht schon von seiner Verpflichtung zur (fehlerfreien) Ermessensausübung. Etwas anderes kann lediglich dann gelten, wenn die für die Aufhebung der Richtlinien maßgebenden Erwägungen sich ihrerseits im Rahmen des dem Sozialleistungsträger eingeräumten Ermessens halten. Das ist vorliegend nicht der Fall.

Die Beklagte hält sich zur Aufhebung ihrer Zahnersatz-Richtlinien und damit zur Versagung von Zahnersatz als Leistung zur Rehabilitation insbesondere im Hinblick auf die Neufassung der §§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst a) und 182c RVO durch das RehaAnglG (die abermalige Neufassung der Vorschriften durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz -KVKG- vom 27. Juni 1977 - BGBl I S. 1069 - hat hier außer Betracht zu bleiben; vgl BSGE 45, 212, 214 f = SozR 2200 § 182 Nr 29 S. 50; BSG SozR 2200 § 1236 Nr 16 S. 37; Urteil vom 31. Januar 1980 - 11 RA 26/79 -) für befugt. Nach diesen Vorschriften umfaßt die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährende Krankenpflege auch zahnärztliche Behandlung sowie Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst a) und d) RVO). Die Höhe dieser Zuschüsse wird durch die Satzung bestimmt; sie kann vorsehen, daß die gesamten

- 9 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

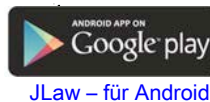
Kosten übernommen werden (§ 182c RVO). Durch diese Rechtsänderung sind die Krankenkassen im Gegensatz zum bisherigen Rechtszustand verpflichtet worden, zu den Kosten des Zahnersatzes zumindest einen Zuschuß zu gewähren; der Versicherte hat hierauf ab Inkrafttreten der Neuregelung einen Rechtsanspruch (vgl. Begründung der Bundesregierung zu § 21 Nr 5 RehaAnglG; abgedruckt bei Jung-Preuß, Rehabilitation, 2. Aufl 1975, S. 227 f).

Dies berechtigt indes die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nicht prinzipiell zur Versagung zahnärztlicher Behandlung oder eines Zuschusses zu den Kosten für Zahnersatz, soweit diese Maßnahmen außer der Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten auch der Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit dienen und damit eine Leistung zur Rehabilitation darstellen. Zwar geht, wenn als medizinische Leistung zur Rehabilitation eine ärztliche Behandlung in Betracht kommt und zugleich ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Krankenhilfe zu gewähren hat, dessen Zuständigkeit derjenigen des Rentenversicherungsträgers als Träger der medizinischen Rehabilitation vor (BSGE 45, 212, 217 f = SozR 2200 § 182 Nr 29 S. 53 f; BSG SozR 2200 § 1239 Nr 1 S 3). Das kann jedoch nur dann zum völligen Ausschluß einer Leistungsverpflichtung des an sich zuständigen Rentenversicherungsträgers (vgl. zum Begriff der "Zuständigkeit" im Sinne des § 6 Abs 1 RehaAnglG im Gegensatz zur konkreten Verpflichtung im Einzelfall BSGE 48, 92, 99 = SozR 2200 § 1236 Nr 15 S. 34; Urteile vom 15. November 1979 - 11 RA 9/79 - und - 11 RA 22/79 -) führen, wenn der Träger der Krankenversicherung die gebotene Heilbehandlung als Sachleistung uneingeschränkt und vollständig gewährt oder zu gewähren hat (vgl. Senat in BSGE 45, 212, 218 = SozR 2200 § 182 Nr 29 S. 54). Dies ist indes nicht stets der Fall. Zwar gehören zu den Trägern der Rehabilitation auch die Krankenkassen (§ 6 Abs 2 RehaAnglG; vgl. hierzu insbesondere Urteil des BSG vom 28. Februar 1980 - 8a RK 5/79 -). Als Träger einer ausschließlich medizinischen Rehabilitation sind sie jedoch im Gegensatz zu anderen Sozialleistungsträgern mit final umfassenderer Zuständigkeit lediglich zur Gewährung solcher Leistungen verpflichtet, die den Ausgleich der Behinderung



(§ 1 Abs 1 RehaAnglG) selbst bezwecken, also unmittelbar gegen die Behinderung gerichtet sind. Hingegen obliegt ihnen nicht die Aufgabe, die Folgen der Behinderung auf beruflichem, gesellschaftlichem oder privatem Gebiet zu beseitigen (vgl ständige Rechtsprechung des BSG zum Begriff des "Hilfsmittels" im Sinne des § 182b RVO: BSGE 45, 133, 136 = SozR 2200 § 182b Nr 4 S. 10 f; BSG SozR 2200 § 182b Nr 10 S. 28 f und Nr 12 S. 36 f). Schon hieraus kann sich eine Beschränkung der Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung vollständiger Sachleistungen ergeben. Sie kann ferner kraft ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift bestehen. Das ist gerade bei Zahnersatz der Fall. Für ihn haben die Krankenkassen in Ausnahme von dem die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich beherrschenden Sachleistungsprinzip gemäß § 182c RVO lediglich Zuschüsse zu den Kosten - wenn auch nach der hier noch maßgeblichen Fassung der Vorschrift gegebenenfalls bis zur vollen Höhe - zu gewähren.

In diesen Fällen ist es zwar zulässig und geboten, die Leistungsverpflichtung des an sich zuständigen Rentenversicherungsträgers angesichts ihrer Subsidiarität gegenüber der Leistungspflicht der Krankenkasse auf den von dieser nicht übernommenen Teil der Aufwendungen des Versicherten zu begrenzen. Hingegen ist ein völliger Ausschluß der Leistungsverpflichtung des Rentenversicherungsträgers nicht zu rechtfertigen. Bezüglich der Höhe der Leistungen zur Rehabilitation - anders als für die Frage, welcher Reha-bilitationsträger sachlich zuständig ist - ist insbesondere unter Berücksichtigung der übergeordneten Zielsetzung des RehaAnglG nicht das Kausalprinzip, sondern das Finalprinzip maßgebend. Die Rehabilitation ist der Prototyp einer final ausgerichteten Leistung; ihr Ziel ist grundsätzlich die vollständige Rehabilitation des Behinderten (BSGE 44, 231, 234 = SozR 2200 § 1236 Nr 3 S. 5; BSGE 46, 286, 291 f = SozR 2200 § 1236 Nr 10 S. 19 f; Urteil des Senats vom 27. Februar 1980 - 1 RJ 4/79 -). Zwar kann es trotz dieses Zieles jedenfalls im Rahmen der beruflichen Rehabilitation unter bestimmten Voraussetzungen zulässig sein, insbesondere



bei der Gewährung von Kostenzuschüssen von einer Übernahme der vollen Kosten abzusehen und diese dem Versicherten lediglich teilweise zu erstatten (so im Hinblick auf die private Nutzung des Fahrzeuges bei der Gewährung von Kraftfahrzeughilfe als berufsfördernde Leistung zur Rehabilitation; vgl die vorerwähnten Urteile des BSG). Ob dies auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation gelten kann, ist zweifelhaft. Die vorgenannte Rechtsprechung des BSG beruht letztlich auf der Erwägung, daß der Rentenversicherungsträger Leistungen lediglich zur Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu erbringen hat und die nicht diesem, sondern einem gleichermaßen "privaten" Zweck dienenden Leistungen oder Leistungsteile nicht übernehmen darf. Diese Erwägung läßt sich auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht ohne weiteres übertragen. Dies braucht hier jedoch nicht vertieft zu werden. Denn mit diesem Gesichtspunkt läßt sich allenfalls eine Begrenzung des vom Rentenversicherungsträger zu gewährenden Kostenzuschusses der Höhe nach rechtfertigen. Hingegen läßt sich daraus nicht seine Berechtigung zur Versagung einer Leistung der medizinischen Rehabilitation schon dem Grunde nach herleiten.

Eine solche Berechtigung kann auch nicht mit dem Hinweis auf ein angebliches "Kumulierungsverbot" in Anspruch genommen werden. Ein derartiges Verbot ergibt sich insbesondere nicht aus § 13 Abs 3 AVG. Zwar läßt hiernach die Befugnis der Beklagten zur Gewährung von medizinischen und berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation die Verpflichtung und Zuständigkeit des Trägers eines anderen Zweiges der Sozialversicherung oder einer sonstigen durch Gesetz bestimmten Stelle unberührt. Dies ist jedoch wiederum nur für die Höhe der vom Rentenversicherungsträger zu erbringenden Leistung von Bedeutung, läßt aber unter der Voraussetzung, daß er überhaupt zuständig ist, seine - gegenüber einem anderen Rehabilitationsträger gegebenenfalls subsidiäre - Verpflichtung bzw Befugnis zur Leistungsgewährung als solche unberührt. Dementsprechend ist der Senat wiederholt davon ausgegangen, daß grundsätzlich die Rehabilitationsleistungen vorsehenden Normen die Kumulierung mehrerer Kosten-



zuschüsse bis zur Höhe der vollen Rehabilitation nicht nur für zulässig, sondern aufgrund ihrer Zwecksetzung sogar für erwünscht halten (für die berufliche Rehabilitation BSGE 44, 231, 234 = SozR 2200 § 1236 Nr 3 S. 5; für die medizinische Rehabilitation BSGE 45, 212, 216 = SozR 2200 § 182 Nr 29 S. 51; für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation BSG SozR 2200 § 1242 Nr 3 S. 8). Daran ist auch für den vorliegenden Fall festzuhalten.

Die Beklagte kann sich für ihre Rechtsauffassung ferner nicht darauf berufen, daß anders als in § 10 Nr 1 RehaAnglG und in § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst a) RVO die zahnärztliche Behandlung und in § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d) RVO Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen in der Aufzählung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in § 14 AVG nicht enthalten sind. Die Aufzählung ist nicht erschöpfend. Das ergibt sich aus der Verwendung des Begriffes "insbesondere". Allerdings wird dieser Begriff ebenfalls in § 10 RehaAnglG und in § 182 Abs 1 Nr 1 RVO verwendet. Von daher gesehen könnte die Nichterwähnung der zahnärztlichen Behandlung und der Zuschüsse in § 14 Nr 1 AVG als planmäßige und gewollte Regelung des Inhaltes angesehen werden, daß die Rentenversicherungsträger diese Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht erbringen dürfen. Eine derart restriktive Auslegung widerspräche jedoch dem § 13 Abs 1 AVG und dem § 5 Abs 2 RehaAnglG. Diesen Vorschriften läßt sich unter Berücksichtigung des dem Rehabilitationsrecht innewohnenden Finalprinzips entnehmen, daß jeder Rehabilitationsträger unter der generellen Voraussetzung seiner Zuständigkeit und mit den sich aus der daneben bestehenden Zuständigkeit eines weiteren Trägers ergebenden Einschränkungen (vgl für die Beklagte § 13 Abs 3 AVG) die Rehabilitation umfassend und vollständig vorzunehmen hat. Dem würde es widersprechen, wenn von den möglichen Leistungen zur Rehabilitation eine bestimmte Leistung prinzipiell ausgenommen wird, obgleich sie zur Rehabilitation innerhalb des dem jeweiligen Träger zugewiesenen Zuständigkeitsbereiches geeignet und erforderlich ist. Das gilt auch für die Gewährung zahnärztlicher Behandlung bzw eines Zu-



schusses zu den Kosten eines Zahnersatzes im Rahmen der der Beklagten übertragenen Zuständigkeit für die Rehabilitation. Zwar handelt es sich hierbei in erster Linie um eine von der Krankenkasse zu erbringende Leistung der Krankenhilfe. Dem kann nicht mit dem Argument begegnet werden, daß jede Maßnahme der Krankenhilfe letztlich auch einen positiven Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten ausübe oder ausüben solle (vgl hierzu den erkennenden Senat in BSGE 45, 212, 217 = SozR 2200 § 182 Nr 29 S. 53). Etwas anderes muß jedoch dann gelten, wenn wie im vorliegenden Fall die zahnärztliche Behandlung bzw der Zahnersatz speziell, unmittelbar und gezielt zur Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung des bisherigen Berufes erforderlich sind. In diesem Fall kann der Leistung die Eigenschaft einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation nicht abgesprochen und sie nicht von vornherein von der Leistungspflicht bzw -befugnis des Rentenversicherungsträgers ausgenommen werden. Dem steht das Urteil des 4. Senats des BSG vom 30. August 1979 (SozR 2200 § 1237 Nr 12) nicht entgegen. Hierin hat der 4. Senat entschieden, daß im Rahmen der nach § 1244a RVO zu gewährenden Tuberkulosehilfe der Rentenversicherungsträger weder zur Zahlung von Kostenzuschüssen für Zahnersatz oder Zahnkronen als Leistung medizinischer Rehabilitation verpflichtet ist noch die Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen als Sachleistung der Rehabilitation zu erbringen hat. Nach dem der Entscheidung zugrunde liegenden Sachverhalt ist der Zahnersatz für eine wirksame Tuberkulosebehandlung erforderlich gewesen. Auf der Grundlage dieses Sachverhaltes ist dem Urteil des 4. Senats beizupflichten. Die Gewährung zahnärztlicher Behandlung (bzw eines Kostenzuschusses hierfür) als Voraussetzung lediglich der Wirksamkeit einer anderen Heilbehandlungsmaßnahme liegt außerhalb des den Rentenversicherungsträgern durch § 13 AVG, § 1236 RVO für die Rehabilitation zugewiesenen Zuständigkeitsbereiches. Etwas anderes gilt jedoch dann, wenn die zahnärztliche Behandlung bzw der Zahnersatz unmittelbar zur Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit insbesondere in Form der Verschaffung der Möglichkeit zur weiteren Ausübung des bisherigen Berufes erforderlich und geeignet sind. Über einen derartigen Sachverhalt hat der 4. Senat in seinem



Urteil vom 30. August 1979 nicht entschieden. Im übrigen ist in jenem Rechtsstreit der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung auf Ersatz der gesamten zunächst von der Krankenkasse getragenen Kosten des Zahnersatzes in Anspruch genommen worden. Im vorliegenden Fall hingegen ist die Gewährung eines Zuschusses zu den von der Krankenkasse nicht übernommenen Kosten streitig. Der erkennende Senat weicht aus diesen Gründen nicht von dem Urteil des 4. Senats vom 30. August 1979 ab.

Die prinzipielle Versagung von zahnärztlicher Behandlung oder Zahnersatz als medizinische Leistung zur Rehabilitation läßt sich schließlich nicht mit den von der Beklagten angeführten finanziellen Erwägungen rechtfertigen. Zwar kann der Rentenversicherungsträger bei der Bewilligung von Leistungen zur Rehabilitation auch derartige Erwägungen anstellen. Insbesondere erfordert es das Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten, nicht einzelne von ihnen durch ein Übermaß an Leistungen ungerechtfertigt zu privilegieren (vgl. BSG SozR 2200 § 1242 Nr 3 S. 7). Auch damit läßt sich jedoch zunächst nur eine Beschränkung der Leistungshöhe und nicht sogleich die ausnahmslose Versagung einer bestimmten Art oder Gruppe der Rehabilitationsleistungen begründen. Im übrigen sind die Erwägungen der Beklagten sachlich nicht überzeugend. Hervorzuheben ist nochmals: Die Beklagte ist nicht verpflichtet oder auch nur berechtigt, den bei ihr Versicherten (§ 13 Abs 1a AVG) und den sonstigen Berechtigten (§ 13 Abs 2 AVG) die hier in Rede stehenden Leistungen (zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz) unter denselben Voraussetzungen und in demselben Umfange zu gewähren wie die Träger der Krankenversicherung. Vielmehr ist zusätzlich Voraussetzung für die Leistungsgewährung dem Grunde nach, daß die Maßnahme unmittelbar zur Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bestimmt und geeignet ist. Der Höhe nach ist der Umfang der zu gewährenden Leistungen auch unter dieser Voraussetzung eingeschränkt. Diese Einschränkung ergibt sich aus der Vorrangigkeit der Leistungs-



- 15 -

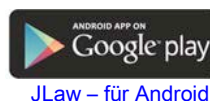
verpflichtung der Krankenversicherungsträger. Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte dürfte sich die finanzielle Belastung der Beklagten in erträglichen Grenzen halten. Außerdem ist eine einseitig und vordergründig auf die zu erwartenden Ausgaben abgestellte Betrachtungsweise nicht angebracht. Vielmehr ist auch zu berücksichtigen, daß die Beklagte mit der Gewährung der hier streitigen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation möglicherweise erheblich höhere Rentenaufwendungen ersparen kann. Dieses Argument ist umso gewichtiger, als jedenfalls diejenige Berufsgruppe, welcher der Kläger angehört, Versicherte mit einer qualifizierten Tätigkeit und einer dementsprechend engeren Verweisbarkeit im Rahmen des § 23 Abs 2 Satz 2 AVG umfaßt.

Das Berufungsgericht hat nach alledem zu Recht das Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte zur Erteilung eines neuen Bescheides verpflichtet. Dies muß zur Zurückweisung der Revision führen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 SGG.



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





JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)