

Zahnersatzbehandlung muss vor Behandlungsbeginn von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigt werden, sofern es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung handelt oder wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt bzw. die Beurteilung des Heil- und Kostenplanes ohne Grund so hinausgezögert hat, dass dem Versicherten ein längeres Zuwarten nicht zumutbar war

Urteil des LSG Schleswig-Holstein vom 03.02.2009 – Az: L 4 KA 2/07

Aus dem Urteil:

Nach § 19 Buchst. a) Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) obliegt es den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Es ist in ständiger Rechtsprechung anerkannt, dass die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderung auf der Grundlage der Bundesmantelverträge nicht nur rechnerische und gebührenordnungsmäßige Fehler, sondern auch Verstöße gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung und -abrechnung erfasst...

Ein solcher den Honoraranspruch insgesamt ausschließender Verstoß liegt hier vor. ...

Unzweifelhaft hat die Klägerin die hier allein streitige Zahnersatzbehandlung des Oberkiefers der Versicherten bereits vor der Rückgabe und Befürwortung des Heil- und Kostenplanes durch die Beigeladene begonnen und abgeschlossen. ...

Der demnach unzweifelhaft vorliegende Verstoß gegen die genannten Vorschriften des BMV-Z bzw. der Anlage 12 zum BMV-Z führt im vorliegenden Fall zur Nichtabrechenbarkeit der Leistungen.

Zwar beinhaltet § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 12 BMV-Z in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung lediglich eine „Soll“-Vorschrift. § 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V, wonach die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Abs. 1 vor Beginn der Behandlung „der Genehmigung bedarf“, galt in dieser Form erst mit Wirkung vom 1. Januar 1999 (Gesetz vom 19. Dezember 1998, BGBl. I S. 3853). Der unterschiedliche Wortlaut des § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 12 BMV-Z einerseits und des § 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V andererseits legt es zunächst nahe, dass nach der erstgenannten Vorschrift die Prüfung und Genehmigung des Heil- und Kostenplanes vor Behandlungsbeginns keine zwingende Leistungsvoraussetzung war. Bei näherer Prüfung ergeben sich allerdings keine entscheidenden Unterschiede zwischen beiden Vorschriften. So bedeutet die Verwendung des Wortes „soll“ im allgemeinen juristischen Sprachgebrauch, dass die Voraussetzung im Regelfall eingehalten werden muss und nur in atypischen Ausnahmefällen davon abgewichen werden kann. Hierfür sprechen auch Sinn und Zweck sowie der systematische Zusammenhang der Regelung in § 2 Abs. 2 Anlage 12 BMV-Z. Nach der Rechtsprechung des BSG rechtfertigt sich das Genehmigungserfordernis daraus, dass die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Zahnersatzversorgung anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen (Vitalitätsprüfung, Parodontalzustand usw.) vor einer Zahnersatzversorgung gut beurteilt werden kann, während eine Prüfung nach der endgültigen Eingliederung des Zahnersatzes auf besondere Schwierigkeiten stoßen würde ...

Dementsprechend folgt gemäß § 2 Abs. 3 Anlage 12 BMV-Z aus der Genehmigung des Heil- und Kostenplanes, dass Behandlungen, für die die Krankenkasse die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unterliegen. Dieser systematische Zusammenhang bestätigt den Zweck der Vorlage, Prüfung und Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes vor Durchführung einer Zahnersatzbehandlung, nämlich die Feststellung der Grundvoraussetzungen für eine Versorgung mit Zahnersatz als Leistung im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung vor Behandlungsbeginn, und spricht dafür, dass die Verwendung des Begriffs „soll“ in § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 12 BMV-Z entsprechend dem allgemeinen juristischen Sprachgebrauch für den Regelfall ein „Muss“ bedeutet, von dem nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen abgewichen werden kann. In derartigen Fällen ist eine Ausnahme allerdings auch unter Geltung des § 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V möglich, sofern die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V vorliegen, d.h. es sich entweder um eine **unaufschiebbare**

Notfallbehandlung handelt oder wenn die Krankenkasse eine Leistung **zu Unrecht abgelehnt** bzw. die Beurteilung des Heil- und Kostenplanes ohne Grund so hinausgezögert hat, dass dem Versicherten ein längeres Zuwarten nicht zumutbar war

Eine Notfallbehandlung im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V wegen Unaufschiebbarkeit liegt nur dann vor, wenn die umstrittene Behandlung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (BSG, Urt.v. 25. September 2000 – B 1 KR 5/99 R, SozR 3-2500 § 13 Nr. 22, juris Rn. 16).
...

Eine weitergehende Ausnahme von dem Grundsatz, dass mit der Zahnersatzbehandlung erst nach Prüfung und Genehmigung des Heil- und Kostenplanes, ggf. im Rahmen des so genannten Gutachterverfahrens, begonnen werden darf, lässt sich auch aus der vom BSG in dem vorangegangenen Revisionsverfahren zitierten weiteren Entscheidung des BSG vom 22. Juni 1983 (6 RKa 10/82, BSGE 55, 150) nicht entnehmen. Wenn dort (juris, Rn. 26) ausgeführt ist, die genannte Vorschrift des § 2 Abs. 2 Anlage 12 BMV-Z beinhalte keine zwingende Leistungsvoraussetzung, so ist zum Einen die Relativierung dieser Aussage im darauf folgenden Satz zu berücksichtigen, wonach sich die Fortsetzung einer Behandlung „mitunter aus medizinischen Gründen kaum vermeiden“ lassen werde, wenn es nach der Einreichung eines kieferorthopädischen Verlängerungsantrages oder eines berichtigten Heil- und Kostenplanes „bei der Krankenkasse zu Verzögerungen der Bearbeitung“ komme. Diese einschränkende Formulierung, wonach es sich zum Einen um medizinische Gründe und zum Anderen um Verzögerungen in der Bearbeitung auf Seiten der Krankenkasse handeln muss, entspricht dem bereits dargelegten Erfordernis einer unaufschiebbaren Leistung in dem definierten Sinne. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Gegenstand der genannten Entscheidung nicht ein Honoraranspruch, sondern eine datenschutzrechtliche Fragestellung war und es sich bei den genannten Ausführungen nicht um tragende Gründe der Entscheidung handelte.

Der Verstoß gegen § 2 Abs. 2 Anlage 12 BMV-Z führt dazu, dass die Leistung nicht zu vergüten ist. Dies gilt unabhängig davon, ob sie ordnungsgemäß ausgeführt wurde oder nicht.

Unter diesen Voraussetzungen kann ein Leistungsanspruch auch nicht aus bereicherungsrechtlichen Vorschriften abgeleitet werden ...

aufbereitet von

Dr. Detlef Gurgel
Fachanwalt für Medizinrecht

Posenerstr. 1, 71065 Sindelfingen

gurgel@rpped.de

Tel.: 07031 - 950522