

L 16 R 923/13

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 32 R 3363/09
Datum
04.11.2013
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 16 R 923/13
Datum
11.06.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 13 R 261/14 B
Datum
03.02.2015
Kategorie
Urteil
Bemerkung
BSG: NZB Beschluss (-)

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 4. November 2013 aufgehoben und die gegen die Beklagte gerichtete Klage abgewiesen. Die Beigeladene wird unter Änderung des Bescheides vom 18. September 2008 und Aufhebung des Bescheides vom 9. Dezember 2009 verpflichtet, den Antrag des Klägers auf Gewährung von Teilhabeleistungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Beklagte und die Beigeladene tragen die außergerichtlichen Kosten des Klägers im gesamten Verfahren jeweils zur Hälfte. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen entweder von der Beklagten oder der Beigeladenen zu erbringenden Zuschuss zu den über den Festbetrag hinausgehenden Kosten der Zahnbehandlung des Klägers als Teilhabeleistung.

Der 1962 geborene Kläger ist seit 1985 als Klarinetist/Bassklarinetist an der D in B tätig. Er ist bei der Beigeladenen krankenversichert.

Seine behandelnden Ärzte empfahlen ihm auf Grund mehrerer gezogener Zähne und einer Veränderung der Zahnstellung zur Vermeidung seiner Berufsunfähigkeit eine umfangreiche Zahnbehandlung, welche in drei Schritten durchgeführt werden sollte: 1. kieferorthopädische Behandlung: Multiband Apparatur und Invisalign-Schienen; 2. kieferchirurgische Behandlung: Implantatversorgung; 3. zahnärztliche Behandlung: Überkronung der Implantate. Nach den von seinen Ärzten erstellten Heil- und Kostenplänen sollten dafür folgende Kosten entstehen: zahnmedizinische Maßnahmen 5.298,34 EUR, kieferchirurgische Maßnahmen 3.514,92 EUR, kieferorthopädische Maßnahmen 4.423,19 EUR. Die Behandlung wurde bislang nicht durchgeführt.

Der Kläger wandte sich zwecks Kostenerstattung zunächst an die Beigeladene und übersandte jedenfalls den Heil- und Kostenplan seiner Zahnärztin vom 11. Juli 2008, auf welchem die Beigeladene in dem Feld "Zuschussfestsetzung" den Gesamtbetrag iHv 887,45 EUR eintrug und im Feld "Die Krankenkasse übernimmt folgende Festzuschüsse" einen Stempel, eine Unterschrift sowie das Datum 18. September 2008 aufbrachte.

Am 4. Oktober 2008 beantragte der Kläger bei der Beklagten unter Vorlage der drei Heil- und Kostenpläne die Kostenübernahme der beabsichtigten zahnmedizinischen Maßnahmen und machte unter Vorlage eines Schreibens seines Kieferorthopäden, in welchem dieser die Notwendigkeit der geplanten kieferorthopädischen Maßnahmen bestätigte, geltend, alle drei Behandlungsschritte bauten aufeinander auf und seien zur Erhaltung seiner Berufsfähigkeit notwendig.

Mit Schreiben vom 28. Juli 2008 stellte der Kläger spätestens Anfang Dezember 2009 – das Datum des Eingangs des Schreibens vom 28. Juli 2008 bei der Beigeladenen ist zwischen dieser und dem Kläger streitig – bei der Beigeladenen unter Vorlage der drei Heil- und Kostenpläne und unter Hinweis auf seine durch die Zahnbeschwerden verursachten beruflichen Beeinträchtigungen einen "Antrag auf Zuschuss zur Zahnbehandlung" und bat um Mitteilung, ob und in welcher Höhe die Beigeladene sich an den Kosten der dringend erforderlichen Behandlungen beteiligen würde. Der Antrag des Klägers auf Übernahme der Kosten der kieferorthopädischen Behandlung wurde von der Beigeladenen mit – inzwischen bestandskräftigem – Bescheid vom 9. Dezember 2009 mit der Begründung abgelehnt, diese Kosten seien mit Ausnahme der Behandlung von schweren Kieferfehlstellungen nur bei Minderjährigen von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstatten.

Mit Bescheid vom 5. Februar 2009 bewilligte die Beklagte dem Kläger dem Grunde nach einen Zuschuss zu den Kosten der zahnärztlichen Behandlung und der Versorgung mit Zahnersatz. Auf der Grundlage des von der Beigeladenen bestätigten Heil- und Kostenplanes sei jedoch zunächst der berufsbezogene Bedarf zu ermitteln und die jeweilige Regelversorgung der Krankenkassen zum Abzug zu bringen. Von dem hiernach verbleibenden Saldo werde ein Pauschbetrag iHv 50 % erstattet, in Anlehnung an die Bonusregelung der Krankenversicherung könne dieser Betrag auf 60 % bzw. 65 % erhöht werden. Mit dieser Differenzierung werde in der Rentenversicherung die vom Gesetzgeber geforderte Eigenverantwortung der Betroffenen durch eine regelmäßige Gesunderhaltung der Zähne sowie entsprechende Zahnarztbesuche berücksichtigt. Ausgehend hiervon habe der Kläger Anspruch auf einen Zuschuss iHv 1.767,87 EUR ohne Bonus. Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 11. Februar 2009 Widerspruch ein und führte zur Begründung aus, die Beklagte sei verpflichtet, bis zu 100 % der Kosten einer notwendigen Rehabilitationsmaßnahme zu übernehmen, wenn nur durch diese Maßnahmen seine berufliche Leistungsfähigkeit wieder hergestellt bzw. erhalten werden könne. Die – abzüglich der Kostenerstattung von dritter Seite – sich ergebenden Restkosten der gesamten Zahnbehandlungen seien deshalb von der Beklagten zu erstatten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 6. Juli 2009 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Zwar bestehe bei dem Kläger aufgrund seiner Berufstätigkeit als Orchestermusiker ein über die Versorgung durch die Krankenversicherung hinausgehender berufsspezifischer Mehrbedarf, die Höhe des Zuschusses richte sich jedoch nach den im Bescheid vom 5. Februar 2009 aufgezeigten Kriterien.

Im Klageverfahren hat der Kläger vorgetragen, die Festsetzung der Festzuschüsse im angefochtenen Bescheid habe keinerlei pflichtgemäße Ermessensausübung im konkreten Einzelfall erkennen lassen. Die Rehabilitation sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) der Prototyp einer final ausgerichteten Leistung, deren Ziel in Abweichung von den Grundsätzen des Krankenversicherungsrechtes die vollständige Rehabilitation des Behinderten sei und die deshalb bis zur Höhe der vollen Rehabilitation zu erbringen sei, wenn die medizinische Leistung bestimmt und geeignet sei, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten voraussichtlich zu erhalten, wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen. Aus diesem Grunde sei die Beklagte nicht berechtigt, in Fällen der beruflichen Notwendigkeit ihre Zuschüsse auf bestimmte Prozentsätze der Restkosten oder gar auf Festbeträge zu begrenzen.

Das Sozialgericht hat den Kläger durch den Kieferorthopäden Prof. Dr. Dr. R. untersuchen und begutachten lassen, der unter dem 31. Januar 2013 (Untersuchung am 16. Januar 2013) ein Gutachten über den kieferorthopädischen Befund bei dem Kläger erstellt und die Notwendigkeit der Durchführung der geplanten zahnmedizinischen Maßnahmen zur Erhaltung der Berufsfähigkeit des Klägers bejaht hat; auf den Inhalt des Gutachtens wird Bezug genommen.

Durch Urteil vom 4. November 2013 hat das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Antrag des Klägers vom 4. Oktober 2008 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Der Kläger habe Anspruch auf einen Zuschuss zu den von ihm nach den eingereichten Behandlungsplänen zu zahlenden Kosten. Der Anspruch auf Erstattung der Kosten für die kieferorthopädischen Maßnahmen ergebe sich aus § 26 Abs. 2 Ziffer 1 Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX), der durch die Regelung in § 28 Abs. 2 Satz 6 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) nicht eingeschränkt werde. Der Kläger erfülle auch die persönlichen Voraussetzungen des § 10 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – (SGB VI). Denn die Maßnahmen seien notwendig, um seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Die Beklagte habe jedoch das ihr durch [§ 13 Abs. 1 SGB VI](#) eröffnete Ermessen fehlerhaft ausgeübt, denn die von ihr zur Begründung der Entscheidung herangezogenen Grundsätze stünden mit dem gesetzgeberischen Ziel der Regelungen über die berufliche Rehabilitation nicht im Einklang, wonach die vollständige Rehabilitation des Klägers unter Kumulierung verschiedener Leistungen bis zur Höhe der Gesamtkosten erreicht werden solle.

Mit ihrer Berufung vertritt die Beklagte weiterhin die Ansicht, die Ausübung ihres Ermessens in Anlehnung an die Bonusregelung der Krankenversicherung nach [§ 55 Abs. 1 SGB V](#) sei rechtmäßig. Für die Übernahme der Kosten für die kieferorthopädischen Maßnahmen fehlten bereits die Voraussetzungen des [§ 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#), wonach kieferorthopädische Leistungen nur bei schweren Kieferanomalien vom Rentenversicherungsträger zu übernehmen seien und im Übrigen bei medizinischer Notwendigkeit vollständig von dem Krankenversicherungsträger gemäß [§ 29 Abs. 2](#) und 3 SGB V. Vom Vorliegen schwerer Anomalien sei im Falle des Klägers jedoch nicht auszugehen, weil dieser jahrelang in der Lage gewesen sei, Klarinette zu spielen und seinen Beruf auszuüben.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 4. November 2013 aufzuheben und die gegen die Beklagte gerichtete Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Beigeladene zu verurteilen, seinen Antrag auf Teilhabeleistungen unter Änderung des Bescheides vom 18. September 2008 und Aufhebung des Bescheides vom 9. Dezember 2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Er meint, dass entweder die Beklagte oder die Beigeladene zur Erstattung der vollen Behandlungskosten unter Berücksichtigung von Leistungen Dritter und des Festbetrages aufgrund der beruflichen Notwendigkeiten der Maßnahmen verpflichtet seien.

Die zum Verfahren beigeladene Krankenkasse des Klägers ist der Ansicht, sie sei für medizinische Rehabilitationsleistungen bereits deshalb nicht zuständig, weil der Kläger bei ihr zu keinem Zeitpunkt einen dahingehenden Antrag gestellt habe und sie zudem für berufliche Teilhabeleistungen – auch unter Berücksichtigung des Günstigkeitsprinzips – nicht zuständig sei, zumal sich ein solcher Teilhabebedarf nach der Lage des Falles und der vorliegenden Informationen bei Einreichung des zahnärztlichen Heil- und Kostenplans vom 11. Juli 2008 nicht angedeutet habe. Einen fristauslösenden Antrag iSv [§ 14 SGB IX](#) habe der Kläger deshalb bei ihr nicht gestellt. Sie habe deshalb nur Leistungen der medizinischen Grundversorgung, vorliegend in der Form von Festbeträgen, zu erbringen.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage im Hinblick auf die Beigeladene abzuweisen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsvorgänge der Beklagten und der Beigeladenen sowie auf der Gerichtsakten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung und Entscheidung geworden sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Der Kläger hat gegen die Beklagte jedenfalls keinen weitergehenden Anspruch auf Erstattung der nicht gedeckten Kosten der Zahnbehandlung als den bereits durch die Beklagte – bestandskräftig – bewilligten Zuschuss und damit auch keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Teilhabeantrags. Der geltend gemachte Neubescheidungsanspruch besteht vielmehr gegenüber der – gemäß [§ 75 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) notwendig – Beigeladenen. Denn diese ist im Verhältnis zum Kläger leistungspflichtig (auch) für die nach dem SGB VI zu erbringenden Teilhabeleistungen, und zwar als zuständiger erstangegangener Leistungsträger auf der Grundlage von [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) iVm [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#). Dem steht nicht entgegen, dass ein Anspruch des Klägers gegen die Beigeladene als nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuständigem Leistungsträger ([§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) nicht gegeben ist.

Streitgegenstand ist bei verständiger Würdigung des Vorbringens der Beteiligten der Anspruch des Klägers auf Neubescheidung seines Antrags auf Erstattung der den Festbetrag ([§ 36 SGB V](#)) übersteigenden Kosten der gesamten aufeinander aufbauenden Zahnbehandlung entweder durch die Beklagte oder durch die Beigeladene unter Abzug von Leistungen Dritter sowie des von der Beklagten bereits bewilligten Betrages iHv 1.767,87 EUR durch Bescheid vom 5. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juli 2009. Gegenstand des Rechtsstreits ist also einerseits der Bescheid der Beklagten vom 5. Februar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juli 2009, soweit die Beklagte die Erstattung der über den Betrag von 1.767,87 EUR hinausgehenden Kosten der Zahnbehandlung unter Abzug des von der Beigeladenen bewilligten Festzuschusses sowie Leistungen Dritter abgelehnt hat. Verfahrensgegenstand sind aber auch die für das Verhältnis des Klägers zur Beigeladenen maßgebenden Entscheidungen der Beigeladenen vom 18. September 2008 und 9. Dezember 2009, die Kosten der zahnärztlichen Behandlung auf den Festbetrag zu beschränken bzw die Übernahme der Kosten für die kieferorthopädische Behandlung abzulehnen. Über diese Verwaltungsentscheidungen der Beigeladenen ist zu entscheiden, weil eine unmittelbare Verurteilung der Beigeladenen nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) voraussetzt, dass den Ablehnungsentscheidungen der Beklagten im Verhältnis zwischen dem Kläger und der Beigeladenen keine Bindungswirkung zukommt. Denn im Falle einer Bindungswirkung wäre eine Verurteilung der Beigeladenen nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) ausgeschlossen.

Der Kläger hat sich mit seinem Begehren nach Erstattung der vollständigen Kosten seiner Zahnbehandlung spätestens im September 2008 zunächst an die Beigeladene als krankenversicherungsrechtlichem Leistungsträger ([§ 33 SGB V](#)) gewandt und nach Kenntnis von deren auf den Festbetrag ([§ 36](#) iVm [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)) beschränkter Leistungsbewilligung zusätzlich am 4. Oktober 2008 an die Beklagte als rentenversicherungsrechtlichem Leistungsträger ([§ 15 Abs. 1 SGB VI](#) iVm [§ 26 Abs. 2 Nr. 1](#) und [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#)), um auch den offenen Restbetrag als Versicherungsleistung gewährt zu bekommen. Die Zuständigkeit der Beklagten als für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#) iVm [§ 5 Nr. 2](#) und [§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#)) einstandspflichtigem Versicherungsträger kam hier in Betracht, weil der als Klarinetist tätige Kläger die Notwendigkeit der zahnmedizinischen Versorgung damit begründet hat, er könne ohne Durchführung dieser Maßnahmen seinen Beruf nicht mehr ausüben.

Die Beklagte ist rentenversicherungsrechtlich für die begehrte Rehabilitationsleistung in der Form von zahnmedizinischen Behandlungen jedoch nicht zuständig, weil der Leistungsantrag des Klägers bei ihr am 4. Oktober 2008 mit Blick auf die Zuständigkeitsregelung des [§ 14 SGB IX](#) entgegen der Ansicht der Beigeladenen nur als wiederholender Antrag (Zweit Antrag) im Rahmen eines durch den jedenfalls bereits vor dem 18. September 2008 bei der Beigeladenen gestellten Leistungsantrag eingeleiteten einheitlichen rehabilitationsrechtlichen Verwaltungsverfahrens anzusehen ist. Damit ist eine rentenversicherungsrechtliche Zuständigkeit der Beklagten nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) im ausschließlich maßgebenden Außenverhältnis zum Kläger ausgeschlossen. Im Verhältnis zum Kläger ist die Beigeladene allein zuständiger Rehabilitationsträger geworden.

Nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) verliert der materiell-rechtlich - eigentlich - zuständige Rehabilitationsträger ([§ 6 SGB IX](#)) im Außenverhältnis zum Versicherten oder Leistungsempfänger seine Zuständigkeit für eine Teilhabeleistung, sobald der zuerst angegangene Rehabilitationsträger (hier: die beigeladene Krankenkasse) eine iS von [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) fristgerechte Zuständigkeitsklärung versäumt hat und demzufolge die Zuständigkeit nach allen in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Rechtsgrundlagen auf ihn übergegangen ist. Sinn dieser Regelung ist es, zwischen den betroffenen behinderten Menschen und Rehabilitationsträgern schnell und dauerhaft die Zuständigkeit zu klären und so Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken (vgl. [BT-Drucks 14/5074 S 95](#) zu Nr 5 und S 102 f zu [§ 14](#)). Deshalb ist der erstangegangene Rehabilitationsträger gehalten, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe festzustellen, ob er nach dem für ihn geltenden gesetzlichen Regelwerk für die Leistung zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden - vor allem in den Systemen der Unfallversicherung und der sozialen Entschädigung - und ist diese Klärung in der Frist nach [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der dem Grunde nach zuständig wäre und die Leistung dann zunächst ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt ([§ 14 Abs. 1](#) Sätze 2 und [3 SGB IX](#)). Anderenfalls bestimmt [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#): "Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest." Diese Zuständigkeit nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) erstreckt sich im Außenverhältnis zwischen dem Antragsteller und dem erstangegangenen Rehabilitationsträger auf alle Rechtsgrundlagen, die überhaupt in dieser Bedarfssituation rehabilitationsrechtlich vorgesehen sind ([BSGE 93, 283](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 1](#), Rn 15 ff; [BSGE 98, 267](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 4](#), Rn 14; [BSGE 102, 90](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr. 21](#), Rn 23). Dadurch wird eine nach außen verbindliche Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers geschaffen, die intern die Verpflichtungen des eigentlich zuständigen Leistungsträgers unberührt lässt und die Träger insoweit auf den nachträglichen Ausgleich nach [§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) und [§§ 102 ff SGB X](#) verweist ([BSGE 98, 267](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 4](#), RdNr 14-16).

Erstangegangener Rehabilitationsträger iS von [§ 14 SGB IX](#) ist derjenige Träger, der von dem Versicherten bzw Leistungsbezieher erstmals mit dem zu beurteilenden Antrag auf Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe befasst worden ist. Diese Befassungswirkung fällt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), die der Senat seiner Entscheidung zugrunde legt, grundsätzlich auch nach einer

verbindlichen abschließenden Entscheidung des erstangegangenen Trägers nicht weg. Vielmehr behält der erstmals befasste Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) im Außenverhältnis zum Antragsteller regelmäßig auch dann weiter bei, wenn er, ohne den Antrag an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet zu haben, das Verwaltungsverfahren durch Erlass eines Verwaltungsakts abschließt (vgl. [§ 8 SGB X](#)), selbst wenn dieser – wie vorliegend – bindend wird ([BSGE 93, 283](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 1](#), RdNr 10; [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 7](#), RdNr 31; [BSGE 102, 90](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr. 21](#), RdNr 24).

Nach diesen Grundsätzen ist im vorliegenden Fall die beigeladene Krankenkasse als erstangegangener Rehabilitationsträger für die begehrte Kostenerstattung iSd [§ 14 SGB IX](#) anzusehen. Denn bei ihr hat der Kläger erstmals, und zwar jedenfalls vor dem 18. September 2008, durch Übersendung zumindest des zahnärztlichen Heil- und Kostenplans einen Antrag auf Kostenerstattung für die Zahnbehandlung gestellt. Die Beigeladene ist damit im Außenverhältnis zum Kläger mangels Weiterleitung des Leistungsantrags an die Beklagte nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) für das Versorgungsbegehren ausschließlich zuständig geworden; dies schließt eine Zuständigkeit der Beklagten für die Erfüllung des Kostenerstattungsanspruchs als Rentenversicherungsträger aus, und zwar entgegen der Ansicht der Beigeladenen auch hinsichtlich der Kosten für die kieferorthopädischen und die kieferchirurgischen Maßnahmen. Denn der Antrag des Klägers bei der Beigeladenen richtet sich nach der Auslegungsregelung des § 2 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (SGB I) auf eine umfassende, nach Maßgabe des Leistungsrechtes des Sozialgesetzbuches (hier: des Leistungsrechts der GKV nach dem SGB V sowie des Leistungsrechts der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem SGB VI) bestmögliche zahnmedizinische Versorgung. Eine solche Auslegung schließt die Aufspaltung des klägerischen Begehrens in zwei separate Leistungsanträge, nämlich einen auf die Bewilligung des Festbetrages und einen weiteren Antrag auf Bewilligung der darüber hinausgehenden Kosten der Zahnbehandlung, von vornherein aus. Es ist also von einem einheitlichen im September 2008 bei der Beigeladenen gestellten Antrag auf Erstattung der Kosten der Zahnbehandlung auszugehen (vgl. insoweit BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 19 Rn 21](#)). Soweit die Beigeladene darauf hinweist, dem Antrag vom September 2008 hätten die für die Zuständigkeitsprüfung notwendigen Angaben gefehlt, weil diesem Antrag die Berufsbezogenheit nicht zu entnehmen gewesen sei, wäre es ihre Aufgabe als Versicherungsträger gewesen, diese Angaben zu ermitteln. Dies ergibt sich unmittelbar aus der gesetzlichen Pflicht zur Zuständigkeitsprüfung nach [§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in Verbindung mit dem Amtsermittlungsgrundsatz nach § 20 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X). Denn im Zweifel will der Versicherte die ihm günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen; ein einmal gestellter Antrag ist also umfassend, dh auf alle nach Lage des Falles in Betracht kommende Leistungen und Anspruchsgrundlagen zu prüfen. Die Frage, ob die zahnmedizinische Versorgung auch (oder nur) zur weiteren Berufsausübung benötigt wurde, hätte ohne weiteres durch eine Nachfrage bei dem Kläger (zB per Telefon) geklärt werden können. Im Übrigen hat der Kläger mit seinem Teilhabeantrag vom Oktober 2008 bei der Beklagten, der – worauf noch einzugehen sein wird – zugleich als Widerspruch gegen die Verwaltungsentscheidung der Beigeladenen vom 18. September 2008 anzusehen ist, zweifelsfrei auf den beruflichen Bezug der beabsichtigten Behandlung hingewiesen.

Nachdem die Beigeladene den Antrag des Klägers vom September 2008 auf Leistungen zur Teilhabe – was zwischen den Beteiligten im Übrigen nicht streitig ist – nicht innerhalb von zwei Wochen nach dessen Eingang weitergeleitet hat, oblag es ihr, unverzüglich den Rehabilitationsbedarf des Klägers festzustellen ([§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#)).

Die Beigeladene war demnach gegenüber dem Kläger verpflichtet, nach pflichtgemäßem Ermessen (vgl. [§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB VI](#)) über Art, Dauer, Umfang und Durchführung (auch) der rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitationsleistung zu entscheiden, dh über ihre Kostenerstattungspflicht hinsichtlich der den Festbetrag übersteigenden Kosten der gesamten Zahnbehandlung in Ausfluss ihrer Eigenschaft als nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) umfassend zuständig gewordener erstangegangener Rehabilitationsträger, der die begehrte Teilhabeleistung auch unter dem Aspekt einer dem Rentenversicherungsträger obliegenden Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ([§ 5 Nr. 2, § 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#)) zu prüfen hat. Die ablehnende Entscheidung der Beigeladenen war schon deshalb rechtswidrig, weil sie den Anspruch des Klägers nach den [§§ 9, 15 SGB VI](#) iVm [§ 26 Abs. 2 Nr. 1](#) und [§ 33 Abs. 6 Nr. 1 SGB IX](#) unberücksichtigt gelassen hat: Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt danach als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ua Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ([§ 9 Abs. 1 SGB VI](#)), wenn die persönlichen ([§ 10 SGB VI](#)) und versicherungsrechtlichen ([§ 11 SGB VI](#)) Voraussetzungen erfüllt und die Leistungen nicht nach [§ 12 SGB VI](#) ausgeschlossen sind. Diese Leistungsvoraussetzungen sind hier erfüllt.

Der Kläger fällt in den persönlichen Anwendungsbereich ([§ 10 SGB VI](#)), weil seine Zähne geschädigt sind und er deshalb typische Anforderungen seiner Berufstätigkeit ohne die notwendigen zahnmedizinischen Maßnahmen nicht (mehr) erfüllen kann; dabei ist auf die konkret ausgeübte Beschäftigung – hier als Klarinettist in einem Orchester – und nicht auf die generelle Erwerbsfähigkeit iS von [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI](#) abzustellen. Für den Fall der zahnmedizinischen Versorgung entsprechend den von seinen Ärzten erstellten Heil- und Kostenplänen bestand eine positive Rehabilitationsprognose. Der Senat folgt insoweit den schlüssigen und nachvollziehbaren und im Übrigen von den Beteiligten auch unbestrittenen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. R in dessen vom Sozialgericht eingeholten Gutachten, in welchem dieser festgestellt hat, dass die gesamten geplanten zahnmedizinischen Maßnahmen – im Einzelnen verweist der Senat diesbezüglich auf die zutreffenden Ausführungen in dem angefochtenen Urteil gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) (S 6 Abs 4 Zeile 1 bis S 7 Abs 3 letzte Zeile) geeignet und erforderlich sind, um die derzeit eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit des Klägers wiederherzustellen und zu erhalten. Anhaltspunkte für das Fehlen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ([§ 11 SGB VI](#)) oder einen Ausschluss der Leistungspflicht nach [§ 12 SGB VI](#) bestehen nicht; dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

Der Kläger erfüllt zudem die besonderen Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger. Gemäß [§ 9 Abs. 1 SGB VI](#) kann die Rentenversicherung ua Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 15 SGB VI](#) erbringen, für die in Abs. 1 Satz 1 jener Vorschrift auf die rehabilitationsrechtlichen Bestimmungen der [§§ 26 bis 31 SGB IX](#) verwiesen wird. Nach [§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX](#) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen erbracht, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder zu mindern. Zu diesen Leistungen gehören nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX](#) auch Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, deren Erbringung wiederum in [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#) näher geregelt ist. Hierzu zählen nach [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#) ua medizinische Hilfen wie die von den Ärzten des Klägers vorgeschlagenen, wobei gemäß [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#) zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz nur erbracht wird, wenn sie unmittelbar und gezielt zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, insbesondere zur Ausübung des bisherigen Berufs, erforderlich sind – woran der Senat wie bereits dargelegt keine Zweifel hat – und soweit sie nicht als Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen sind, was hier ebenfalls vorliegt.

Damit standen Art, Dauer, Umfang und Durchführung der Rehabilitationsleistung, dh welche Leistungen in Betracht kommen ([§ 13 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#)), grundsätzlich im pflichtgemäßen Ermessen des zuständigen Leistungsträgers (vgl. [BSGE 85, 298, 300](#) = [SozR 3-2600 § 10 Nr. 2 S. 3](#);

BSG [SozR 3-5765 § 10 Nr 1](#) S 3 f; BSG [SozR 3-1200 § 39 Nr 1](#) S 3 f; BSG [SozR 4-3250 § 14 Nr 3](#) Rn 35; BSG SozR 4-5765 § 7 Nr 1 Rn 11; BSG Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 21/10 R](#) - juris - Rn 27; stRspr).

Nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. R sind die geplanten zahnmedizinischen Maßnahmen zur Fortsetzung der Erwerbstätigkeit zwingend erforderlich, sodass letztlich eine sog "Ermessensreduzierung auf Null" vorliegt. Damit sind die dem Kläger entstehenden Kosten auch erforderlich, und zwar entgegen der Ansicht der Beklagten und der Beigeladenen in voller Höhe ohne Abzug von etwaigen Prozentsätzen. Der Senat folgt dabei der Rechtsprechung des BSG in seiner Entscheidung vom 24. Juni 1980 (- [1 RA 51/79](#) - juris), in der die finale Zwecksetzung der Rehabilitation ausdrücklich betont wird. "Erforderlich" iSv von [§ 33 Abs. 1 SGB IX](#) sind uneingeschränkt die medizinisch notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit ohne Rücksicht auf die Höhe der Kosten dieser Maßnahmen, soweit nicht günstigere und ebenso wirksame medizinische Maßnahmen zur Verfügung stehen und denselben Heilungserfolg versprechen. Letzteres ist indes nicht der Fall.

Der Kläger hat somit materiell-rechtlich gegen die Beigeladene Anspruch auf Erstattung der den Festbetrag übersteigenden Kosten der geplanten Behandlung abzüglich Leistungen von dritter Seite. Der Kläger hat erstinstanzlich seinen Anspruch auf Kostenerstattung für die über den Festbetrag hinausgehenden Kosten mit einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, diese in der Form einer Bescheidungsklage, die darauf abzielt, die Beklagte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates zu verpflichten (vgl. [§ 131 Abs 3 SGG](#)), verfolgt. Da der Kläger selbst keine Berufung eingelegt hat, kommt auch nur eine Verpflichtung der Beigeladenen zu eben dieser Neubescheidung in Betracht, wobei die Beigeladene zu berücksichtigen hat, dass der Kläger ausdrücklich nur die Erstattung der über die bereits durch die Bewilligung durch die Beklagte bzw anderer dritter Stellen hinausgehenden Kosten begehrt.

Die Verurteilung der Beigeladenen zur Neubescheidung des Antrages des Klägers unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Senats ist nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) möglich. Insbesondere besteht die hierfür nötige Wechselwirkung, weil der streitige Anspruch sich nur entweder gegen die Beklagte oder gegen die Beigeladene richten kann.

Der Verurteilung der Beigeladenen stehen auch nicht ihre Entscheidungen vom 11. September 2008 und vom 9. Dezember 2009 entgegen, dem Leistungsantrag des Klägers nur in Form des Festbetrags ([§ 36](#) iVm [§ 12 Abs. 2 SGB V](#)) stattzugeben, die Übernahme der darüber hinausgehenden Kosten aber abzulehnen; denn diese Entscheidungen sind im Verhältnis zum Kläger nicht in Bestandskraft erwachsen.

Bei der Entscheidung der Beigeladenen vom 11. September 2008 handelt es sich um einen Verwaltungsakt ([§ 31 SGB X](#)), welcher dem Kläger in Gestalt eines formlosen Bewilligungsschreibens und nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen zur Kenntnis gegeben worden ist. Hierdurch ist der Verwaltungsakt dem Kläger bekannt gegeben und damit auch wirksam geworden ([§ 39 Abs. 1 SGB X](#)). Auch bei dem Schreiben vom 9. Dezember 2009 handelt es sich um einen Verwaltungsakt. Diese Verwaltungsakte haben gegenüber dem Kläger keine Bestandskraft erlangt ([§ 77 SGG](#)). Zwar hat der Kläger gegen die Entscheidungen bei der Beigeladenen nicht ausdrücklich Widerspruch erhoben ([§ 83 SGG](#)). Er hat aber mit seiner Antragstellung bei der Beklagten am 8. Oktober 2008, die als unmittelbare Reaktion auf die kurz zuvor erhaltene Mitteilung der Beigeladenen über die Leistungsbegrenzung auf den Festbetrag zu werten ist, deutlich gemacht, mit dieser Leistungsbegrenzung nicht einverstanden zu sein. Diesen Antrag, der inhaltlich nichts anderes ist als die Einwendung gegen die Leistungsbegrenzung auf den Festbetrag, muss sich die Beigeladene nach der Zielsetzung des [§ 14 SGB IX](#) als Rechtsbehelf gegen ihre Entscheidung zurechnen lassen. Denn lässt der erstangegangene Leistungsträger - wie hier - die Vorgaben des [§ 14 SGB IX](#) unberücksichtigt, sodass sich der behinderte Mensch selbst auf die Suche nach einem ggf anderweitig zuständigen Rehabilitationsträger macht, müssen - um der Zielsetzung des [§ 14 SGB IX](#) zu entsprechen, keinen Nachteil durch das gegliederte System auszulösen - die von ihm angestoßenen Verwaltungsverfahren rechtstechnisch als ein einheitliches Verwaltungsverfahren angesehen werden. Dies muss zumindest dann gelten, wenn - wie im vorliegenden Fall - der erstangegangene Leistungsträger seine Ablehnungsentscheidung nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen hat, sodass für den behinderten Menschen nicht erkennbar ist, welche Maßnahmen er treffen muss, um seine Rechte weiterverfolgen zu können (vgl BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 - [B 3 KR 5/12 R](#) - Rn 58).

Ausgehend von einem einheitlichen Verwaltungsverfahren, das bei der Beigeladenen begonnen und durch die Antragstellung bei der Beklagten fortgeführt wurde, muss der Antrag des Klägers bei der Beklagten vom 4. Oktober 2008 auf Erstattung der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten der Zahnbehandlung zumindest auch als Widerspruch gegen die entsprechend ablehnende Entscheidung der Beigeladenen vom 18. September 2006 angesehen werden, sodass diese Entscheidung nicht bestandskräftig werden konnte. Der ablehnende Bescheid der Beigeladenen vom 9. Dezember 2009 ist gemäß [§ 86 SGG](#) Gegenstand des Widerspruchsverfahrens geworden. Der fehlende Abschluss des Widerspruchsverfahrens hindert eine Verurteilung der Beigeladenen im vorliegenden Rechtsstreit nicht (vgl BSG aaO Rn 59 mwN).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2015-03-02