



## Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen

### **Kostenerstattung für Zahnersatz nur bei vorheriger Prüfung des Heil- und Kostenplans durch die Krankenkasse**

Celle, den 11.03.2015

Das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen hat entschieden, dass kein Kostenerstattungsanspruch nach Versorgung mit Zahnersatz besteht, wenn der Heil- und Kostenplan der Krankenkasse nicht vorab zur Überprüfung vorgelegt wurde.

Der Kläger war freiwilliges Mitglied der beklagten Krankenkasse. Seinen Antrag auf Kostenerstattung der Rechnung seiner Zahnärztin nach durchgeführter Versorgung mit Zahnersatz lehnte die Krankenkasse ab. Die Notwendigkeit von Zahnersatz müsse durch einen Heil- und Kostenplan nachgewiesen und vor Durchführung der Maßnahme der Krankenkasse zugeleitet werden, damit diese die Notwendigkeit der Maßnahme prüfen könne. Dies habe der Kläger versäumt.

Der Kläger hat vorgetragen, die Versorgung mit Zahnersatz sei medizinisch notwendig gewesen. Es habe ein Heil- und Kostenplan vorgelegen und seine Zahnärztin habe ihm vor Beginn der Behandlung auch schriftlich den voraussichtlichen Festzuschuss mitgeteilt. Der Wortlaut der gesetzlichen Regelung erfordere auch nicht ausdrücklich, dass die Bewilligung des Festzuschusses vor der Behandlung zu erfolgen habe.

Das Sozialgericht sowie der 4. Senat des LSG haben die Entscheidung der Krankenkasse bestätigt. Aus Entstehungsgeschichte, Sinn und Zweck sowie aus dem systematischen Zusammenhang der Regelung des § 87 Abs. 1a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) folge, dass sowohl die Prüfung des Heil- und Kostenplans als auch die Prüfung des Festzuschusses vor Beginn der Behandlung zu erfolgen habe. Das Genehmigungserfordernis rechtfertige sich daraus, dass die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Zahnersatzversorgung vorab besser überprüft werden könne. Dieser mit dem Genehmigungserfordernis verfolgte Zweck entfalle, wenn die Zahnersatzversorgung bereits durchgeführt worden sei, so dass eine nachträgliche Genehmigung keinen Sinn mehr habe. Wenn sich der Kläger nicht an das gesetzlich vorgeschriebene Prozedere halte, falle dies in seinen eigenen Verantwortungsbereich.

**Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen:** Urteil vom 25. November 2014 - L 4 KR 535/11; veröffentlicht in: [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)

**Vorinstanz:** Sozialgericht Osnabrück



Nr. 04/2015  
Monika Schmitz

☎ 05141 962-120 oder -220

Pressestelle  
Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle

Tel.: (05141) 962-0  
Fax: (05141) 962-200

[www.landessozialgericht.niedersachsen.de](http://www.landessozialgericht.niedersachsen.de)  
E-Mail: [LSGCE-Pressestelle@justiz.niedersachsen.de](mailto:LSGCE-Pressestelle@justiz.niedersachsen.de)

§ 87 Abs. 1a SGB V - zitiert nach juris:

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung  
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

(1a) In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit die gewählte Versorgung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 entspricht, gegenüber den Versicherten nach Absatz 2 abzurechnen sind. Darüber hinaus sind im Bundesmantelvertrag folgende Regelungen zu treffen: Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des § 55 Abs. 4 und 5 nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Der Vertragszahnarzt hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. EG Nr. L 169 S. 1) in der jeweils geltenden Fassung beizufügen. Der Bundesmantelvertrag regelt auch das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans, insbesondere muss aus dem Heil- und Kostenplan erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht.