

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 4/1 RA 93/88

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
Berlin 31, Ruhrstraße 2,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 28. Februar 1991 durch den Vorsitzenden Richter R a u s c h e r, die Richter S t a r k und Dr. M e y e r sowie die ehrenamtlichen Richter S c h ö n f e l d und G ü n t h e r für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 24. August 1988 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Verfahrens sind nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Streitig ist, ob die beklagte Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) Kosten für Zahnersatz als Rehabilitationsleistung zu erstatten hat.

Die 1958 geborene Klägerin, von Beruf Versicherungsangestellte, beantragte im Oktober 1985 bei der Beklagten einen Zuschuß zu durch Zahnersatz entstandenen Kosten. Sie legte eine Bescheinigung des behandelnden Zahnarztes Dr. H. vor, wonach sie an einer Dysgnathie leide, die zu einem erheblichen Kiefergelenkleiden mit Einschränkung der Mundöffnung geführt habe; die Bißlage solle durch Kronen und Brücken versorgt werden. Die Material- und Laborkosten, zu deren Übernahme zu 60 % sich die Barmer Ersatzkasse (BEK) bereit erklärt hatte, gab die Klägerin mit ca 10.000,-- DM an.

Die Beklagte lehnte den Antrag ab, weil der Zahnersatz lediglich zur Besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes erforderlich geworden sei, aber nicht unmittelbar - wie bei einem Blasmusiker - zur Berufsausübung und damit zur Abwendung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Erwerbsfähigkeit (Bescheid vom 17. Oktober 1985, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 17. März 1986).

Das Sozialgericht Lübeck (SG) hat nach Einholung eines Befundberichts von Dr. med. H. und Anhörung eines Sachverständigen im Termin die vorbezeichneten Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die Kosten der zahnärztlichen Behandlung zu erstatten, soweit sie nicht von der Krankenkasse getragen würden (Urteil vom 5. November 1987). Das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht (LSG) hat auf die - vom SG zugelassene - Berufung der Beklagten das erstinstanzliche Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Es hat in der angefochtenen Entscheidung vom 24. August 1988 im wesentlichen ausgeführt:

Vorrangig zuständig für zahnärztliche Behandlung sei der Krankenversicherungsträger. Aber auch die Beklagte als Rentenversicherungsträger könne im Rahmen medizinischer Rehabilitation als leistungspflichtig in Betracht kommen unter der Voraussetzung, daß die Zahnbehandlung "unmittelbar und gezielt zur Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung des bisherigen Berufs erforderlich" gewesen sei (Hinweis auf Bundessozialgericht -BSG-, Urteil vom 15. November 1983 - 1 RA 13/83). Daran fehle es. Die zahnärztliche Behandlung der Klägerin einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sei allein aus medizinischen Gründen erforderlich geworden. Zwar habe ohne die Behandlung mit dem Eintritt von Berufsunfähigkeit gerechnet werden müssen; dies hätte sich aber in nahezu jedem Beruf ebenso ausgewirkt.



Die Klägerin hat zur Begründung der - vom LSG zugelassenen -Revision vorgetragen, § 14 des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) enthalte keine erschöpfende Aufzählung medizinischer Rehabilitationsleistungen und umfasse auch zahnärztliche Behandlung. Da für Zahnersatz der Krankenversicherungsträger vorrangig vor dem Rentenversicherungsträger einzutreten habe, sei es auch nicht zu beanstanden, wenn das Berufungsgericht im Anschluß an höchstrichterliche Rechtsprechung die Leistung durch den Rentenversicherungsträger davon abhängig mache, daß die Zahnbehandlung unmittelbar und gezielt zur Ausübung des bisherigen Berufs erforderlich gewesen sei. Entgegen dem LSG dürfe dies jedoch nicht nur für bestimmte Berufsgruppen, sondern müsse für Versicherte aller Berufe gelten, wenn durch zahnärztliche Behandlung mit Zahnersatz die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit der Eintritt von Berufs- bzw Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden könne. Hier sei ihre - der Klägerin -Erwerbsfähigkeit bereits erheblich gemindert gewesen. Im Vordergrund habe die Behandlung des Kiefergelenkleidens sowie die Herstellung einer normalen Lage des Gebisses und nicht die Ausstattung der Zähne mit Kronen und Brücken gestanden, und es sei ohne die Behandlung mit Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu rechnen gewesen. Das LSG habe die Grenzen der freien Beweiswürdigung überschritten, indem es die Richtigkeit der tatsächlichen Feststellungen des Sachverständigen und des SG nicht in Zweifel gezogen, aber eine besondere Berufsbezogenheit verlangt habe.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 24. August 1988 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Lübeck vom 5. November 1987 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Beide Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG).

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Im Ergebnis zutreffend hat das LSG das der Klage stattgebende Urteil der Erstinstanz aufgehoben.



Nach § 13 Abs 1 Satz 1 AVG (hier in der Fassung des Zweiten Haushaltsstrukturgesetzes -2. HStruktG- vom 22. Dezember 1981, BGBl I 1523; vgl § 13 Abs 4 AVG) kann die Beklagte Leistungen zur Rehabilitation erbringen, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder - bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit - der Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann. Nach Satz 4 aaO richtet sich der Umfang der Leistungen zur Rehabilitation nach §§ 14 bis 14b AVG.

Danach - § 14 Nr 1 AVG - umfassen die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation insbesondere ua "ärztliche Behandlung" "vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung". Zweifelhaft ist bereits, ob dies zahnärztliche Behandlung einschließt. § 14 AVG hat seine derzeitige Fassung durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz -RehaAnglG- vom 7. August 1974 (BGBl I 1881) erhalten (§ 21 Nr 68 RehaAnglG). Zuvor waren nach § 14 Abs 2 AVG aF in die Heilbehandlung "alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen" einbezogen, weswegen die Rechtsprechung den Begriff der Heilbehandlung im Sinne dieser Vorschrift weit auslegte und auch die Versorgung mit Zahnersatz darunter fallen ließ (vgl BSGE 29, 133, 135 = SozR Nr 5 zu § 1237 RVO; BSGE 27, 34, 37 = Nr 3 zu § 1236 RVO); dementsprechend gewährten damals die Rentenversicherungsträger im Rahmen der medizinischen Rehabilitation regelmäßig Zuschüsse zu Zahnersatzkosten.

Zwar enthält auch § 14 AVG idF des RehaAnglG keine erschöpfende Aufzählung der für den Rentenversicherungsträger in Betracht kommenden Rehabilitationsleistungen ("insbesondere"); immerhin ist aber in dem die medizinischen Leistungen ansprechenden § 10 des RehaAnglG - abweichend von § 14 AVG - unter Nr 1 "ärztliche und zahnärztliche Behandlung" aufgeführt, während die Nummern 2 bis 5 sogar wörtlich mit § 14 AVG übereinstimmen. Dies und der Umstand, daß es in § 10 RehaAnglG heißt, "auch in Krankenhäusern, Kur- und Spezialeinrichtungen ...", während nach § 14 AVG - wie bereits erwähnt - auf Rehabilitationsleistungen "vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen" abgestellt wird, kann nur im Zusammenhang damit gesehen werden, daß durch das RehaAnglG zum einen erstmals die gesetzliche Krankenversicherung in den Anwendungsbereich der Vorschriften über Rehabilitation einbezogen und somit die Krankenkassen in den Kreis der Rehabilitationsträger hineingenommen wurden (vgl § 2 Abs 1 Nr 1, Abs 2 RehaAnglG), andererseits aber auch (vgl § 21 Nr 5 Buchst a RehaAnglG) die gleichzeitige Neufassung des § 182 Abs 1 Nr 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) - hier: Buchst d - und die Ergänzung in § 182c RVO (§ 21 Nr 7 RehaAnglG) einen Rechtsanspruch auf Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen gegen die Träger der Krankenversicherung schuf, und zwar damals bis zur Übernahme der gesamten Kosten, nachdem die Kasse vorher lediglich



eine in ihrem Ermessen stehende "Kann-Leistung" gewährt hatte (vgl BT-Drucks 7/1237 S. 63 f, Begr der BReg zu § 21 Nr 5 Buchst a und Nr 7 zu § 182c RVO; zum früheren, auf den Erlaß - sog Verbesserungserlaß - des damaligen Reichsarbeitsministers vom 2. November 1943, Abschnitt I Nr 4, AN 1943, 485, zurückgehenden Recht, wonach die Kasse zu den Kosten für Zahnersatz, Zahnkronen und Stifzähne Zuschüsse gewähren oder die gesamten Kosten übernehmen konnte, vgl auch BSGE 35, 105, 107). In der Folgezeit sind weitere krankenversicherungsrechtliche Änderungen eingetreten. Zunächst wurden durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz -KVKG-vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d sowie § 182c RVO geändert; dann erfolgte bei erneuter Änderung dieser beiden Vorschriften und Einfügung des Buchstaben g in § 182 Abs 1 Nr 1 RVO durch das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz -KVEG- vom 22. Dezember 1981 (BGBl I 1578) - in Kraft getreten am 1. Januar 1982 (vgl Art 1 Nr 2, 2c und Art 7 KVEG) und somit für die Behandlung der Klägerin maßgebend - eine wesentliche Umgestaltung, indem zwischen zahnärztlicher Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d) und Zuschüssen zu den Kosten für zahntechnische Leistungen (aaO Buchst g) unterschieden und der Zuschuß ua von vorher 80 vH auf 60 vH herabgesetzt wurde (§ 182c Abs 1 Satz 2 RVO). Auch in dieser Zeit ist § 14 AVG nicht ergänzt worden.

Im Hinblick auf diese unterschiedliche gesetzliche Ausgestaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits mit und seit dem RehaAnglG ist der erkennende Senat im Urteil vom 30. August 1979 - 4 RJ 20/78 (SozR 2200 § 1237 Nr 12) - dort allerdings in einem Rechtsstreit, in dem es darum ging, ob der Rentenversicherungsträger im Verhältnis zum Krankenversicherungsträger im Rahmen der Tuberkulose-Hilfe verpflichtet sei, Kostenzuschüsse für Zahnersatz oder Zahnkronen zu gewähren oder eine entsprechende Sachleistung zu erbringen von einer negativen Zuständigkeitsabgrenzung zugunsten der Rentenversicherungsträger ausgegangen mit dem Hinweis darauf, daß auch in der Literatur (einhellig) die Ansicht vertreten werde, nach Inkrafttreten des RehaAnglG kämen Zuschüsse der Rentenversicherungsträger zum Zahnersatz grundsätzlich nicht mehr in Betracht (aaO S 15f mN).

Einen etwas anderen Weg hat der 1. Senat des BSG im Urteil vom 24. Juni 1980 - 1 RA 51/79 (BSGE 50, 156, 163 = SozR 2200 § 1237 Nr 15) - beschritten und dabei zwar eingeräumt, daß die Gewährung zahnärztlicher Behandlung bzw eines Zuschusses zu den Kosten für Zahnersatz in erster Linie eine von der Krankenkasse zu erbringende Leistung der Krankenhilfe sei, daß jedoch etwas anderes dann gelten müsse, wenn, wie in jenem Fall (es handelte sich um einen Posaunisten im Orchester des Staatstheaters), "die zahnärztliche Behandlung bzw der Zahnersatz speziell, unmittelbar und gezielt zur Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung des bisherigen Berufes erforderlich ist." Dies hat der 1. Senat im Urteil vom 15. November 1983 - 1 RA 13/83 (SozR 2200 § 1236



Nr 42) -fortgeführt und zunächst wiederum die vorrangige Verpflichtung der Kasse hervorgehoben, zugleich aber auch die Zuständigkeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und denjenigen der gesetzlichen Rentenversicherung nicht mehr nur, wie vorher, positiv, sondern nunmehr auch negativ abgegrenzt: die dem Rentenversicherungsträger nach § 13 AVG eingeräumte Möglichkeit, die Leistungen der Kasse bei der Versorgung mit Kronen und Brücken bis auf 100 vH der dort möglichen Sätze aufzustocken, sei nicht dazu geschaffen, daß die vom Gesetzgeber in der gesetzlichen Krankenversicherung bewußt vollzogene Leistungsbeschränkung unterlaufen werden könne. Die Aufstockung habe deshalb auszuscheiden in den Fällen, in denen zwar die beruflichen Belange - wie fast immer - mehr oder weniger "mitberührt" seien (der Kläger jenes Verfahrens war als Leiter der Zweigstelle einer Bank beschäftigt), aber nicht mehr als bei den Angehörigen anderer bedeutsamer Berufsgruppen auch, die schon der Zahl nach breite Kreise der Bevölkerung erfaßten (aaO S. 94f).

Der Senat schließt sich der vorgenannten Rechtsprechung im Ergebnis an. Dabei ist zunächst festzuhalten, daß die Versorgung eines Versicherten mit Zahnersatz (Brücken, Kronen) zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehört; unerheblich ist, ob es sich hierbei um eine Leistung eigener Art oder um eine Sachleistung handelt (im letzteren Sinn wohl BSG SozR 3 - 2200 § 182c Nr 1). Weil und wenn die Krankenversicherung dem Grunde nach - Beschränkungen aus Gründen der Kostendämpfung hinweggedacht - verpflichtet ist, eine Leistung im Rahmen der Krankenhilfe zum Zweck allein schon der Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung des regelwidrigen Körperzustandes zu gewähren (vgl BSG SozR 2200 § 182 Nr 9), dann ist für einen Eintritt der Rentenversicherung im Rahmen der Rehabilitation kein Raum. Deshalb kommt auch dem Umstand keine entscheidende Bedeutung zu, daß die Klägerin nach den Feststellungen des LSG bei der Ausübung ihres Berufes als Versicherungsangestellte nach den Bekundungen der Mediziner beeinträchtigt gewesen sei und bei Nichtdurchführung der zahnärztlichen Behandlung in absehbarer Zeit sogar mit dem Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit hätte gerechnet werden müssen, des weiteren, daß die durchgeführte Zahnbehandlung der Klägerin nach der Auffassung des Sachverständigen zu einer dauerhaften Besserung und damit zur Wiederherstellung der insoweit beeinträchtigten Erwerbsfähigkeit geführt habe. Etwas anderes kann nur dann gelten, wenn wegen einer "besonderen beruflichen Betroffenheit" und zu deren Behebung Leistungen erforderlich sind, wie sie die Kasse nicht zu erbringen braucht. Erst was über die der Kasse obliegende Leistung - Beschränkungen aus Kostendämpfungsgründen wiederum hinweggedacht - hinausgeht, kann bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 13 AVG medizinische Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger sein. Dabei umfaßt die Krankenpflege alles, was geeignet, ausreichend und zweckmäßig ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (§ 182 Abs 2 RVO), und zwar auch unter dem Blickpunkt der (Abwendung von) Arbeitsunfähigkeit (vgl BSGE 35, 10, 12 mwN), ohne daß aber die



Grenze zum "Bereich der Leistungsträger" überschritten wird, "die für den Ausgleich von Nachteilen im beruflichen ... Bereich zuständig sind" (BSGE 42, 229, 230 unten); dagegen ist im Rehabilitationsbereich der Rentenversicherung nicht nur auf den zuletzt ausgeübten Beruf abzustellen, sondern es sind auch die beruflichen Tätigkeiten der letzten Jahre einzubeziehen (BSGE 49, 263, 267). Die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung im Rehabilitationsbereich sowie das der Rehabilitation innewohnende Finalitätsprinzip verbietet demnach auch einen bloßen "Aufstockungsmechanismus". Lediglich soweit aus besonderen beruflichen Gründen auch eine besondere, aufwendigere Ausfertigung des Zahnersatzes erforderlich ist, kann der daraus resultierende Mehraufwand als Rehabilitationsleistung in Betracht kommen.

Hiernach erfüllt die Klägerin die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsleistung der Beklagten nicht. Eine Sonderstellung gegenüber anderen Kranken- und Rentenversicherten kann ihr nicht eingeräumt werden. Daß hier die Leistungspflicht der Kasse wegen der Kieferanomalie in erhöhtem Maße geboten sein mochte, ändert nichts daran, daß die Zuständigkeitsgrenze zur gesetzlichen Rentenversicherung beachtet werden muß.

Soweit die Klägerin einen Verfahrensmangel der Vorinstanz rügt mit dem Hinweis, die Grenzen der freien Beweiswürdigung seien überschritten worden, liegt ein solcher Mangel schon nach Ihrem eigenen Vorbringen nicht vor; denn ihr Einwand richtet sich gerade nicht gegen die Beweiswürdigung, sondern gegen die rechtliche Bewertung durch das Berufungsgericht, die indessen - wie dargelegt - mit der höchststrichterlichen Rechtsprechung übereinstimmt.

Wie bereits das LSG am Ende seines Urteils ausgeführt hat, bedarf es keines Eingehens darauf, ob die Leistungsklage (der das SG stattgegeben hatte) zulässig war, da der Klageanspruch nur eine Ermessensleistung der Beklagten zum Ziel haben konnte.

Nach alledem mußte die Revision zurückgewiesen werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

