

L 15 VK 6/13

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung
15
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 30 VK 11/10
Datum
07.03.2013
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 15 VK 6/13
Datum
25.09.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 9 V 60/14 B
Datum
05.03.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zur Entscheidung über einen Befangenheitsantrag in der mündlichen Verhandlung bei Anwesenheit des Klägers.
 2. Im Rahmen der Versorgung nach dem BVG ist für Zahnersatz der doppelte Festzuschuss im Sinn der krankensicherungsrechtlichen Regelungen zu gewähren. Aus dem Sachleistungsprinzip ergibt sich kein weitergehender Anspruch.
 3. Eine Kostenübernahme von Zahnbehandlungsmaßnahmen bei der Ehefrau eines Beschädigten kommt im Rahmen der Versorgung nach dem BVG dann nicht in Betracht, wenn die Ehefrau gesetzlich krankensichert ist. Auch eine Aufstockung der von der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen ist ausgeschlossen.
- I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 7. März 2013 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt im Rahmen der Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) Leistungen des Zahnersatzes für sich und seine Ehefrau.

Der Kläger ist Schwerbeschädigter mit einem Grad der Schädigung (GdS) von 50; als Schädigungsfolgen nach dem BVG sind der Verlust der Finger I bis IV der linken Hand und winzige Weichteilstecksplitter im Gesicht anerkannt. Seine Ehefrau ist bei einem Träger der gesetzlichen Krankversicherung (S.) versichert.

Mit Schreiben vom 20.03.2010 legte der Kläger einen Heil- und Kostenplan vom 29.01.2010 der Zahnärztin Dr. B. für die zahnärztliche Behandlung von ihm selbst (Gegenstand der Behandlung: Krone beim Zahn 47; Kosten: 552,46 EUR) und zwei weitere Heil- und Kostenpläne vom 08.03.2010 für die Behandlung seiner Ehefrau (Kosten: 239,51 EUR und 2.923,02 EUR) mit der Bitte um Genehmigung und Übernahme der Gesamtkosten vor. Zur Begründung eines Erstattungsanspruchs zitierte er die Vorschriften der §§ 10, 11, 18 Abs. 1 BVG; er habe - so der Kläger - einen Anspruch auf kostenfreie Sachleistung. Dem Berechtigten dürfe bei einer dem Befund entsprechenden notwendigen Versorgung kein eigener Kostenanteil verbleiben. Zu beachten sei, dass sich bei im Regelfall hochbetragten BVG-Berechtigten und der Art der bei ihnen mit Zahnersatz zu versorgenden Gesundheitsstörungen Abweichungen von der Regelversorgung ergeben könnten. Den Anspruch wegen der Zahnbehandlung seiner Ehefrau stützte er auf § 10 Abs. 4 und 5 BVG.

Mit Bescheid vom 24.03.2010 lehnte der Beklagte die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten für Zahnersatz bei der Ehefrau des Klägers ab. Diese erhalte - so der Beklagte - von ihrer Krankenkasse die entsprechenden gesetzlichen Festzuschüsse. Es liege damit ein Ausschlussgrund im Sinn des § 10 Abs. 7 Satz 1 Buchst. b i.V.m. Satz 2 und 3, § 12 BVG vor.

Mit Bescheid vom 25.03.2010 bewilligte der Beklagte dem Kläger für seine eigene Zahnbehandlung gemäß § 10 Abs. 2 BVG eine Kostenübernahme bis zur Höhe des doppelten Festzuschusses von voraussichtlich 243,14 EUR.

Mit Schreiben vom 18.04.2010 erhob der Kläger gegen beide Bescheide Widerspruch.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.04.2010 wies der Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 25.03.2010 zurück. Er begründete

dies wie folgt: Gemäß §§ 10 Abs. 2, 11 Abs. 1 Nr. 4 BVG habe der Kläger Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der Heilbehandlung. Der Leistungsumfang richte sich hierbei grundsätzlich nach der in den Festzuschuss-Richtlinien und den Zahnersatz-Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten Regelversorgung. Der doppelte Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung entspreche der Vergütung für eine Regelversorgung. Bei der geplanten Zahnbehandlungsmaßnahme handele sich um eine Kronenversorgung des Zahns 47. Die Regelversorgung sehe hierfür eine Versorgung mit einer Krone ohne Verblendung vor. Nach dem Heil- und Kostenplan sei jedoch eine Krone mit Keramikverblendung geplant. Die Kosten dieser sogenannten gleichartigen Versorgung würden die Kosten der Regelversorgung übersteigen. Medizinische Gründe hierfür lägen nicht vor, so dass lediglich Anspruch auf die Regelversorgung bestehe. Darüber hinausgehende Kosten seien nach § 18 Abs. 2 BVG vom Kläger selbst zu tragen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.05.2010 wies der Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 24.03.2010 zurück. Die Ehefrau des Klägers habe - so der Beklagte - keinen Krankenbehandlungsanspruch aus dem BVG. Angehörige sowie Hinterbliebene von Kriegsbeschädigten hätten, anders als Beschädigte selbst, keinen Krankenbehandlungsanspruch, wenn sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung seien.

Am 09.06.2010 hat der Kläger gegen die "am 10.05.2010 zugestellten" Widerspruchsbescheide Klage zum Sozialgericht (SG) München erhoben.

Unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30.05.2006, Az.: [B 1 KR 18/05 R](#), hat er argumentiert, dass der Anspruch eines Versorgungsberechtigten nicht pauschal dadurch ausgeschlossen sei, dass dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankversicherung sei. Seiner Ehefrau sei wie ihm selbst seit der Eheschließung eine Heil- und Krankenbehandlung nach dem BVG zu gewähren.

Mit Gerichtsbescheid vom 07.03.2013 ist die Klage abgewiesen worden.

Am 10.04.2013 hat der Kläger Berufung eingelegt. Er hat die Beiladung der Bundesrepublik Deutschland beantragt. In seiner 26-seitigen Berufungsbegründung kommt seine Meinung zum Ausdruck, dass er für seine Ehefrau einen Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung nach dem BVG habe, da ein solcher Anspruch nicht nach § 10 Abs. 7 BVG pauschal dadurch ausgeschlossen sei, dass seine Ehefrau Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sei. Er sei nicht bereit, für die Beklagte Leistungsstreitigkeiten mit der Krankenkasse zu führen.

Die vom Kläger mit Schreiben vom 20.09.2014 gestellten Befangenheitsanträge gegen den Berichterstatter und den früheren Vorsitzenden des Senats sind mit Beschluss des Senats in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 zurückgewiesen worden.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid vom 07.03.2013 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung der Bescheide vom 24. und 25.03.2010 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 03.05. und 30.04.2010 zur Erstattung der Kosten für Zahnersatz jeweils in Höhe der in den Behandlungsplänen angesetzten Kosten zu verurteilen.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten des Beklagten, die Akten des SG München und die Akten des Bayer. Landessozialgerichts (LSG) zum Aktenzeichen L 15 [VK 14/09](#) NZB beigezogen. Vorgelegen haben zudem die Akten des Bayer. LSG zum Aktenzeichen [L 15 V 55/99](#). Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Berufsakten und der beigezogenen Akten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in Abwesenheit des Klägers verhandeln und entscheiden können, da dieser über den Termin zur mündlichen Verhandlung informiert und dabei auch auf die Folgen seines Ausbleibens hingewiesen worden war ([§ 110 Abs. 1 Satz 2](#), [§ 153 Abs. 1 SGG](#)).

Auch bei Berücksichtigung des Umstands, dass über den kurz vor der mündlichen Verhandlung gestellten Befangenheitsantrag des Klägers vor der mündlichen Verhandlung noch nicht entschieden war, hat unter dem Gesichtspunkt des verfassungsrechtlich garantierten Grundsatzes des rechtlichen Gehörs gemäß [Art. 103](#) Grundgesetz kein Anlass bestanden, in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 wegen des Nichterscheins des Klägers nicht durch Urteil zu entscheiden, sondern zu vertagen. Dies hat das BSG in einem ähnlich gelagerten Fall, in dem sogar zusätzlich zum Befangenheitsantrag ein Terminverlegungsantrag gestellt worden war, im Beschluss vom 01.08.2000, Az.: [B 9 SB 24/00](#), wie folgt begründet:

"Entgegen seinem Vorbringen durfte der Kläger nicht schon aufgrund seines Ablehnungsgesuchs mit einer Verlegung des Termins rechnen. Er musste vielmehr die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass das LSG über dieses noch am Terminstag - ggf in anderer Besetzung - durch verkündeten und sofort rechtskräftigen ([§ 177 SGG](#)) Beschluss aufgrund mündlicher Verhandlung entscheiden würde. Bei einem Erfolg des Ablehnungsgesuchs hätte dann eine mündliche Verhandlung der Hauptsache unter Leitung des stellvertretenden Senatsvorsitzenden stattfinden können. Für den Fall der Zurückweisung oder Verwerfung (wie geschehen) des Gesuchs durfte das LSG sogar in unveränderter Besetzung zur Hauptsache mündlich verhandeln und entscheiden (die Verwerfung des Ablehnungsgesuchs hätte es sogar ebenfalls in gleicher Besetzung vornehmen können vgl Zöller aaO RdNr 4 zu [§ 45 ZPO](#) mwN). Darum konnte der Kläger auch nicht damit rechnen, dass seinem Terminverlegungsantrag stattgegeben werden würde. Denn das hätte das Vorliegen eines erheblichen Grundes erfordert (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl, RdNr 4b zu § 110). Ein solcher erheblicher Grund war aus den oben dargelegten Gründen in dem Ablehnungsgesuch nicht zu sehen."

Dem ist nichts hinzuzufügen.

Der Berichterstatter des Senats, den der Kläger mit auf den 20.09.2014 datierten und am 21. bzw. 22.09.2014 jeweils abends bei Gericht eingegangenen Schreiben wegen der Besorgnis der Befangenheit abgelehnt hatte, hat an der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 und

dem Urteil vom selben Tag mitwirken können, weil der Befangenheitsantrag bereits zuvor in der mündlichen Verhandlung mit Beschluss des Senats rechtskräftig abgelehnt worden war. Das den als befangen abgelehnten Richter treffende Handlungsverbot gemäß [§ 47 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung endete mit der rechtskräftigen zurückweisenden Erledigung des Befangenheitsantrags durch den in der mündlichen Verhandlung am 25.09.2014 verkündeten Beschluss.

Die Frage, ob der Kläger von diesem Beschluss Kenntnis gehabt hat, ist rechtlich irrelevant (vgl. BSG, Beschluss vom 30.06.2008, Az.: [B 2 U 1/08 RH](#) - dort zur Kenntnis des abgelehnten Richters). Er könnte sich nicht darauf berufen, dass er zum Zeitpunkt der Entscheidung durch Urteil mangels Kenntnis von dem in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 getroffenen Beschluss zur Befangenheit davon ausgegangen sei, dass der Befangenheitsantrag noch offen sei und dies einer abschließenden Entscheidung durch Urteil entgegen stehe. Auf seine Kenntnis des vor Erlass des Urteils ergangenen Beschlusses zum Befangenheitsantrag kommt es nicht an. Dieser Beschluss ist bereits mit der Verkündung in der mündlichen Verhandlung wirksam und mangels Rechtsbehelfsmöglichkeit auch rechtskräftig geworden - und zwar unabhängig von der Kenntnis des Klägers. Zwar werden Beschlüsse ohne mündliche Verhandlung nach [§ 142 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 133 SGG](#) erst mit Zustellung wirksam. Eine derartige Situation liegt aber hier nicht vor. Vielmehr hat der Senat angesichts des vom Kläger zu vertretenden Zeitdrucks von dem Senat durch [§ 142 Abs. 1 SGG](#) eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht, über den Befangenheitsantrag in der mündlichen Verhandlung zu entscheiden und den Beschluss dort gemäß [§ 142 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 132 SGG](#) zu verkünden. Ein solcher, in der mündlichen Verhandlung verkündeter Beschluss wird mit der Verkündung existent und damit wirksam (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/ders./Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 142, Rdnr. 3c, § 135, Rdnr. 3, § 132, Rdnr. 1a, § 125, Rdnr. 4). Auf die Frage, wann der Kläger vom Beschluss zur Befangenheit Kenntnis erlangt, kommt es nicht an, da eine personenbezogene und kenntnisbegründete Teilwirksamkeit gerichtlicher Entscheidungen dem Grundsatz der durch Verkündung begründeten Öffentlichkeit einer gerichtlichen Entscheidung fremd ist. Die gemäß [§ 142 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 135 SGG](#) gebotene Zustellung des Protokolls mit dem Beschluss zur Befangenheit an den Kläger hat dabei keine Bedeutung für die Wirksamkeit des gerichtlichen Beschlusses, sondern ist vom Gesetzgeber wegen des Beginns etwaiger Rechtsmittelfristen - die es hier nicht gibt - vorgesehen worden (vgl. Keller, a.a.O., § 135, Rdnr. 3). Mit dem Wirksamwerden des Beschlusses zur Befangenheit im ersten Teil der mündlichen Verhandlung am 25.09.2014 ist auch dessen Rechtskraft eingetreten, da gemäß [§ 177 SGG](#) eine Beschwerde ausgeschlossen ist.

Lediglich der Vollständigkeit halber weist der Senat darauf hin, dass, auch wenn die Frage des Wirksamwerdens eines Beschlusses in einer mündlichen Verhandlung offen gelassen würde, die Mitwirkung des abgelehnten Berichterstatters in der mündlichen Verhandlung vom 25.09.2014 und beim Urteil vom selben Tag nicht zu einem angreifbaren Rechtsfehler führen würde. Denn ein derartiger Verfahrensfehler würde nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung durch die Zustellung des vor Erlass des Urteils gefassten Beschlusses über die Verwerfung des Ablehnungsgesuchs geheilt (vgl. Bundesgerichtshof, Beschlüsse vom 19.05.1953, Az.: [2 StR 445/52](#), und vom 15.07.2004, Az.: [IX ZB 280/03](#); Bundesfinanzhof, Beschluss vom 17.10.1996, Az.: [XI R 13/96](#); Bundesarbeitsgericht, Beschluss vom 28.12.1999, Az.: [9 AZN 739/99](#); BSG, Beschluss vom 01.08.2000, Az.: [B 9 SB 24/00 B](#)).

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

1. Streitgegenstand

Streitgegenstand sind die Bescheide vom 24. und 25.03.2010 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 03.05. und 30.04.2010, in denen der Beklagte über die Kostenerstattung bei konkret geplanten Zahnbehandlungsmaßnahmen beim Kläger sowie dessen Ehefrau entschieden hat.

Zur Klarstellung für den Kläger weist der Senat darauf hin, dass allgemeine Feststellungen zur Ausgestaltung des Behandlungsanspruchs des Klägers und seiner Ehefrau, soweit diese über die konkret geplanten Zahnbehandlungsmaßnahmen, wie sie sich aus den Behandlungsplänen vom 29.01.2010 und vom 08.03.2010 ergeben, nicht Gegenstand des Verfahrens sind, da insofern eine anfechtbare Entscheidung des Beklagten nicht vorliegt.

2. Kostenübernahme für die Zahnersatzmaßnahme des Klägers

Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine über den doppelten Festzuschuss hinausgehende Kostenübernahme durch den Beklagten.

2.1. Streitgegenstand

Streitgegenstand ist die Frage der Bezuschussung von Zahnbehandlung über die Höhe des doppelten Festzuschusses für die Regelversorgung hinaus in Form einer kostenfreien Sachleistung. Der Beklagte hat seine Entscheidung, wie sich zweifelsfrei aus dem Bescheid vom 25.03.2010 und dem Widerspruchsbescheid vom 30.04.2010 ergibt, ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der sogenannten Pflichtleistung gemäß §§ 10 Abs. 1 Satz 1, 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BVG getroffen. Eine Entscheidung zum Härteausgleich gemäß § 89 BVG ist nicht ergangen. Wegen der unterschiedlichen Streitgegenstände (vgl. BSG, Urteil vom 18.12.1996, Az.: [9 RV 2/95](#)) ist dem Senat eine Prüfung des klägerischen Begehrens nur unter dem materiellen Gesichtspunkt möglich, unter dem die Entscheidung des Beklagten ergangen ist, also dem der Pflichtleistung.

2.2. Keine Erstattung der über den doppelten Festzuschuss hinausgehenden Kosten im Wege einer Pflichtleistung gemäß § 11 BVG

Im Rahmen der Versorgung nach dem BVG ist dem Kläger für Zahnersatz der doppelte Festzuschuss im Sinn der krankensicherungsrechtlichen Regelungen zu gewähren. Aus dem Sachleistungsprinzip ergibt sich kein weitergehender Anspruch.

Gemäß § 10 Abs. 1 BVG erhält ein Beschädigter Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht sind. Nur ausnahmsweise dann, wenn ein Anspruchsteller wie hier schwerbeschädigt im Sinne des § 31 Abs. 2 BVG ist, der GdS also mindestens 50 beträgt, besteht auch ein Anspruch auf Heilbehandlung wegen schädigungsfremder Gesundheitsstörungen.

Der Umfang der Heilbehandlung nach dem BVG, der gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BVG auch Zahnersatz umfasst, folgt gemäß § 11 Abs. 1

Satz 2 BVG ("Die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) ihren Mitgliedern verpflichtet ist, gelten für die Leistungen nach Satz 1 entsprechend, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt.") den Vorgaben des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, also dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), soweit nicht im BVG Abweichendes geregelt ist.

§§ 55 ff. SGB V enthalten die Vorschriften zum Zahnersatz. Danach wird - entsprechend dem im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzip - die Sachleistung im Wege eines Festzuschusses gewährt (vgl. Vogl, a.a.O., § 11 BVG, Rdnr. 17). Infolge des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) i.d.F. vor allem des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004 (BGBl. I S. 3445) besteht seit dem 01.01.2005 ein Anspruch auf einen befundbezogenen Festzuschuss. Dessen Höhe richtet sich nach den Kosten für prothetische Regelversorgungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach Maßgabe des § 56 SGB V festlegt (vgl. z.B. Kasseler Kommentar, 81. Erg.lief. 2014, § 55 SGB V, Rdnr. 7).

Gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfassen die Festzuschüsse 50 v.H. der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 (zahnärztliche Leistungen) und § 57 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB V (zahntechnische Leistungen) festgesetzten "Beträge für die jeweilige Regelversorgung". Den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 56 SGB V festgelegten Regelversorgungen, welche für bestimmte Befunde eine in der Mehrzahl der Fälle geeignete konkrete Versorgung beschreiben müssen (vgl. § 56 Abs. 1 und 2 SGB V), werden gemäß § 57 SGB V auf der Grundlage und in Fortentwicklung bisheriger Punktwerte bundeseinheitliche Vergütungen zugeordnet, welche die "Beträge für die jeweilige Regelversorgung" im Sinn des § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V ergeben. Diese beschreiben nicht (zwingend) die Kosten der konkreten, im jeweiligen Fall verwirklichten Versorgung, sondern die Aufwendungen für eine regelmäßig vom Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss für erforderlich gehaltene Zahnprothetik.

Die im Bereich des BVG gemäß § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG zuzahlungsfreie Sachleistung wird bei Zahnersatz in Abweichung zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (dort nur einfacher Festzuschuss) in Höhe des doppelten Festzuschusses erbracht, da damit im Regelfall die notwendige medizinische Versorgung und so eine zahnärztliche Behandlung "ohne Beteiligung an den Kosten" im Sinn des § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG gewährleistet ist. Fallen darüber hinausgehende, nicht medizinisch begründete Mehrkosten an, stellen diese keine von § 18 Abs. 1 Satz 2 BVG ausgeschlossene Kostenbeteiligung dar. Ob ein Versorgungsberechtigter eine kostenaufwändigere (Wahl-)Versorgung in Anspruch nimmt, steht einer Sachleistung in Höhe des doppelten Festzuschusses nicht entgegen, solange der Versorgungszweck erreicht wird (vgl. Vogl, a.a.O., § 11 BVG, Rdnr. 17).

Unter Beachtung dieser Vorgaben steht dem Kläger keine kostenfreie Sachleistung in dem Umfang, dass er einen Anspruch auf Übernahme des Zahnersatzes gemäß Heil- und Kostenplan vom 29.01.2010 hätte, zu. Vielmehr hat der Beklagte - wie zutreffend im angegriffenen Bescheid zugesagt - nur die Kosten in Höhe des doppelten Festzuschusses, also in Höhe von voraussichtlich 243,14 EUR, zu übernehmen.

Es ist nicht ansatzweise ein Gesichtspunkt erkennbar oder vom Kläger vorgetragen worden, wonach mit einer Regelversorgung die medizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden könnte. Vielmehr ist es offenkundig, dass die Mehrkosten dadurch bedingt sind, dass die vom Kläger erwünschte Leistung über das medizinisch Notwendige hinaus Mehrkosten verursacht, die ausschließlich optischen Gründen geschuldet sind. So beinhaltet die vom Kläger beabsichtigte Versorgung nicht nur eine Krone, sondern auch deren Keramikverblendung. Dass eine solche Verblendung bei einem im hinteren Mundraum liegenden Zahn (Zahn 47) nicht medizinisch notwendig ist und daher bei der Ermittlung des Festzuschusses nicht berücksichtigt wird, liegt auf der Hand. Wenn der Kläger mit Blick auf die Höhe der Kosten im Kostenvorschlag seiner Zahnärztin mit Schreiben vom 20.03.2010 darauf hingewiesen hat, dass sich bei hochbetagten BVG-Berechtigten Abweichungen von der Regelversorgung ergeben könnten, ist dieser Hinweis nicht dazu geeignet, den hier zugrunde gelegten doppelten Festzuschuss als befundadäquat in Frage zu stellen. Allein wegen des Alters ergibt sich keine Abweichung des medizinisch Notwendigen von der Regelversorgung. Eine Abweichung wäre vielmehr mit den individuellen Umständen des Behandlungsfalles zu begründen. Im vorliegenden Fall gibt es aber nichts, was darauf hindeuten könnte, dass die Regelversorgung nicht medizinisch ausreichend wäre. Denn der kostenerhöhende Faktor bei der vom Kläger beabsichtigten Zahnbehandlung ist die Tatsache, dass eine Keramikverblendung der Krone beabsichtigt ist. Dies kann, zumal bei einem im hinteren Mundraum liegenden und damit kaum sichtbaren Zahn (Zahn 47), nicht mit einer medizinischen Notwendigkeit, begründet werden.

3. Kostenübernahme für die Zahnersatzmaßnahme der Ehefrau des Klägers

Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme von Zahnbehandlungsmaßnahmen seiner Ehefrau durch den Beklagten.

Zwar hat ein Schwerbeschädigte im Sinn des § 31 Abs. 2 BVG gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 Buchst. a) BVG auch einen Anspruch auf Krankenbehandlung seines Ehegatten, wenn er mit diesem in häuslicher Gemeinschaft lebt und ihn überwiegend unterhält. Dieser Anspruch ist aber gemäß § 10 Abs. 7 Satz 1 Buchst. d) BVG bzw. § 10 Abs. 7 Satz 1 Buchst. f) BVG dann ausgeschlossen, wenn ein anderer Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet oder die Heil- oder Krankenbehandlung des Ehegatten durch ein anderes Gesetz sichergestellt ist. Von einer Sicherstellung durch eine entsprechende Leistung nach einem anderen Gesetz ist gemäß § 10 Abs. 7 Satz 2 BVG dann auszugehen, wenn die Leistungen nach dem anderen Gesetz und dem BVG nach ihrer Zweckbestimmung und der Art der Leistungserbringung übereinstimmen. Gesetzgeberischer Hintergrund für diesen Ausschluss ist, dass die Erbringung von Leistungen für nicht schädigungsbedingte Erkrankungen eigentlich außerhalb des Zwecks des Entschädigungsrechts im engeren Sinn steht und nur Lücken schließen soll, die sonst im Leistungsrecht offen bleiben würden (vgl. Fehl, in: Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, 7. Aufl. 1992, § 10 BVG, Rdnr. 26; Vogl, a.a.O., § 10 BVG, Rdnr. 37). Darauf, ob die sich aus dem anderen Gesetz ergebende Leistung tatsächlich in Anspruch genommen wird, kommt es nicht an (vgl. Vogl, a.a.O., § 10 BVG, Rdnr. 42). Ausdrücklich klargestellt hat dies der Gesetzgeber für die Kosten von Zahnersatz in § 12 Abs. 2 BVG. Gemäß § 12 Abs. 2 Satz 2 BVG ist § 10 Abs. 7 BVG mit der Maßgabe anzuwenden, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung mit Zahnersatz (zusätzliche) Zuschüsse zu den Kosten der Beschaffung von Zahnersatz ausschließen.

Auch wenn die Kostenerstattung der gesetzlichen Krankversicherung, die die Ehefrau des Klägers für die Zahnbehandlungsmaßnahmen erhält, vermutlich niedriger ist als die Erstattung, die nach dem BVG zu erbringen wäre, ändert dies an der Beurteilung nichts. Denn § 12 Abs. 2 BVG steht auch einer Aufstockung der von der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen entgegen. Dies hat das BSG ausdrücklich in einem dem hier zu entscheidenden Sachverhalt vergleichbaren Fall mit Urteil vom 29.09.1993, Az.: [9/9a RV 34/92](#), wie folgt ausgeführt:

"Der Kläger kann sich auch nicht auf die Vorschriften berufen, die das Zusammentreffen von Sozialleistungsansprüchen in der Weise regeln, dass dem Leistungsempfänger die höhere Leistung verbleibt. Richtig ist, dass viele Vorschriften, die das Verhältnis von Leistungsansprüchen regeln, die aus demselben Leistungsgrund entstehen, dafür Sorge tragen, dass dem Leistungsempfänger im Ergebnis die höhere Leistung verbleibt. Der für nachrangig erklärte Anspruch wird nur in Höhe des vorrangigen Anspruchs ausgeschlossen oder ruht nur in dieser Höhe. Es ist auch einzuräumen, dass das Bundesverfassungsgericht für eine Reihe von Vorschriften, in denen die Konkurrenz von Leistungsansprüchen nicht ausdrücklich in dieser Weise geregelt ist, entschieden hat, dass eine verfassungskonforme Auslegung, wenn sie nach dem Wortlaut der betreffenden Vorschriften möglich ist, zu diesem Ergebnis führen muss ([BVerfGE 31, 185](#) = SozR Nr 18 zu [Art 14 GG](#); [BVerfGE 53, 313](#) = SozR 4100 § 168 Nr 12; [BVerfGE 79, 87](#) = SozR 2200 § 183 Nr 54).

Auf diese Weise geschützt sind aber nur Sozialleistungsansprüche, die deshalb gewährt werden, weil der Sozialleistungsempfänger dafür eine Vorleistung erbracht hat und die deshalb auch nicht davon abhängig gemacht werden dürfen, ob im Einzelfall ein Bedarf besteht. Wenn aus demselben Grund - etwa Versicherungs- oder Versorgungsfall - zwei durch Vorleistungen erworbene Ansprüche fällig werden, besteht zwar ein Interesse daran, eine Überversicherung oder Überversorgung, dh eine Doppelleistung zu vermeiden. Der verfassungsgemäß handelnde Gesetzgeber kann aber nicht regeln, dass ein derart erworbener höherer Anspruch deshalb ganz wegfällt oder ruht, weil ein weiterer geringerer Anspruch erworben wird. Derselbe Gedanke gilt, wenn es sich um Ansprüche handelt, die einem Bürger deshalb zustehen, weil von ihm ein besonderes Opfer verlangt worden ist. Dementsprechend werden nach § 65 BVG die Ansprüche auf Versorgungsbezüge und Heilbehandlung des Geschädigten nur insoweit zum Ruhen gebracht, wie entsprechende Ansprüche nach Unfallversicherungsrecht oder Beamtenrecht bestehen.

Die hier umstrittene Vorschrift des § 12 Abs 2 Satz 2 BVG regelt nicht das Verhältnis zweier nebeneinander bestehender erworbener Ansprüche. Sie bekräftigt die Grundentscheidung, die der Gesetzgeber im Rahmen des kriegsopferrechtlichen Krankenschutzes getroffen hat, auch für die Zahnarztleistungen. Nach dieser Grundentscheidung haben einen unbedingten Anspruch auf Krankenschutz nur die Kriegsbeschädigten selbst und diese nur für die Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind (§ 10 Abs 1 BVG). Der Anspruch auf den Krankenschutz in diesem Umfang kann als erworben gelten, weil er für das Opfer an Gesundheit gewährt wird, das der Staat von dem Geschädigten verlangt hat (vgl dazu Fehl in Wilke, Soziale Entschädigung, 2. Auflage, § 1 BVG RdNr 2). Dazu gehört der Krankenschutz für die Ehefrau des Geschädigten auch dann nicht, wenn sie zugleich Pflegerin ihres Mannes ist. Es bestehen allerdings beachtliche Gründe, auch der pflegenden Ehefrau den unbedingten versorgungsrechtlichen Krankenschutz zu gewähren. Sie könnte als mittelbar Geschädigte anerkannt werden, wenn sie durch die Pflege gehindert war, sich eine volle eigene soziale Sicherung zu verschaffen. Dabei sollte beachtet werden, dass sie durch ihre Pflege den Staat entlastet, weil insoweit eine fremde Pflegekraft erspart wird (vgl § 35 BVG). Die Rechtsprechung ist aber nicht befugt, den im BVG abschließend aufgeführten Kreis der unbedingt Berechtigten zu erweitern. Der Gesetzgeber, der in der Kriegsopferversorgung einen besonders weiten Spielraum hat (vgl BVerfG SozR 2200 § 175 Nr 6 mwN), hat es bisher unterlassen, die pflegenden Ehefrauen als mittelbar Geschädigte zu behandeln. Das zeigt sich ua auch daran, dass schädigungsbedingte Nachteile der pflegenden Ehefrau in ihrer eigenen Altersversorgung nach dem BVG nicht berücksichtigt werden (vgl § 48 BVG).

Der Gesetzgeber hat aus fürsorglichen Gesichtspunkten (BSG SozR 3100 § 10 Nrn 6, 13, 18) das Bedürfnis für den Krankenschutz weit über den Kreis der unmittelbar Kriegsbeschädigten hinaus anerkannt. Diese Erweiterung ist aber an typischen Bedarfssituationen orientiert. § 10 Abs 2 - 6 BVG erweitert den Krankenschutz auf nicht schädigungsbedingte Leiden und für nicht, jedenfalls nicht unmittelbar Geschädigte. Die in § 10 Abs 7 BVG aufgeführte Liste der Gründe, die die Erweiterung des Krankenschutzes nach § 10 Abs 2, 4, 5 und 6 BVG ausschließen, zeigt aber, dass der Krankenschutz vom Bedarf abhängig ist. Der Bedarf wird nicht im Einzelfall geprüft, sondern typisierend unterstellt, es sei denn, dass ein Ausschlussgrund vorliegt. Ein Ausschlussgrund liegt vor, wenn ein Sozialleistungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist (§ 10 Abs 7 Satz 1 Buchst d BVG). Die Leistungen entsprechen sich schon dann, wenn sie in ihrer Zweckbestimmung und in der Art der Leistungserbringung übereinstimmen (so § 10 Abs 7 Satz 2 BVG). Daraus folgt, dass sie in ihrem Umfang nicht übereinstimmen müssen, also durchaus geringer sein dürfen. Das Gesetz ordnet damit eine strikte Subsidiarität an (BSG SozR 3-?3100 § 44 Nr 1).

Diese Regelung ist nicht sachwidrig und verstößt daher nicht gegen den Gleichheitssatz ([Art 3 Abs 1 GG](#)). Zwar leuchtet es auf den ersten Blick vielleicht nicht ein, dass man einen höheren Anspruch dadurch verlieren soll, dass man sich mit eigenen Kosten einen geringeren verschafft. Eine solche Überlegung ist aber im Rahmen des erweiterten Krankenschutzes der Kriegsopferversorgung nicht gerechtfertigt. Die Tatbestände, die zum Ausschluss führen, erfordern nämlich nicht, dass sonstige Sozialleistungsansprüche den Krankenschutz ersetzen. Sie gehen vielmehr von der unwiderleglichen Vermutung aus, dass in bestimmten typisierten Fällen der allgemein unterstellte Bedarf nicht vorliegt. Der erweiterte Krankenschutz soll nicht denjenigen zugute kommen, von denen angenommen werden kann, dass sie entweder durch eigene Kraft (§ 10 Abs 7 Satz 1 Buchst a) und c) BVG) oder durch die Solidargemeinschaft der Sozialversicherten (§ 10 Abs 7 Satz 1 Buchst d BVG) eine ausreichende soziale und wirtschaftliche Sicherheit erlangen konnten. Dieser Krankenschutz soll vielmehr nur denjenigen gewährt werden, die nicht arbeiten konnten und deshalb weder sozialversichert sind, noch ein Einkommen haben, das den Sozialversicherungsschutz erübrigt. Mit den Einzelregelungen des § 10 Abs 2, 4, 5, 6 und 7 BVG wird dieses Ziel in sachgerechter Weise verfolgt. Es ist kein überzeugender Grund dafür ersichtlich, dass der BVG-Krankenschutz nur insoweit von einem Sozialversicherungs-Krankenschutz verdrängt wird, wie beide wirtschaftlich gleichwertig sind, zumal nur Abs 7 Buchst f) die Formulierung "wenn und soweit" enthält.

In das auf diesen Grundvorstellungen beruhende Regelungsgefüge für die Krankenversorgung fügt sich die Regelung über die Leistungen für Zahnersatz des § 12 Abs 2 BVG sinnvoll ein. Insbesondere ist es sachgerecht, alle in der sozialen Krankenversicherung pflichtversicherten Angehörigen von Schwerbeschädigten aus der Versorgung mit Zahnersatz völlig auszuschließen. Auch aus der Regelung des § 12 Abs 2 Satz 2 Halbs 2 BVG, wonach freiwillig Versicherte begünstigt werden, lässt sich nichts zugunsten des Klägers herleiten. Diese Regelung schließt sich an § 10 Abs 7 Satz 1 Buchst e BVG an, wonach privat Krankenversicherte ihre Ansprüche nach BVG behalten. Ob die Begünstigung von privat und freiwillig Versicherten sachlich geboten ist, braucht nicht entschieden zu werden. Jedenfalls ist es aber ein sachlicher Grund, ihnen zugute zu halten, dass sie die Beiträge für ihre private oder gesetzliche Krankenversicherung ganz oder überwiegend selbst tragen."

Weitere Ausführungen erübrigen sich angesichts der klaren Darlegungen des BSG.

Eine Beiladung der Bundesrepublik Deutschland gemäß [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) hatte nicht zu erfolgen, da dies die Bundesrepublik

Deutschland selbst hätte beantragen müssen (vgl. Urteile des Senats vom 28.11.2012, Az.: [L 15 VK 3/09](#) und [L 15 VK 9/09](#)). Mit der gesetzlichen Regelung soll lediglich der Bundesrepublik Deutschland, die die Kosten des sozialen Entschädigungsrechts trägt, die Möglichkeit gegeben werden, Einfluss auf den Prozess zu nehmen (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/ders., SGG, 11. Aufl. 2012, § 75, Rdnr. 9). Beantragt nur ein Beteiligter, nicht aber die Bundesrepublik Deutschland die Beiladung, muss eine Beiladung nicht erfolgen (vgl. Leitherer, a.a.O., § 75, Rdnr. 9a). Bei einem Antrag des Klägers oder des Beklagten steht es im Ermessen des Gerichts, die Bundesrepublik Deutschland gemäß [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) (einfach) beizuladen (vgl. BSG, Urteil vom 22.04.1965, Az.: [10 RV 375/63](#)). Für eine solche Beiladung hat der Senat keinen Bedarf gesehen. Ein Fall der notwendigen Beiladung im Sinne des [§ 75 Abs. 2 SGG](#) war nicht gegeben.

Die Berufung hat daher unter keinem Gesichtspunkt Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-03-23