

L 4 KR 5472/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 3930/06
Datum
11.10.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5472/07
Datum
17.09.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 19/08 R
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Versicherte muss vor Durchführung einer zahnprothetischen Behandlung im EU-Ausland der Krankenkasse die Möglichkeit geben, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der erstrebten Zahnersatzversorgung anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen (Vitalitätsprüfung, Parodontalzustand usw.) zu beurteilen.

Der ausländische Zahnarzt muss nicht zwingend den im Inland vereinbarten Vordruck des Heil- und Kostenplans verwenden, sondern es genügt ein „Kostenvoranschlag“, aus dem die Befunde und die beabsichtigte zahnprothetische Versorgung ersichtlich sind. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Oktober 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Klägerin von der Beklagten die Zahlung von EUR 1.810,00 für in der Tschechischen Republik durchgeführte zahnprothetische Behandlung verlangen kann.

Die am 10. Mai 1963 geborene Klägerin ist bei der Beklagten aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung krankenversichert. Die Beklagte hatte ihrem Vorbringen zufolge einen Heil- und Kostenplan (HKP) des Zahnarztes I. in Ö. vom 13. Juli 2004 am 15. Juli 2004 genehmigt, der jedoch nicht zur Ausführung kam, da er der Klägerin zu teuer war. Nach dem Vorbringen der Klägerin gab es auch einen HKP des Zahnarztes Dr. K., den die Beklagte ebenfalls genehmigt hatte, der jedoch gleichfalls nicht zur Ausführung kam. Am 02. Februar 2006 nahm die Klägerin Kontakt mit dem Zahnarzt MuDr. H. (Zahnarzt) in C. in der Tschechischen Republik wegen einer zahnprothetischen Behandlung auf. Dieser Zahnarzt erstellte der Klägerin am 11. März 2006 einen "Kostenvoranschlag/Rechnung" über eine zahnprothetische Behandlung bezüglich mehrerer Zähne über EUR 1.810,00 (Bl. 26 der Verwaltungsakte der Beklagten). Die Behandlung wurde dann in Tschechien am 25. März 2006 durchgeführt und die Klägerin bezahlte an diesem Tag EUR 1.810,00 (Bl. 22/23 der LSG-Akte).

Mit dem Stempel des 06. April 2006 ging bei der Beklagten der genannte Kostenvoranschlag ein. Mit Schreiben vom 07. April 2006 forderte die Beklagte daraufhin den Zahnarzt zur Übersendung der notwendigen Unterlagen (u.a. Röntgenaufnahmen) auf. Eine Röntgenaufnahme wurde daraufhin auch übersandt. Gleichzeitig bat die Beklagte die Kassenzahnärztliche Vereinigung B.-Württemberg um Begutachtung der vorzunehmenden prothetischen Behandlung. Mit Schreiben vom 15. Mai 2006 teilte Zahnarzt Dr ... Sch., den die Kassenzahnärztliche Vereinigung B.-Württemberg um die Begutachtung gebeten hatte, zum Gutachtenauftrag mit, die Klägerin sei bereits prothetisch versorgt. Die Beklagte ermittelte als Kassensatz für die durchgeführte Behandlung einen Betrag von EUR 2.103,04 (vgl. Bl. 25 der LSG-Akte).

Mit Schreiben vom 19. Mai 2006 teilte die Beklagte der Klägerin mit, es könnten Zahnersatzkosten ohne vorherige Genehmigung nicht übernommen werden. Zahnersatzkosten im Ausland dürften nur in Notfällen erstattet werden oder dann, wenn vor Beginn der Behandlung ein HKP zur Genehmigung eingegangen sei. Die Klägerin widersprach der Ablehnung der Kostenübernahme. Mit Bescheiden vom 29. und 31. Mai 2006, wobei der letzte Bescheid eine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt, lehnte die Beklagte nochmals die Kostenerstattung ab, da Zahnersatzkosten im Ausland nur dann übernommen werden dürften, wenn vor Beginn der Behandlung ein HKP zur Genehmigung vorgelegt worden sei. Eine andere Möglichkeit der Kostenübernahme sehe der Gesetzgeber nicht vor. Dagegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Die Auffassung der Beklagten sei offenkundig unzutreffend. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) habe entschieden, dass ambulante

Behandlungen im Ausland ohne vorherige Zustimmung der inländischen Krankenversicherung des Versicherten durchgeführt und in Anspruch genommen werden dürften. Die bei ihr durchgeführten Maßnahmen entsprächen auch den deutschen Behandlungsrichtlinien und Vorgaben. Die Notwendigkeit, einen HKP vorzulegen, bestehe deshalb bereits aufgrund der europarechtlichen Vorgaben nicht. Dies ergebe sich auch nicht aufgrund der einfach gesetzlichen Regelung des deutschen Sozialrechts. Denn gemäß den Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche zahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sei zwar vor der Versorgung mit Zahnersatz ein HKP vorzulegen. Diese Voraussetzung gelte jedoch lediglich für die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragszahnärzte. Bei einem ausländischen Zahnarzt handle es sich unstreitig nicht um einen solchen Vertragszahnarzt, der mithin auch keinen HKP vorzulegen habe. Dies wäre ihm auch nicht möglich, da er nicht über die entsprechenden besonderen Vordrucke verfüge. Im Übrigen liege auch eine ihr gegenüber erteilte konkrete Zusage und Information im Vorfeld der durchgeführten Behandlung vor. Die Beklagte habe nämlich darum gebeten, einen Kostenvorschlag vorzulegen. Dies habe sie auch getan. Die Beklagte könne daher nicht im Nachhinein verlangen, dass zunächst ein HKP zur Genehmigung vorzulegen sei. Darauf hätte sie, die Klägerin, unmissverständlich hingewiesen werden müssen. Der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss wies den Widerspruch der Klägerin zurück (Widerspruchsbescheid vom 21. Juli 2006). Zur Begründung führte er aus, bei einer Behandlung in einem Land der Europäischen Union (EU) könnten Versicherte Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 4](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) nur beanspruchen, wenn alle nach deutschem Recht maßgebenden Leistungsvoraussetzungen erfüllt seien. Dazu zählten, wie bei einer Inanspruchnahme im Inland, beispielsweise eine vorherige Antragstellung, die Vorlage einer ärztlichen Verordnung und gegebenenfalls eine Begutachtung. Bei Zahnersatz handle es sich um eine genehmigungspflichtige Leistung, weshalb die im Inland vorgesehenen Antragsverfahren einzuhalten seien. Vor Behandlungsbeginn sei ein HKP zur Genehmigung vorzulegen. Aus diesem Plan müssten Art und Umfang des geplanten Zahnersatzes einschließlich der Kosten einwandfrei erkennbar sein. Die Klägerin habe vor Beginn der Behandlung keinen HKP zur Genehmigung eingereicht, sondern erst nach Durchführung der Behandlung. Sie, die Beklagte, habe auch keine Kostenzusage erteilt. Diese hätte, um wirksam zu sein, schriftlich erteilt werden müssen ([§ 31](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs [SGB X]).

Am 16. August 2006 erhob die Klägerin deswegen Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Die Klägerin machte geltend, im Vorfeld der beabsichtigten zahnprothetischen Behandlung in Tschechien habe sie sich bei der Beklagten, d.h. bei den Geschäftsstellen in B. und dann in B.-B., erkundigt, ob die Kosten übernommen würden. Bei der ersten Vorsprache in B. habe sie erfahren, dass für solche Fragen die Geschäftsstelle in B.-B. zuständig sei. Sie, die Klägerin, habe deshalb in B.-B. angerufen und nachgefragt, unter welchen Bedingungen sie sich in Tschechien behandeln lassen könne. Telefonisch sei ihr erklärt worden, dass sie einen Kostenvorschlag vorlegen müsse. Wenn in Tschechien alles nach den deutschen Richtlinien ausgeführt werde, dann sei eine Kostenerstattung kein Problem. So habe sie sich dann auch verhalten. Sie habe sich zu dem Zahnarzt in Tschechien begeben, der die Behandlung habe durchführen sollen. Dieser habe einen Kostenvorschlag gefertigt. Den habe sie dann zur Geschäftsstelle nach B.-B. gebracht; sodann sei sie am nächsten Wochenende nach Tschechien gefahren, um die Behandlung durchführen zu lassen. Vom Erfordernis einer vorherigen Genehmigung sei ihr telefonisch nichts mitgeteilt worden. Eine solche vorherige Genehmigung sei bei einer Behandlung in Tschechien aufgrund europarechtlicher Vorgaben nicht erforderlich. Selbst wenn sie notwendig sein sollte, könne sich die Beklagte aufgrund eines Beratungsfehlers nicht darauf berufen, dass sie, die Klägerin, diese Genehmigung nicht abgewartet habe. Im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs müsse sie dann jedenfalls so gestellt werden, als ob die Genehmigung rechtzeitig eingeholt worden wäre, mit der Folge, dass der Zahnersatz von der Beklagten zu übernehmen sei. Die durchgeführte Behandlung als solche sei wohl unstreitig auch medizinisch notwendig und sinnvoll gewesen. Im Übrigen könne auch erwogen werden, einen Amtshaftungsanspruch gegenüber der Beklagten geltend zu machen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie verwies auf die Begründung des Widerspruchsbescheids.

Mit Gerichtsbescheid vom 11. Oktober 2007 wies das SG die Klage ab. Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bestehe nicht. Danach seien lediglich die Beschränkungen durch das Territorialitätsprinzip entfallen. Es seien jedoch alle sonstigen Leistungsvoraussetzungen des nationalen Rechts zu beachten, soweit sie weder diskriminierend seien noch die Freizügigkeit behinderten. Gemessen daran stehe der Forderung der Klägerin das Fehlen eines genehmigten HKP entgegen. Das Erfordernis einer Genehmigung nach innerstaatlichem Recht rechtfertige sich daraus, dass einerseits die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Zahnersatzversorgung anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen gut beurteilt werden könne, andererseits eine nachträgliche Prüfung nach Eingliederung des fertigen Zahnersatzes auf besondere Schwierigkeiten stoße. Diese Erwägungen würden in gleicher Weise für eine zahnärztliche Behandlung in Tschechien gelten. Auch insoweit bestehe ein nachvollziehbares Interesse der Beklagten, eine in Aussicht genommene Versorgung mit Zahnersatz vorab zu prüfen. Angesichts dessen sei im vorliegenden Fall die Einreichung und Genehmigung eines gegebenenfalls formlosen HKP des tschechischen Leistungserbringers vor Beginn der Behandlung erforderlich. Die Klägerin könne ihren Anspruch auch nicht damit begründen, dass die Beklagte einen Beratungsfehler begangen habe, sodass ein auf Kostenerstattung gerichteter sozialrechtlicher Herstellungsanspruch bestehe. Denn die Kostenerstattung sei im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung abschließend durch [§ 13 SGB V](#) geregelt; nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei ein Herstellungsanspruch insoweit ausgeschlossen. Auch sonst scheide Europarecht als Anspruchsgrundlage aus.

Gegen den ihren Prozessbevollmächtigten gegen Empfangsbekanntnis am 18. Oktober 2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am Montag, 19. November 2004 mit Fernkopie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie trägt vor, die Begründung des SG überzeuge nicht. Nach den nationalen Regeln für die anspruchsbegründenden Tatsachen sei es hier nicht erforderlich, dass zwingend eine Genehmigung für die Behandlung vorher eingeholt werden müsse. Es müsse auch möglich sein, die Genehmigung nachträglich einzuholen, andernfalls könnte die Krankenkasse allein wegen eines Formmangels unter Umständen begünstigt werden, obwohl sie der Sache nach eigentlich zur Leistung verpflichtet wäre. So liege die Sache auch in ihrem Fall. Im Übrigen werde durch den Genehmigungsvorbehalt der ausländische Leistungserbringer diskriminiert. Die Vorlage eines HKP sehe das Gesetz nur für den Vertragszahnarzt vor. Ein derartiger HKP sei nach ganz bestimmten Vorgaben inländischen Rechts strukturiert. Ein ausländischer Zahnarzt sei weder im Besitz der hierfür notwendigen Formulare noch habe er Kenntnis von den besonderen Anforderungen des deutschen Leistungserbringerrechts. Wenn aber für den ausländischen Leistungserbringer völlig unklar wäre und gegebenenfalls auch die Unsicherheit bestehen würde, dass selbst bei Vorlage formloser Mitteilungen eine Genehmigung nicht erteilt werden würde, könnte dies ihn davon abhalten, mit inländischen Leistungserbringern zu konkurrieren. Insoweit wäre eine Diskriminierung zu befürchten. Es müsse daher zunächst einheitlich geklärt sein, welche Unterlagen der ausländische Leistungserbringer zur Erfüllung des inländischen Genehmigungsvorbehalts vorzulegen habe und welche Unterlagen er insoweit dem Patienten mitzugeben hätte. Da dies jedoch völlig ungeklärt sei und insoweit eine deutliche Verunsicherung bei den ausländischen Leistungserbringern bestehe, führe dies im Ergebnis dazu, dass die Leistungen auch ohne Genehmigung erbracht werden müssten, jedenfalls aber, dass die Genehmigung auch nachträglich erteilt werden könne. Die Klägerin hat verschiedene Unterlagen

ingereicht (Bl. 20 bis 23 der LSG-Akte).

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Oktober 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 31. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. Juli 2006 zu verurteilen, ihr für die am 25. März 2006 in der Tschechischen Republik durchgeführte zahnprothetische Behandlung EUR 1.810,00 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Es sei für sie nicht mehr exakt feststellbar, wann genau die Klägerin den Kostenvorschlag des Zahnarztes eingereicht habe. Die Beklagte hat auch einen Auszug aus ihrer Satzung (§ 15 zur Kostenerstattung) vorgelegt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig, jedoch nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 31. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. Juli 2006 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen nach [§§ 13 Abs. 4](#), [55 Abs. 1 Satz 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zu beurteilenden Anspruch auf Erstattung von EUR 1.810,00, wie auch das SG zutreffend entschieden hat.

Die Klägerin hat bei ihr am 25. März 2006 entsprechend dessen "Kostenvorschlag/Rechnung" vom 11. März 2006 zahnprothetische Behandlungen an mehreren Zähnen durch den Zahnarzt MuDr. H. in C. in der Tschechischen Republik, die seit dem 01. Mai 2004 Mitglied der Europäischen Union (EU) ist, durchführen lassen und dafür dem Zahnarzt an diesem Tag gemäß der vorgelegten Quittung EUR 1.810,00 bezahlt.

[§ 13 Abs. 4 SGB V](#) in der ab 01. Januar 2004 geltenden Fassung bestimmt: Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschalbetrags zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung (Satz 1). Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung eines Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind (Satz 2). Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte (Satz 3). Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln (Satz 4). Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlung in Abzug zu bringen (Satz 5). Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedsstaat der EU oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz übernehmen (Satz 6). In § 15 Abs. 3 (vgl. auch Abs. 4) ihrer Satzung hat die Beklagte auch Regelungen zur Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) getroffen. Danach werden Versicherten die Kosten von Leistungen, die in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 in ihrer jeweiligen Fassung anzuwenden ist, in Anspruch genommen werden, nach Maßgabe des [§ 13 Abs. 4 bis 6 SGB V](#) erstattet, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung im Inland erfüllt sind. Der Gesetzgeber hat mit [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) die Rechtsprechung des EuGH nachvollzogen, wonach die Grundsätze des freien Warenverkehrs nach Art. 49 EG-Vertrag auch im Bereich der sozialen Sicherheit mit der Konsequenz gelten sollten, dass sich Versicherte Versicherungsleistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen können, mithin ein nationales Sachleistungssystem nicht den Kostenerstattungsanspruch hindert. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte insoweit auch schon zu der bis 31. Dezember 2004 geltenden europarechtlichen Rechtslage zur grenzüberschreitenden im EU-Bereich in Anspruch genommenen Krankenbehandlung entschieden, dass der unter dem Blickwinkel des Europarechts ergebende Kostenerstattungsanspruch zwar zu einer Modifikation des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geführt hätte, ohne dass dessen Regelungsgehalt damit gänzlich aufgehoben worden wäre. Denn die europäische Dienstleistungsfreiheit setzt das nationale Recht nur insoweit außer Kraft, als es gegen das Diskriminierungsverbot verstößt; Leistungsvoraussetzungen und Begrenzungen des Leistungsumfanges sollten dagegen uneingeschränkt gelten, wenn und solange sie nicht diskriminierend wirkten. Infolgedessen war der deutsche Versicherte bei im EU-Ausland selbst beschafften Leistungen nicht verpflichtet oder auch nur gehalten, sich vor der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland bei seiner Krankenkasse zu vergewissern, ob die begehrte Krankenbehandlung mit geringerem Kostenaufwand erhältlich ist, ob sie nach Art und Qualität zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört oder ob mit ihr ein gesundheitliches Risiko eingegangen wird (BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 4](#) Rdnr. 10).

Der Senat geht zwar davon aus, dass hier der Zahnarzt die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) erfüllt hat, er mithin ein entsprechender Leistungserbringer im EU-Ausland war. Dies hat auch die Beklagte nicht bestritten, indem sie nach Vorlage des Kostenvorschlags das Genehmigungsverfahren mit Begutachtung durchführen wollte. Auch steht dem Kostenerstattungsanspruch [§ 13 Abs. 4 Satz 1](#) 2. Halbsatz SGB V ("es sei denn ...") nicht entgegen, denn die Klägerin war keine so genannte Residentin, bei der es zu einer nicht gerechtfertigten Doppelleistung (Pauschale und Kostenerstattung) der Beklagten hätte kommen können. Auch ein Fall des [§ 13 Abs. 4](#)

Satz 6 SGBV ist nicht gegeben. Dem Kostenerstattungsanspruch steht jedoch entgegen, dass die Klägerin der Beklagten vor Durchführung der zahnprothetischen Behandlung nicht die Möglichkeit gegeben hat, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der erstrebten Zahnersatzversorgung anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen (Vitalitätsprüfung, Parodontalzustand usw.) zu beurteilen und diese Beurteilung auch nicht abgewartet hat.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V](#) umfasst die Krankenbehandlung die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. [§ 55 SGB V](#) regelt insoweit nach den Grundsätzen der Sachleistung den Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Superkonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) anerkannt ist (Abs. 1 Satz 1 der Vorschrift). Nach [§ 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) in der ab 01. Januar 2005 (bis 30. Juni 2008) geltenden Fassung ist bestimmt: In dem Bundesmantelvertrag haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen, dass die Kosten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Superkonstruktionen, soweit die gewährte Versorgung der Regelversorgung nach [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) entspricht, gegenüber den Versicherten nach Abs. 2 abzurechnen sind. Ferner ist in den Sätzen 2 ff. der Vorschrift bestimmt: 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 SGB V 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 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 SGB V](#) 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 SGB V](#) 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 jeweiligen 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. Dieser der Krankenkasse vorzulegende, von ihr zu prüfende und zu genehmigende HKP des Vertragszahnarztes soll der Krankenkasse Gelegenheit geben, die vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz vorab auf ihre Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls begutachten zu lassen, um auf diesem Wege die Inanspruchnahme der in aller Regel mit hohen Kosten verbundenen Zahnersatzleistungen steuern zu können. Abweichend vom Regelfall der Krankenbehandlung müssen insoweit zahnprothetische Versorgungsleistungen von ihrer Realisierung von der Krankenkasse genehmigt werden. Das Genehmigungserfordernis rechtfertigt sich daraus, dass einerseits die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Zahnersatzversorgung anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen (Vitalitätsprüfung, Parodontosezustand usw.) gut vorab beurteilt werden kann, andererseits eine nachträgliche Prüfung nach Eingliederung des fertigen Zahnersatzes auf besondere Schwierigkeiten stoßen würde. Dieses Genehmigungserfordernis erscheint als zwingende Voraussetzung für den Leistungsanspruch des Versicherten (vgl. BSG [SozR 4-1500 § 55 Nr. 1 Rdnr 10](#)).

Zwar wenden sich die Regelungen des [§ 87 Abs. 1a SGB V](#) und des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte (BMV-Z) mit seinen Anlagen, insbesondere mit der Anlage 3 für den Heil- und Kostenplan und der Anlage 12 (Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen), an die (inländischen) Vertragszahnärzte. Auch lässt sich aus [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) herleiten, dass der deutsche Versicherte bei im EU-Ausland selbst beschafften Leistungen nicht verpflichtet oder auch nur gehalten ist, sich vor der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland bei seiner Krankenkasse zu vergewissern, ob die begehrte Krankenbehandlung mit geringerem Kostenaufwand erhältlich ist, ob sie nach Art und Qualität zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört oder ob mit ihr ein gesundheitliches Risiko verbunden ist. Vom genannten Zweck des (vorher zu genehmigenden) HKP her ergibt sich jedoch auch für die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden zahnprothetischen Behandlungen im EU-Ausland, dass der Krankenkasse vor Durchführung dieser Auslandsbehandlung die Möglichkeit gegeben werden muss, die vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz vorab auf ihre Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls begutachten zu lassen, um auf diesem Wege die Inanspruchnahme der in aller Regel mit hohen Kosten verbundenen Zahnersatzleistungen steuern zu können. Dieses Erfordernis, zumal eine nachträgliche Überprüfung nach Eingliederung des fertigen Zahnersatzes auf besondere Schwierigkeiten stoßen würde, rechtfertigt sich vor allem auch im Hinblick auf den ab 01. Januar 2005 bestehenden Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Durch dieses Erfordernis, der Krankenkasse eine vorherige Prüfung ermöglichen zu können, das nicht nur eine verfahrensrechtliche Funktion hat, sondern zwingende Voraussetzung für den Leistungsanspruch nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist, wird die europäische Dienstleistungsfreiheit bei Zahnersatzleistungen nicht beeinträchtigt. Es ergibt sich keine Diskriminierung. Diese ergibt sich nicht daraus, dass der ausländische Zahnarzt nicht über die inländischen Formulare für den HKP (Anlage 1 und 2 der Anlage 3 zum BMV-Z) verfügen mag. Es muss nicht zwingend dieser inländisch vereinbarte Vordruck vom ausländischen Zahnarzt verwendet werden, sondern es genügt ein "Kostenvoranschlag", aus dem die Befunde und die beabsichtigte zahnprothetische Versorgung ersichtlich sind, wie dies im vorliegenden Fall durch MuDr. H. erfolgte. Weder gegenüber der Klägerin noch gegenüber dem Zahnarzt hat die Beklagte darauf bestanden, dass inländische Vordrucke des HKP hätten verwendet werden müssen. Durch die Vorgehensweise der Beklagten nach Erhalt des Kostenvoranschlags des Zahnarztes, indem sie mit Schreiben vom 07. April 2006 die Begutachtung der vorgesehenen prothetischen Behandlung ("Bitte ein Privatgutachten erstellen, da Heil- und Kostenplan aus Tschechien") unter Anforderung "notwendiger Unterlagen (Röntgenaufnahmen usw.)" bei dem EU-Zahnarzt veranlassen wollte, wird auch bestätigt, dass das Genehmigungserfordernis hier zu keiner Beeinträchtigung der Tätigkeit dieses EU-Zahnarztes bzw. zu dessen Diskriminierung gegenüber einem inländischen Vertragszahnarzt führt.

Der Klägerin war es zuzumuten, den von MuDr. H. erstellten "Kostenvoranschlag/Rechnung" vom 14. März 2006 vor Durchführung der Behandlung am 25. März 2006 bei der Beklagten einzureichen, um so die Prüfung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu ermöglichen, sei es auch anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen, wie von der Beklagten beabsichtigt. Der Senat vermag nicht festzustellen, dass die Klägerin den "Kostenvoranschlag/Rechnung" des MuDr. H. überhaupt vor dem 25. März 2006 bei der Beklagten eingereicht hat. Der Eingangsstempel darauf vom 06. April 2006 und die nachfolgenden Schreiben der Beklagten vom 07. April 2006 an den Zahnarzt wegen der Übersendung von zu prüfenden Unterlagen sowie an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg wegen der Begutachtung der vorzunehmenden prothetischen Behandlung ergeben vielmehr, dass der "Kostenvoranschlag/Rechnung" ersichtlich erst nach dem 25. März 2006 bei der Beklagten eingereicht wurde. Auf jeden Fall hat die Beklagte, selbst wenn der Beklagten der

"Kostenvoranschlag/Rechnung" vor dem 25. März 2006 vorgelegen hätte, das von der Beklagten eingeleitete Genehmigungsverfahren/Gutachtenverfahren, in das der Zahnarzt aufgrund des Schreibens vom 07. April 2006 eingebunden war und dem die Klägerin sich ohne Weiteres hätte unterziehen können, zumal ihr das Genehmigungsverfahren ersichtlich auch bekannt war, nicht abgewartet. Anhaltspunkte für eine Notfallbehandlung liegen nicht vor. Darauf, dass der von der Klägerin aufgewendete Betrag niedriger war, als der von der Beklagten mit Schriftsatz vom 03. Juni 2008 angegebene Festzuschuss, kommt es nicht an.

Auf einen Beratungsmangel, dass die Klägerin nicht auf die Notwendigkeit der vorherigen Genehmigung/Begutachtung eines einzureichenden HKP des Zahnarztes hingewiesen worden sein könnte, kann die Klägerin einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) ebenfalls nicht stützen, wie das SG zutreffend unter Verweis auf die Rechtsprechung des BSG ([SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#)) ausgeführt hat.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-10-15