

Bundessozialgericht

8 RK 66/84

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,
g e g e n

.....

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Der 8. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche
Verhandlung am 27. November 1985
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landes-
sozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 15. März
1984 aufgehoben. Die Berufung der Beklagten gegen das
Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 21. Januar 1982
wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch
für das Revisionsverfahren nicht zu erstatten.



-2-

G r ü n d e :

I

Die klagende Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) verlangt von der beklagten Betriebskrankenkasse (BKK) die Erstattung eines Zuschusses zu Kosten für Zahnersatz.

Frau G war aufgrund eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bei der K.-AG bis zum 31. August 1979 Mitglied der Beklagten. Ab 1. September 1979 war sie zwar weiterhin beschäftigt, unterlag jedoch nicht mehr der Versicherungspflicht. Ihr Ehemann, der Mitglied der Klägerin ist, hatte von da an für sie Anspruch auf Familienkrankenhilfe.

Am 5. September 1979 stellte der Zahnarzt Dr. E. fest, einige Zähne der Frau G. seien erkrankt, aber erhaltungswürdig, ein bereits vorhandener Zahnersatz bedürfe der Erneuerung. Den zahnärztlichen Heil- und Kostenplan vom selben Tage reichte Frau G. der Klägerin zur Genehmigung ein. Nachdem Dr. E. mitgeteilt hatte, die Notwendigkeit der prothetischen Versorgung habe mit Sicherheit schon im August 1979 bestanden, verneinte die Klägerin ihre Leistungspflicht, weil der Versicherungsfall - nämlich die Krankheit - noch während der Mitgliedschaft von Frau G. bei der Beklagten eingetreten sei, so daß sie noch einen eigenen Anspruch auf Krankenpflege gegen die Beklagte gehabt habe. Die Beklagte verneinte jedoch ebenfalls ihre Zuständigkeit, weil für die Leistung "Zahnersatz" der Versicherungsfall frühestens eintrete,



-3-

wenn der Zahnarzt die prothetische Versorgung für notwendig erachte. Das sei aber hier erst am 5. September 1979, am Tage der Erstellung des Behandlungsplans, geschehen.

Die zahnprothetische Behandlung war am 13. Dezember 1979 abgeschlossen. Dr. E. stellte Frau G. dafür insgesamt 7.284,47 DM in Rechnung. Da die Leistungspflicht unter den beteiligten Krankenkassen weiterhin streitig blieb, übernahm die Klägerin, entsprechend ihrer Satzung, 80 vH dieses Betrages und verlangte mit ihrer Klage dessen Erstattung von der Beklagten in Höhe von 5.827,58 DM.

Das Sozialgericht (SG) hat diesem Klagebegehren stattgegeben, weil die behandlungsbedürftige Zahnerkrankung schon während der Mitgliedschaft von Frau G. bei der Beklagten bestanden habe. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Erstattungsanspruch, weil sie selbst zuständiger Leistungsträger sei. Frau G. habe keinen nachgehenden Anspruch auf einen Zuschuß der Beklagten. Der Zuschuß zu den Kosten für Zahnersatz sei eine einmalige Leistung und damit kein "Bezug" von Krankenpflege. Der besondere Versicherungs- und Leistungsfall des Zuschusses zu den Kosten für Zahnersatz sei bei Frau G. erst nach dem Ende ihrer Mitgliedschaft bei der Beklagten eingetreten. Die Notwendigkeit der zahnprothetischen Versorgung reiche dazu allein nicht aus; es müsse vielmehr auch ein versicherungsrechtlicher Leistungsanspruch ausgelöst werden. Der Anspruch auf einen Zuschuß setze voraus, daß solche Kosten tatsächlich entstanden seien. Sie könnten frühestens mit dem Beginn der Inanspruchnahme

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

-4-

-4-

zahnprothetischer Behandlung entstehen.

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung der §§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d und 183 Abs 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO). Frau G. habe einen nachgehenden Anspruch gegen die Beklagte gehabt, weil die Zahnerkrankung, die zur prothetischen Versorgung geführt habe, schon vor dem Ende ihrer Mitgliedschaft bestanden habe. Im übrigen habe das LSG seine Aufklärungspflicht verletzt.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des 16. Senats des Landes-
sozialgerichts für das Land Nordrhein-
Westfalen vom 15. März 1984 aufzuheben
und die Beklagte zu verurteilen,
5.827,58 DM an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beteiligten sind damit einverstanden, daß der Senat den Rechtsstreit durch Urteil ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) entscheidet.

II

Die Revision der Klägerin ist begründet. Das LSG hat zu Unrecht auf die Berufung der Beklagten das der Klage stattgebende Urteil



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



-5-

des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Denn die Beklagte hat der Klägerin den von ihr geleisteten Kostenzuschuß zu erstatten.

Der streitige Erstattungsanspruch ist nach den §§ 102 ff des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X) zu beurteilen, denn nach Art II § 21 des Gesetzes vom 4. November 1982 (BGBl I, 1450) sind bereits begonnene Verfahren nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu Ende zu führen. Auf Ansprüche, die schon vor dem Inkrafttreten des 3. Kapitels des SGB X entstanden sind, über die aber noch nicht rechtskräftig entschieden ist, sind daher nach der inzwischen gesicherten und ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die Bestimmungen dieses Kapitels anzuwenden (Urteile des erkennenden Senats vom 22. Mai 1984 - SozR 2200 § 182b Nr 30 - und des 1. Senats des BSG vom 30. Januar 1985 - SozR 1300 § 104 Nr 7 - und vom 22. Mai 1985 - SozR 1300 § 104 Nr 7 - jeweils mwN).

Der Erstattungsanspruch der Klägerin folgt aus § 102 SGB X. Sie hat entsprechend § 43 Abs 1 des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB I) vorläufig geleistet, denn es bestand ein Anspruch auf Zuschuß zu den Kosten des Zahnersatzes für Frau G. und es war zwischen den beteiligten Krankenkassen streitig, wer zur Leistung verpflichtet sei, nämlich entweder die Klägerin wegen eines Familienkrankenhilfeanspruchs des Ehemannes oder die Beklagte wegen eines Krankenpflegeanspruchs von Frau G. selbst. Der Behandlungsplan war der Klägerin vorgelegt worden. Sie war daher zuerst angegangen worden und der Anspruch allein gegen sie gerichtet.



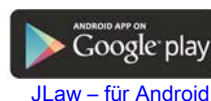
Leistungspflichtiger Träger ist die Beklagte gegenüber Frau G., so daß ihr Ehemann keinen Familienkrankenpflegeanspruch nach § 205 RVO hat. Dieser Familienkrankenpflegeanspruch ist kein gegenüber dem Anspruch des Familienangehörigen auf Krankenhilfe aus eigener Versicherung nachrangiger Anspruch iS von § 104 SGB X. Er setzt ua voraus, daß der Familienangehörige keinen Anspruch auf Krankenpflege aus eigener Versicherung hat. Der Familienkrankenpflegeanspruch entsteht also nicht, wenn ein anderer leistungspflichtiger Träger seine Leistungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig erfüllt (§ 104 Abs 1 Satz 2 SGB X). Leistungspflichtig ist insoweit also jeweils nur ein Träger. Die Leistungspflicht des Familienkrankenhilfeträgers ist nicht von der Leistung des dem Familienangehörigen leistungspflichtigen Trägers abhängig.

Entgegen der Auffassung des LSG hat Frau G. gegen die Beklagte einen sogenannten nachgehenden Krankenpflegeanspruch, der auch den hier streitigen Anspruch auf Zuschuß zu den Kosten für Zahnersatz umfaßt.

Nach dem hier anzuwendenden § 182 RVO idF des Rehabilitationsanpassungsgesetzes vom 7. August 1974 (BGBl I 1881) -RehaAnpassG- und des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) -KVKG- umfaßt die Krankenhilfe, die nach Abs 1 Nr 1 als Krankenpflege gewährt wird, neben den in den Buchst. a, b, c und e genannten Leistungen nach Buchst. d Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Damit sind diese Zuschüsse ab 1. Oktober 1974 ebenfalls zur Regel-Pflicht-



leistung geworden und stehen nicht mehr - wie bis dahin nach I Nr 4 des sogenannten Verbesserungserlasses des früheren Reichsarbeitsministers vom 2. November 1943 (AN 1943, 485) - im Ermessen der Krankenkasse. Allerdings sind diese Zuschüsse keine Sachleistungen, dh Leistungen, die die Krankenkassen ihren Mitgliedern kostenfrei zur Verfügung zu stellen haben, sondern Leistungen eigener Art, wobei der Zahnersatz eine einheitliche aber komplexe Leistung ist, die Elemente zahnärztlicher und handwerklicher Tätigkeit enthält. Die vom 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 12. Dezember 1972 (BSGE 35, 105, 106) insoweit angestellten Erwägungen gelten auch für die hier anzuwendende Fassung des § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst. d RVO. Denn mit der Neufassung durch § 21 Nr 5 RehaAnglG sollte nur die bisherige Ermessensleistung zur Pflichtleistung werden (vgl die Begründung zum Regierungsentwurf in BR-Drucks 517/73 S 63 zu Nr 5 Buchst. a aE). Im übrigen blieb der Anspruch in seiner Eigenart als Kostenerstattung unverändert. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dieser Anspruch folge hinsichtlich seiner Entstehung und Dauer nicht den Grundsätzen über die Gewährung anderer Krankenpflegeleistungen, denn es ist nicht erkennbar, daß die Interessenlage insbesondere auch hinsichtlich nachgehender Ansprüche unterschiedlich ist und das Gesetz insoweit eine andere Regelung treffen wollte. Wenn der Zahnersatz nicht Sachleistung, sondern nur in Form eines Kostenzuschusses Regelleistung ist, so mag das seinen Grund darin haben, daß die Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von jeher anders geregelt war als andere Leistungen der Krankenpflege, insbesondere wohl auch, weil Unklarheit darüber bestand, ob überhaupt



- gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen - fehlende Zähne eine Krankheit iS der gesetzlichen Krankenversicherung sind (vgl. ua BSGE 35, 10, 105). Jedenfalls erschien es dem Gesetzgeber nicht gerechtfertigt, dem Versicherten auch Zahnersatz grundsätzlich kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Immerhin gestatteten sowohl der "Verbesserungserlaß" als auch § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst. d RVO bis zu seiner Änderung durch das KVKG zum 1. Juli¹⁹⁷⁷ den Kassen die Übernahme der vollen Kosten, was einer Sachleistung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung im wirtschaftlichen Ergebnis gleichkam.

Die Tatsache, daß ein Zuschuß zu Kosten erst gewährt werden kann, wenn die Kosten selbst tatsächlich angefallen sind, rechtfertigt ebenfalls keine andere Beurteilung. Der nachgehende Anspruch auf Krankenpflege - dh der Anspruch auch für Zeiten nach beendeter Mitgliedschaft - entsteht nach der Rechtsprechung des BSG mit dem Eintritt des Versicherungsfalls während der Mitgliedschaft, der Leistungsfall dagegen erst, wenn die Leistung in Anspruch genommen wird (BSGE 25, 37, 38 mwN). Den maßgeblichen Versicherungsfall sieht die Rechtsprechung im Eintritt der behandlungsbedürftigen Erkrankung, auch wenn zunächst eine Behandlung nicht in Anspruch genommen wird (BSGE 28, 249, 251). Dieser, nach dem Grundsatz der Einheit des Versicherungsfalls (BSGE 25, 37, 38) von dem Fortbestehen einer Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse unabhängige, Anspruch wird durch § 183 Abs 1 Satz 2 RVO beim Ausscheiden aus der Mitgliedschaft in jedem Fall auf 26 Wochen nach dem Ausscheiden begrenzt (BSG aaO 252). Danach sind während dieser Zeit des "nachgehenden Anspruchs" alle Leistungen der



Krankenpflege zu gewähren, die ihren Grund in der während der Mitgliedschaft entstandenen behandlungsbedürftigen Erkrankung haben. Fallen daher Kosten für eine zahnprothetische Behandlung innerhalb von 26 Wochen nach dem Ausscheiden des Versicherten an, so entsteht der Leistungsanspruch, nämlich derjenige auf Zuschuß zu diesen Kosten gegen die frühere Krankenkasse, wenn der Versicherungsfall - die Notwendigkeit prothetischer Versorgung - während der bestehenden Mitgliedschaft eingetreten ist. Zutreffend weist das LSG darauf hin, daß bei anderen einmaligen Leistungen der Krankenpflege - etwa der Versorgung mit einer Brille (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst. b) oder die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst. c iVm § 182b RVO) - die Krankenkasse leistungspflichtig bleibt, deren Mitglied der Versicherte war, wenn die Anspruchsvoraussetzungen, nämlich die Notwendigkeit der Versorgung bzw Ausstattung, während der Mitgliedschaft erfüllt waren. Es ist nicht erkennbar, daß für den Anspruch auf Kostenzuschuß zur prothetischen Versorgung etwas anderes gelten soll, nur weil diese Regelleistung in Form eines Kostenzuschusses zu gewähren ist.

Nachdem neuerdings nach dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 -KVEG- (BGBl I, 1578) die zahnprothetische Versorgung keine einheitliche Leistung mehr ist, sondern in einerseits "zahnärztliche Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen" (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst. d) und andererseits in "Zuschüsse zu den Kosten für zahntechnische Leistungen" (§ 182 Abs 1 Nr 1 Buchst. g) aufgeteilt worden ist,



-10-

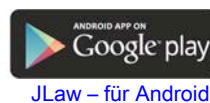
erscheint es noch weniger gerechtfertigt, den Zuschuß nicht nach den Grundsätzen des nachgehenden Anspruchs zu beurteilen. Denn die zahnärztliche Behandlung nach Buchst. d ist danach ebenso Sachleistung wie die übrigen Leistungen der Krankenpflege, etwa wie die zahnärztliche Behandlung nach § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst. a. Ein dahingehendes Ergebnis, daß bei einer beendeten Mitgliedschaft gegebenenfalls die zahnärztliche Leistung bei der prothetischen Versorgung zu gewähren ist, nicht jedoch der Zuschuß zu den Kosten für die zahntechnische Leistung, wäre kaum mit dem Sinn und Zweck des Anspruchs auf Regelleistungen der Krankenpflege zu vereinbaren.

Da sowohl der Behandlungsplan innerhalb von 26 Wochen nach dem Ausscheiden von Frau G. aus der Mitgliedschaft bei der Beklagten erstellt als auch die Behandlung innerhalb dieses Zeitraums beendet worden ist, und die Behandlungsbedürftigkeit schon vor der Beendigung der Mitgliedschaft bestand, sind alle Voraussetzungen für einen Anspruch von Frau G. gegen die Beklagte erfüllt. Die Klägerin, die "vorgeleistet" hat, hat daher den streitigen Erstattungsanspruch gegen die Beklagte. Er richtet sich entsprechend § 102 Abs 2 SGB X in der Höhe nach dem für sie geltenden Recht und ist daher in vollem Umfang der erbrachten Leistung begründet.

-11-



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



- 11 -

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)