

Normen

§ 55 ff. SGB V

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) vom 08.12.2004, letztmalig geändert am 18.02.2016, BAnz AT 03.05.2016 B1, in Kraft seit 04.05.2016

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind sowie über die Höhe der auf die Regelversorgungsleistungen entfallenden Beträge nach § 56 Abs. 4 SGB V (Festzuschuss-Richtlinie) vom 03.11.2004, letzte Änderung 11.12.2020, BAnz AT 22.01.2021 B6, in Kraft getreten am 01.01.2021

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen der Neuregelungen im Zahnersatzbereich ab 01.01.2005 vom 13.12.2004

Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 i.d.F. vom 22.08.2008

Kurzinfo

Für die Versorgung mit Zahnersatz gilt die sog. Festzuschussregelung. Auf Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien hat der Gemeinsame Bundesausschuss Befunde festgelegt und diesen prothetische Regelversorgungen zugeordnet. Die Bezuschussung richtet sich demnach nicht mehr nach der individuell durchzuführenden Therapie, sondern nach einer für den jeweiligen Zahnbefund vorgesehenen durchschnittlichen Regelversorgung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Höhe der Festzuschüsse für die Versorgung mit Zahnersatz festgelegt. Für Härtefallpatienten wurde sichergestellt, dass sie eine zuzahlungsfreie zahnprothetische Versorgung erhalten.

Die Festzuschüsse decken im Durchschnitt mindestens 60 % der Kosten für die Regelversorgungsleistungen ab. Wünschen Versicherte eine andere als dem Befund zugeordnete Regelversorgung, können Mehrkosten entstehen, die ausschließlich der Versicherte zu tragen hat. Wünschen Versicherte bei einem Befund, für den ein herausnehmbarer Zahnersatz als Regelversorgung vorgesehen ist, z.B. eine Brückenversorgung, haben sie die daraus resultierenden Mehrkosten allein zu tragen. Bei regelmäßiger Vorsorge gibt es auch in Zukunft einen Bonus auf den Festzuschuss. Der Bonus entspricht dem bisherigen Bonus für die regelmäßige Zahnpflege und die Durchführung der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen durch den Zahnarzt (siehe Zahnersatz - Bonusregelung).

Den Versicherten wird vom Zahnarzt und von der Krankenkasse ein einwandfreier Zahnersatz garantiert. Wenn sich dennoch Mängel ergeben, sollte der Zahnarzt rechtzeitig zur Nachbesserung aufgesucht werden. Bleibt dies ausnahmsweise erfolglos, ist die Krankenkasse umgehend zu informieren, damit Mängelrügen fristgerecht geltend gemacht werden können. Die Zahnärzte übernehmen für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewährleistung (§ 137 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Identische und Teilwiederholungen von Füllungen und Erneuerung von Zahnersatz sind in diesem Zeitraum kostenfrei vom Zahnarzt vorzunehmen, wenn ein Verschulden des Zahnarztes festgestellt wurde.

Wird der Zahnersatz wegen eines Arbeitsunfalls bzw. wegen eines Schulunfalls erforderlich, sind die Unfallversicherungsträger zuständig. Sie übernehmen bis zu 100 % der notwendigen Kosten.

Information

Inhaltsübersicht

1. Befundbezogene Festzuschüsse
2. Umfang der Versorgung

3. Höhe der Festzuschüsse
4. Regelversorgung
5. Gleichartige Versorgung
6. Andersartige Versorgung
7. Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)
8. Ausnahmefälle für Implantate und Suprakonstruktionen
9. Implantate und Suprakonstruktionen als Sachleistung
10. Wahl eines aufwendigeren Zahnersatzes
11. Heil- und Kostenplan
12. Bewilligung und Abrechnung
13. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel
14. Sonderregelung für Asylsuchende, Vertriebene, Spätaussiedler etc.
15. Eingliederung von Zahnersatz ohne genehmigten Heil- und Kostenplan

1. Befundbezogene Festzuschüsse

Die befundbezogenen Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Sie wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Ein solcher Befund ist z.B. eine zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn.

Die befundbezogenen Festzuschüsse betragen jeweils 60 % der Beträge, die Zahnärzte und Krankenkassen für die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Regelversorgungen vereinbart haben. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich unter bestimmten Voraussetzungen die Festzuschüsse auf 70 % oder 75 %. Bei geringem Einkommen zahlt die Krankenkasse die vollen Kosten der medizinisch notwendigen Regelversorgung. Ein Vorteil der Festzuschüsse liegt u.a. darin, dass die Kosten für den Zahnersatz insgesamt transparenter werden. Allerdings gibt es in der Praxis auch Fälle, in denen der Zahnarzt trotz wirtschaftlicher Versorgung mit Zahnersatz über den Kosten der Regelversorgung liegt.

Die Krankenkassen-Spitzenverbände haben in den Gemeinsamen Rundschreiben vom 21.12.2004 und 15.03.2005 Grundlagen zur Anwendung der befundbezogenen Festzuschüsse dargestellt und Lösungsmöglichkeiten für Umsetzungsprobleme erläutert. Mit Rundschreiben vom 01.08.2005 haben die Krankenkassen-Spitzenverbände weitere Fragen und Antworten, die zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Spitzenverbänden der Krankenkassen behandelt wurden, bekannt gegeben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der **Festzuschuss-Richtlinie** auf der Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien die Befunde bestimmt, für die Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden und hat diesen nach § 56 Abs. 2 SGB V prothetische Regelversorgungen zugeordnet. Dem zahnmedizinischen Befund wurde unter Berücksichtigung der Zahnersatz-Richtlinien ein Befund dieser Festzuschuss-Richtlinien zugeordnet. Die dem jeweiligen Befund zugeordnete zahnprothetische Versorgung orientiert sich an den zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse für den jeweiligen Befund gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung sind auch die Funktionsdauer, die Stabilität und auch die Gegenbezahnung berücksichtigt worden. In die Festlegung der Regelversorgung sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes einbezogen.

2. Umfang der Versorgung

Der Zahnersatz als Leistung der Krankenkasse umfasst die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz, herausnehmbaren Zahnersatz, Kombinationszahnersatz und Suprakonstruktionen. Die tatsächliche Versorgung hängt in erster Linie davon ab, wie viele Zähne fehlen und in welchem Zustand sich das Gebiss

insgesamt befindet.

Festsitzender Zahnersatz sind Kronen und Brücken. Herausnehmbarer Zahnersatz sind Teil- oder Vollprothesen. Bei Kombinationszahnersatz ist dieser mit bestimmten Verbindungselementen mit den Restzähnen verbunden. Unter dem Begriff Suprakonstruktion versteht man die Versorgung mit Implantaten, Kronen, Brücken oder Prothesen. Implantate sind künstliche Zahnwurzeln, die in den Kieferknochen einoperiert werden und mit dem Knochen verwachsen. Hierdurch entsteht ein fester Sitz für den darauf angebrachten Zahnersatz. Implantate sind oftmals sehr vorteilhaft aber auch deutlich teurer als konventioneller Zahnersatz.

Die geltende Festzuschussregelung hat für die Versicherten einen gravierenden Vorteil. Die Wahlfreiheit bei der Therapie wird erhöht. So können sich Versicherte z.B. auch für einen implantatgetragenen Zahnersatz entscheiden ohne den kompletten Anspruch auf den Kassenanteil zu verlieren. "Implantatgetragen" heißt, dass der Zahnersatz auf die Implantate aufgesetzt wird. Auch in diesen Fällen beteiligt sich die Krankenkasse mit einem Festzuschuss an den Kosten der Versorgung.

3. Höhe der Festzuschüsse

Die befundbezogenen Festzuschüsse betragen jeweils 60 % der Beträge, die die Ärzte und Krankenkassen für die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Regelversorgungen (Regelversorgungsleistungen) vereinbart haben.

4. Regelversorgung

Eine Regelversorgung liegt vor, wenn der gewählte Zahnersatz der für die jeweilige Befundsituation als Regelversorgungsleistung bestimmten zahnprothetischen Versorgungsform entspricht. Derzeit wird auf der Bundesebene darüber diskutiert, ob Versicherte bei nachgewiesener Allergie gegen Nichtedelmetalle bzw. Nichtedelmetalllegierungen Anspruch auf eine **eigenanteilsfreie** Regelversorgung mit einem gesundheitlich verträglichen Werkstoff haben. Derzeit werden dazu noch unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten.

5. Gleichartige Versorgung

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn zusätzlich zur Regelversorgung Leistungen hinzukommen. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein der Regelversorgung entsprechender Zahnersatz zusätzliche Versorgungselemente wie zusätzliche keramische Verblendungen sowie zusätzliche oder andere Verankerungs- bzw. Verbindungselemente aufweist. Mehrkosten entstehen nur insoweit, als zahnärztliche und zahntechnische Leistungen anfallen, die nicht als Regelversorgungsleistung dem Festzuschuss zugeordnet sind.

6. Andersartige Versorgung

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsform (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Festzuschuss-Richtlinien als Regelversorgung für den jeweiligen Befund festgelegt ist, gewählt wird. Dies ist z.B. der Fall, wenn als Regelversorgung eine Modellgussprothese festgelegt wurde, der Versicherte jedoch eine festsitzende Brückenversorgung wählt.

Bei andersartiger Versorgung rechnet der Zahnarzt nicht wie bei Festzuschüssen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung ab. Versicherte erhalten bei einer andersartigen Versorgung von ihrer Krankenkasse eine Erstattung der bewilligten Festzuschüsse. Der Zahnarzt schickt seine Rechnung also direkt an den Versicherten.

7. Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

Nach § 55 Abs. 1 SGB V haben Versicherte nicht nur Anspruch auf Festzuschüsse für Zahnersatz und Zahnkronen, sondern als Wahlleistung auch Anspruch auf Suprakonstruktionen. Als Suprakonstruktion bezeichnet man den auf ein Implantat aufgesetzten Zahnersatz (implantatgestützter Zahnersatz). Das kann z.B. eine Krone, eine Totalprothese, aber auch eine Brücke sein. Notwendig werdende Implantataufbauten

(z.B. für eine Krone, eine Brücke oder eine Totalprothese) oder implantatbedingte Verbindungselemente gehören nicht zur Suprakonstruktion.

Für Suprakonstruktionen nach Erstversorgung mit Implantaten hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen sind die entsprechenden Festzuschüsse nach der Befundklasse 7 der Festzuschuss-Richtlinien ansetzbar.

Sowohl bei der Erstversorgung als auch bei der Erneuerung oder der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen werden für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, keine Kosten übernommen.

8. Ausnahmefälle für Implantate und Suprakonstruktionen

In den Zahnersatz-Richtlinien beschriebenen Fällen (zahnbegrenzte Einzelzahnücke, atrophierter - sich rückbildender - Kiefer) sind auch Suprakonstruktionen Gegenstand der Regelversorgung. Es handelt sich dabei also nicht um eine Wahlleistung. In diesen Fällen hat der Versicherte ebenfalls Anspruch auf den sich aufgrund der Befundsituation vor Setzen des Implantates ergebenden Festzuschuss. Abrechnungsgrundlage für die Vergütung der implantatbedingten Leistungen ist in diesen Fällen jedoch im Gegensatz zu den o.g. "Wahlleistungen" der einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) und das bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL II).

9. Implantate und Suprakonstruktionen als Sachleistung

Die Festzuschuss-Richtlinien gelten nicht für die Ausnahmeindikationen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V . Ungeachtet der Festzuschuss-Richtlinien bleibt das bisherige Antrags-, Begutachtungs-, Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren für implantologische Ausnahmefälle nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V unverändert. Danach werden bei bestimmten medizinischen Ausnahmeindikationen in besonders schweren Fällen (z.B. größere Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen oder in Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten haben) sowohl die Kosten für die Implantate als auch für den darauf aufbauenden Zahnersatz (Suprakonstruktion) im Wege der Kostenerstattung als Sachleistung übernommen. Dies gilt insbesondere bei Tumorpatienten auch dann, wenn die Voraussetzungen für eine Ausnahmeindikation vorliegen, aber ein Implantat als Träger des Zahnersatzes ausscheidet, weil dieses wegen des Verlustes größerer Knochensubstanzen nicht gesetzt werden kann.

10. Wahl eines aufwendigeren Zahnersatzes

Wählen Versicherte einen aufwändigeren Zahnersatz als notwendig (gleichartigen Zahnersatz), haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber schließen vor Beginn der Behandlung der Vertragszahnarzt und die Versicherten eine schriftliche Vereinbarung. Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten sind für die zahnärztlichen Leistungen die GOZ und für zahntechnische Leistungen die bundeseinheitliche Benennungsliste (BEB).

In Fällen, in denen Versicherte eine andersartige Versorgung wählen, werden die gesamten Zahnersatzkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt; die Krankenkasse erstattet ihm nach Eingliederung des Zahnersatzes die bewilligten Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlich entstandenen Kosten.

Begleitleistungen wie Anästhesien, Röntgenaufnahmen, parodontologische und konservierende Leistungen, die bei Versorgungsleistungen nach § 56 Abs. 2 SGB V (Regelversorgung) erbracht werden, sind als vertragszahnärztliche Leistungen über Krankenversichertenkarte abzurechnen. Dies gilt bei einer gleichartigen bzw. andersartigen Versorgung ebenfalls für die der Regelversorgung zuzuordnenden Begleitleistungen. Wählen Versicherte eine gleichartige bzw. eine andersartige Versorgung, so werden die ausschließlich durch die Wahlleistungen bedingten Begleitleistungen - ebenso wie die Wahlleistungen selbst - nicht von der Krankenkasse übernommen. Diese Begleitleistungen werden dem Versicherten vom Zahnarzt in Rechnung gestellt

11. Heil- und Kostenplan

Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, in dem der Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen einer gleich- oder andersartigen nach Art, Umfang und Kosten darzulegen sind. Im Heil- und Kostenplan sind außerdem 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.

Die Krankenkasse bewilligt die Festzuschüsse ggf. nach dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle einer andersartigen Versorgung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab.

Die Abrechnung kann erst nach Eingliederung des Zahnersatzes erfolgen. Bei nicht vollendeten Behandlungen sind lediglich die hierfür vorgesehenen Festzuschüsse für Teilleistungen abrechenbar.

12. Bewilligung und Abrechnung

Ist eine Zahnersatzversorgung notwendig, bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund. Nach Ende der Behandlung rechnet der Zahnarzt die bewilligten Festzuschüsse - mit Ausnahme der Fälle der andersartigen Versorgung - mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Die Abrechnung kann erst nach Eingliederung des Zahnersatzes erfolgen. Bei nicht vollendeten Behandlungen sind lediglich die hierfür vorgesehenen Festzuschüsse für Teilleistungen abrechenbar.

Den verbleibenden Eigenanteil des Versicherten rechnet der Zahnarzt direkt mit ihm ab.

13. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel

Das Bundessozialgericht hat zwei Urteile (BSG, 20.11.2001 - B 1 KR 31/99 R bzw. - B 1 KR 26/00 R) zur Thematik der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel gefällt. Das BSG stellte klar, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Dieser Grundsatz ist in eine Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 (i.d.F. vom 22.08.2008) eingeflossen.

Für die Erbringung von Zahnersatz und die Übernahme der Kosten von Erweiterungen bzw. Wiederherstellungen ist dementsprechend die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am Tag der Erbringung der Leistung angehört. Als Tag der Leistungserbringung in diesem Sinne gilt für die Erbringung von Zahnersatz der Tag der Eingliederung des Zahnersatzes. Bei Interimsprothesen, die auf der Grundlage eines eigenständigen Heil- und Kostenplans erbracht werden, ist der Tag der Eingliederung der Interimsprothese maßgebend. Die vorgenannten Regelungen gelten auch für Reparaturen (Erweiterungen/Wiederherstellungen).

Bei einem Wechsel der Krankenkasse während des Behandlungsfalls wird von der nunmehr zuständigen Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse, die den Heil- und Kostenplan genehmigt hatte, grundsätzlich anerkannt. Dies gilt insbesondere bezüglich der Art der Versorgungsform sowie der Höhe der Kostenzusage (z.B. 60 oder 100 %).

Auch für die neu zuständige Krankenkasse gilt, dass die Leistungspflicht erlischt, wenn der Zahnersatz nicht innerhalb der auf dem Heil- und Kostenplan festgelegten Frist eingegliedert wird.

14. Sonderregelung für Asylsuchende, Vertriebene, Spätaussiedler etc.

Nach § 27 Abs. 2 SGB V haben bestimmte Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz nur, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse oder nach § 10 SGB V versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist. Fraglich ist, ob unter "Inanspruchnahme" der Leistung Zahnersatz der Beginn der zahnärztlichen Behandlung (Ausstellung des Heil- und Kostenplans) oder aber der spätere Zeitpunkt der

Eingliederung des Zahnersatzes zu verstehen ist.

Das BSG hat mit o.g. Urteilen festgestellt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine Behandlungsmaßnahme bei einem Kassenwechsel **nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls**, sondern von der **Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung** abhängt und sich dementsprechend bei Zahnersatz die Zuständigkeit der Krankenkasse nicht nach dem Zeitpunkt der Aufstellung des Heil- und Kostenplans, sondern nach dem Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes richtet. Diese Rechtsprechung ist jedoch auf die Regelung des § 27 Abs. 2 SGB V nicht übertragbar, da hier - auch unter Berücksichtigung der Regelungen in Abschnitt V der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 11 BVFG - der Beginn der Zahnersatzbehandlung maßgebend ist. Daher ist bei Anwendung des § 27 Abs. 2 SGB V auch weiterhin auf den Tag der Ausstellung des Heil- und Kostenplanes abzustellen.

Unter "Inanspruchnahme" der Leistung Zahnersatz i.S.d. § 27 Abs 2 SGB V ist nach einem Besprechungsergebnis der Krankenkassen-Spitzenverbände vom 22./23.01.2003 nach wie vor der Beginn der zahnärztlichen Behandlung - d.h. die Ausstellung des Heil- und Kostenplans - zu verstehen.

15. Eingliederung von Zahnersatz ohne genehmigten Heil- und Kostenplan

Eine Krankenkasse hatte die Genehmigung eines Heil- und Kostenplans für eine Versorgung mit Zahnersatz zurückgestellt, weil zuvor die bei der Versicherten bestehende Parodontose saniert werden müsse. Nachdem der Zahnarzt den Zahnersatz trotzdem eingegliedert hatte, lehnte die Krankenkasse eine Beteiligung an den Kosten gegenüber dem Zahnarzt ab. Der Zahnarzt klagte auf Feststellung, dass die Krankenkasse verpflichtet sei, den eingereichten Heil- und Kostenplan nachträglich zu genehmigen. Von der Regel, dass mit der prothetischen Behandlung erst nach Rückgabe des Heil- und Kostenplans an den Zahnarzt begonnen werden solle, müsse eine Ausnahme bei Behandlungen gemacht werden, die dringend notwendig seien und keinen Aufschub duldeten (vgl. BSG, 25.03.2003 - B 1 KR 17/01 R).

Laut BSG soll der Heil- und Kostenplan es der Krankenkasse ermöglichen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten prothetischen Versorgung vor Beginn der Behandlung zu überprüfen. Wird der Zahnersatz eingegliedert, ohne die Entscheidung der Kasse abzuwarten, entfällt der Grund für das Genehmigungserfordernis. Der Zahnarzt kann dann nur noch seinen Vergütungsanspruch gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung geltend machen und ggf. gerichtlich einklagen. Ob die Behandlung ausnahmsweise ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse durchgeführt werden durfte und ob sie den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprochen hat, ist nur noch eine Vorfrage für die Entscheidung über den Vergütungsanspruch, die von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu treffen ist.