S 38 KA 5128/17

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
38
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 5128/17
Datum
28.03.2019
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Zuständigkeit der Prothetikausschüsse erstreckt sich auf Planungs-und/oder Ausführungsmängel bei der Regelversorgung (§ 4 Abs. 1 der Anlage 12 zum BMV-Z) sowie auf die Feststellung eines sonstigen Schadens im Zusammenhang mit der Regelversorgung (§ 23 Abs. 1 S. 2 BMV-Z). Dagegen sind die Ausschüsse nur in begründeten Einzelfällen für Prothetikmängel bei der andersartigen Versorgung zuständig, überhaupt nicht aber für die Feststellung eines sonstigen Schadens bei der andersartigen Versorgung (vgl. Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1 der Anlage 12 zum BMV-Z, § 3 Ziff. 3 der Anlage 4b zu § 11 Gesamtvertrag Zahnärzte-Bayern).
I. Der Beigeladene zu 2 wird verurteilt, den Festzuschuss in Höhe von 2.887,46 Euro zuzüglich 103,10 Euro (Gutachterkosten) an die Klägerin zu zahlen (Hilfsantrag vom 19.07.2018, in der heutigen Sitzung berichtigt). Im Übrigen (Hauptantrag) wird die Klage abgewiesen.

II. Die Kosten werden gegeneinander aufgehoben. Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Gegenstand der zum Sozialgericht München eingelegten Klage war zunächst ausschließlich die Entscheidung des Schadensbeschwerdeausschusses (Sitzung vom 4.10.2017) mit der der Widerspruch der AOK Bayern (Klägerin) gegen die Entscheidung des Schadensprüfungsausschusses vom 14.9.2016 wegen Nichtzuständigkeit zurückgewiesen wurde.

Vorausgegangen war der Heil- und Kostenplan (HKP) des beigeladenen Zahnarztes unter 2. Dieser bezog sich auf eine Kronen-und Brückenversorgung im Oberkiefer und Unterkiefer. Die Eingliederung fand am 27.09.2013 statt. Nachdem die Patientin über Beschwerden klagte, erstattete der Gutachter Dr. F. am 5.2.2014 ein Mängelgutachten. Die nachbehandelnden Zahnärzte beantragten am 29.4.2015 erneut eine prothetische Versorgung des Oberkiefers und des Unterkiefers. Mit Schreiben vom 13.10.2015, gerichtet an den Schadensprüfungsausschuss beantragte die Klägerin die Feststellung des sonstigen Schadens. Der erste Termin vor dem Schadensprüfungsausschuss am 13.04.2016 wurde vertagt. In der weiteren Sitzung am 14.9.2016 wurde der Antrag der Klägerin als unzulässig zurückgewiesen. Zur Begründung führte der Schadensbeschwerdeausschuss aus, das Verfahren vor dem Schadensbeschwerdeausschuss sei ein Verfahren, wo es um die Überprüfung und gegebenenfalls Rückabwicklung von Beträgen gehe, die für fehlerhafte zahnärztliche Leistungen von der KZV vergütet worden seien. Hier aber gehe es um einen Geldfluss zwischen der Krankenkasse und der Patientin bzw. der Patientin und dem Zahnarzt. Im Übrigen würde eine antragsgemäße Entscheidung der Krankenkasse nichts nützen, denn die Krankenkasse müsste auch hier den ungerechtfertigten Zuschuss zurückverlangen.

Dagegen legte die Klägerin Klage zum Sozialgericht München ein. In der Klagebegründung vom 8.1.2018 machte die Klägerin geltend, sie habe Festzuschüsse in Höhe von 2.981,66 Euro gewährt. Der HKP vom 19.3.2013 sei fehlerhaft gewesen. Denn statt der Eingliederung einer endgültigen Versorgung, wie dies der HKP vorgesehen habe, habe eine "langzeitprovisorische Versorgung" stattgefunden. Die Feststellung des sonstigen Schadens obliege den Prüfungseinrichtungen, wie den §§ 21, 22 und 23 Abs. 1 S. 2 BMV-Z zu entnehmen sei. Im Übrigen werde auf zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28.4.2004, Az B 6 KA 64/03 R und BSG, Urteil vom 20.3.2013, Az B 6 KA 18/12 R) hingewiesen. Die Klägerin könne nicht direkt ihren Anspruch beim Beigeladenen zu 2 geltend machen, da es zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen gebe, solange die Beteiligten in das vertragsärztliche System eingebunden seien. Auch die Versorgung mit Zahnersatz sei Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung (§§ 73 Abs. 2,27 Abs. 1 Nr. 2a SGB V). Dies bedeute, dass bei Rückabwicklung das hierfür vorgesehene spezielle Verfahren einzuhalten sei. Gleiches gelte auch für die andersartige Versorgung, da es auf den Zahlungsweg nicht ankomme (BSG, Urteil vom 28.4.2004, Az B 6 KA 64/03 R). Auch die andersartige Versorgung sei Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung, wie sich aus §§ 87 Absatz 1a SGB V, 55 Abs. 2 S. 1 HS 2 SGB V ergebe. Außerdem sei auf die Entscheidung des Landgerichts München I Aktenzeichen 10 O xxxxx/xx hinzuweisen. Daraus

ergebe sich, dass eine definitive prothetische Versorgung vereinbart worden sei.

Der Prozessbevollmächtigte des Beigeladenen zu 2 vertrat in seinem Schriftsatz vom 24.4.2018 die Auffassung, der Ausschuss sei unzuständig. Es handle sich nicht um eine vertragszahnärztliche Leistung. Festzuschüsse seien ausschließlich im Verhältnis zwischen der Patientin und der Krankenkasse gewährt worden. Bezüglich der privaten Behandlungskosten sei die Patientin und nicht die Krankenkasse Schuldner des Zahnarztes. Die von der Klägerin zitierten Urteile des Bundessozialgerichts seien auf das streitgegenständliche Verfahren nicht übertragbar. Zum einen habe es sich dort (BSG, Urteil vom 20.3.2013, Az B 6 KA 18/12 R) um ein sogenanntes "Kick-Back-Modell" gehandelt. Hier aber gehe es um eine Rückabwicklung nach Bereicherungsrecht innerhalb der jeweiligen Leistungsbeziehungen. Auch die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 28.04.2004 (Aktenzeichen B 6 KA 64/03 R) sei auf das streitgegenständliche Verfahren nicht anzuwenden. Denn dort sei Gegenstand der Klage die Reduzierung der Honoraranforderung wegen mangelhafter prothetischer Versorgung gewesen. Hier aber sei Grund für das Begehren der Klägerin, dass ein (versehentlich) fehlerhaft erstellter HKP nachträglich korrigiert wurde. Vereinbart worden sei zwischen dem Zahnarzt und der Patientin von Anbeginn eine provisorische Versorgung, nicht aber eine definitive prothetische Versorgung.

Die Beigeladene zu 1 schloss sich der Auffassung der Prothetikausschüsse an. Deren Zuständigkeit bei einer andersartigen Versorgung sei nicht eröffnet. Insoweit werde auf die Anlage 18 zum BMV-Z/EKV-Z, § 3 Abs. 3 der Anlage 4b zu § 11 GV-Z verwiesen. In der letztgenannten Vorschrift sei ausdrücklich bestimmt, dass es eine Zuständigkeit der Prothetikausschüsse bei andersartigen Versorgungen nicht gebe. Außerdem wurde wie folgt ausgeführt: "Einvernehmlicher Wille der Vertragspartner war, Mängelverfahren für andersartige Versorgungen nicht über die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung abzuwickeln. Bereits aus der Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1 Anlage 12 zum BMV-Z (heute Anlage 17 zum BMV-Z) ergibt sich die Sonderstellung für Mangelverfahren bei andersartigen Versorgungen, da ein formelles Mängelgutachten nach dessen § 4 nicht erstellt wird ... Für eine Befassung der Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Mängelrügeverfahren bei andersartigen Versorgungen besteht auch keine Veranlassung. Soweit den Patienten aus derartigen Fällen ein Schadensersatzanspruch gegenüber den behandelnden Zahnärzten zuwächst, gehen diese nach 116 SGB X soweit auf die Krankenkassen über, als diese aufgrund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen haben. Umfang des Schadensersatzanspruchs gemäß § 280 BGB i.V. mit § 116 SGB X kann die Rückabwicklung des ausgezahlten Festzuschusses sein."

Hierzu führte die Klägerin (Schriftsatz vom 19.7.2018) aus, es gehe ihr nicht um die Feststellung von prothetischen Mängeln, sondern um die schuldhafte Verletzung kassenzahnärztlicher Pflichten, die der Beigeladene zu 2 verursacht habe. Die mit HKP beantragte Versorgung sei nicht angefertigt und eingegliedert worden, sondern ein Langzeitprovisorium. Wie das Landgericht München I in der bereits zitierten Entscheidung ausgeführt habe, gehe aus dem HKP hervor, dass eine definitive Brückenversorgung vereinbart worden war. Der Beigeladene zu 2 habe gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip verstoßen. Hieraus sei der Klägerin ein Schaden erwachsen. Dem Sachverständigengutachten (Dr. M.) seien keine Hinweise zu entnehmen, dass zum Zeitpunkt der Planung eine definitive Versorgung nicht möglich gewesen sei. Der Schaden bestehe darin, dass Festzuschüsse verwendet wurden, ohne die Gesundheitsstörungen abschließend zu beseitigen.

Im Schriftsatz vom 19.7.2018 wurde außerdem hilfsweise beantragt, den Beigeladenen zu 2 zu verurteilen, den Festzuschuss in Höhe von 2.981,66 EUR zzgl. 103,10 EUR an die Klägerin zu zahlen. Die Zuständigkeit des Sozialgerichts München ergebe sich aus §§ 51 Abs. 2, 54 Abs. 5, 57 SGG. Es handle sich um eine allgemeine Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG. Die Klägerin wies darauf hin, die Patientin habe die Forderung an die Klägerin abgetreten. (Abtretungserklärung vom 29.4.2014).

Der Prozessbevollmächtigte des Beigeladenen zu 2 betonte, das Sozialgericht München sei für den hilfsweise gestellten Antrag unzuständig.

In der mündlichen Verhandlung am 28.3.2019 wies die Vertreterin der Klägerin nochmals darauf hin, im Heil-und Kostenplan des Beigeladenen zu 2 sei eine andersartige Versorgung beantragt worden. Statt einer definitiven Versorgung sei ein Langzeitprovisorium angefertigt worden. Diese Kosten seien grundsätzlich als privatzahnärztlich anzusehen. Der Beigeladene zu 2 habe nachträglich einen neuen HKP erstellt und diesen bei der Klägerin eingereicht. Der neue HKP habe ebenfalls das Datum 02.01.2013 getragen. Eine Genehmigung des HKP sei nicht erfolgt. Außerdem habe der Beigeladene zu 2 am 26.2.2014 zunächst Bereitschaft signalisiert, die erhaltenen Festzuschüsse zurückzuzahlen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass der neue HKP genehmigt würde. Aus nachfolgenden Telefonaten habe sich ergeben, dass er nunmehr nicht mehr zur Rückzahlung bereit sei. Dem Beigeladenen zu 2 seien mehrere Verstöße anzulasten (wird im Einzelnen aufgezählt).

Die Prozessbevollmächtigte des Beigeladenen zu 2 wies auf Einträge in der Patientenkartei (insbesondere Eintrag vom 5.3.2013) hin, woraus sich ergebe, dass die Patientin eine möglichst günstige Versorgung haben wolle. Dem widersprach die Vertreterin der Klägerin unter Hinweis auf das Protokoll des Landgerichts München I vom 16.05.2017 (Seite 3 des Protokolls) und auf das Schreiben des Beigeladenen zu 2 vom 26.2.2014.

In der mündlichen Verhandlung am 28.3.2019 stellte die Vertreterin der Klägerin den Antrag aus dem Schriftsatz vom 8.1.2018, hilfsweise den Beigeladenen zu 2 zu verurteilen, den Festzuschuss in Höhe von 2.887,46 EUR zzgl. 103,10 EUR (Gutachterkosten) an die Klägerin zu zahlen.

Der Vertreter der Beigeladenen zu 1 beantragte, den Hauptantrag abzuweisen.

Die Prozessbevollmächtigte des Beigeladenen zu 2 beantragte, die Klage sowohl im Hauptantrag als auch im Hilfsantrag abzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung war die Beklagtenakte. Im Übrigen wird auf den sonstigen Akteninhalt, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie die Sitzungsniederschrift vom 28.03.2019 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zum Sozialgericht München eingelegte Klage ist bezüglich des Hauptantrages zwar zulässig, aber unbegründet, hinsichtlich des Hilfsantrages zulässig und begründet.

Die Klägerin begehrt im Hauptantrag von dem Beklagten eine Entscheidung in der Sache, was voraussetzt, dass die Zuständigkeit der Ausschüsse eröffnet ist. Nach § 23 Abs. 1 S. 2 BMV-Z sind die Prüfungseinrichtungen auch für die Feststellung des sonstigen Schadens einer Kasse infolge schuldhafter Verletzung kassenzahnärztlicher Pflichten durch den Vertragszahnarzt zuständig. Nach dem HKP war eine andersartige Versorgung vorgesehen. Damit die Prüfungseinrichtungen ihrerseits zuständigkeitshalber tätig werden können, müsste es sich bei der andersartigen Versorgung um eine vertragszahnärztliche Versorgung handeln.

Den Regelungen in §§ 87 Abs. 1a SGB V, 55 Abs. 2 S. 1 HS 2, 56 Abs. 2 SGB V ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber zwischen der Regelversorgung einerseits und gleichartigen und andersartigen Versorgungen andererseits unterscheidet. Der Versicherte hat grundsätzlich nach § 56 Abs. 2 SGB V Anspruch auf die Regelversorgung, nicht aber auf eine andersartige Versorgung. Die in § 55 Abs. 2 S. 1 2. HS SGB V genannten Voraussetzungen für eine Zuschussgewährung auch bei dieser Art von Versorgung führen nicht dazu, die andersartige Versorgung als vertragszahnärztliche Versorgung anzusehen. Dies bedeutet, wenn es sich um keine vertragszahnärztliche Versorgung handelt, dann ist auch keine Zuständigkeit der Prüfungsgremien zur Feststellung eines sonstigen Schadens nach § 23 Abs. 1 S. 2 BMV-Z eröffnet.

Auf die Einstufung der andersartigen Versorgung als vertragszahnärztliche Versorgung kommt es jedoch nicht an. Denn unabhängig davon weist die Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1 der Anlage 12 zum BMV-Z darauf hin, dass das Gutachterverfahren, beginnend mit einer Antragstellung der Krankenkasse nur für die Regelversorgung vorgesehen ist. Denn in der Protokollnotiz ist festgehalten, es bestehe zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungen und sogenannten Mischfällen (Nr. 7b) der Anlage 3 BMV- Z/Anlage 4 EKV- Z ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs-und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. Daraus ergibt sich, dass nur in Ausnahmefällen Planungs-und/oder Ausführungsmängel durch die Ausschüsse überprüft werden können. Für sonstige Schäden bei einer andersartigen Versorgung finden sich für die Zuständigkeit der Ausschüsse dagegen keinerlei Hinweise. Zu Recht hat der Beklagte deshalb ausgeführt, es bestehe eine Sonderstellung für Mangelverfahren bei andersartiger Versorgung, zumal ein formelles Mängelgutachten nach dessen § 4 der Anlage 12 zum BMV-Z nicht erstellt wird.

Für diese Rechtsauffassung spricht auch § 3 Ziff. 3 der Anlage 4b zu § 11 Gesamtvertrag Zahnärzte-Bayern. Darin ist folgendes geregelt: "Eine Zuständigkeit der Prothetikausschüsse bei andersartigen Versorgungen besteht nicht."

Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass sich die Zuständigkeit der Prothetikausschüsse auf Planungs-und/oder Ausführungsmängel bei der Regelversorgung (§ 4 Abs. 1 der Anlage 12 zum BMV-Z) erstreckt, aber auch auf die Feststellung eines sonstigen Schadens im Zusammenhang mit der Regelversorgung (§ 23 Abs. 1 S. 2 BMV-Z). Dagegen sind die Ausschüsse nur in begründeten Einzelfällen für Prothetikmängel bei der andersartigen Versorgung zuständig, überhaupt nicht aber für die Feststellung eines sonstigen Schadens bei der andersartigen Versorgung.

Aus den genannten Gründen war die Klage im Hauptantrag als unbegründet abzuweisen.

Was den hilfsweise gestellten Antrag betrifft, handelt es sich um einen Antrag auf Zahlung einer Geldsumme und somit um eine allgemeine Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG.

Voraussetzung ist, dass eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit in Abgrenzung zu einer zivilrechtlichen Streitigkeit vorliegt. Nach der Zuordnungstheorie kommt es darauf an, ob ein Rechtsverhältnis seine Grundlage im öffentlichen Recht oder im privaten Recht hat (Kopp/Schenke, Komment zur VwGO, Rn 11 zu § 40).

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es zwischen der Klägerin und den Beigeladenen zu 2 keine unmittelbaren Rechtsbeziehungen gibt. Zwischen der Patientin und der Klägerin bestehen öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehungen, aus denen auch die Gewährung des Festzuschusses für andersartige Leistungen erwächst. Die Beziehung zwischen der Patientin und dem Beigeladenen zu 2 ist dadurch gekennzeichnet, dass zwischen den Genannten ein Behandlungsvertrag abgeschlossen wurde, der rein zivilrechtlicher Natur ist. Während eine Rückforderung des Festzuschusses durch die Kasse, gerichtet an die Patientin öffentlich-rechtlicher Natur wäre, wie sich aus § 50 Abs. 1,2 SGB X ergibt, sind wechselseitige Ansprüche zwischen der Patientin und dem Beigeladenen zu 2 rein zivilrechtlicher Natur. Die mit der Abtretungserklärung vom 2.5.2014 erfolgte Abtretung bewirkt, dass der Anspruch der Patientin an den Beigeladenen zu 2 gemäß § 398 BGB auf die Klägerin übergeht. Nachdem der Anspruch der Patientin aus dem Behandlungsvertrag zivilrechtlicher Natur ist, gilt dies grundsätzlich auch für den abgetretenen Anspruch. Leistungsstörungen sind grundsätzlich nur in den jeweiligen Rechtsverhältnissen abzuwickeln. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass der Anspruch der Klägerin seinen Ursprung in den Vorschriften des SGB V hat, es sich um einen konkreten Anspruch handelt, der der Höhe des von der Klägerin gewährten Festzuschusses entspricht zuzüglich der verauslagten Gutachterkosten und der Rückforderungsanspruch als "actus contrarius" zur Gewährung des gewährten Festzuschusses anzusehen ist. In diesem Falle wäre es mit dem System des SGB V nicht zu vereinbaren, die Klägerin auf den Zivilrechtsweg zu verweisen, nur weil es sich um eine andersartige Versorgung handelt und die Zuständigkeit der Prüfungsgremien nicht gegeben ist.

Der Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten nach § 40 Abs. 2 S. 1 VwGO ist deshalb nicht geöffnet, da sich diese Vorschrift wegen dem Zusammenhang mit Ansprüchen aus Amtspflichtverletzung nur auf Ansprüche des Bürgers gegen öffentliche-rechtliche Institutionen bezieht (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Komment. zum SGG Rn 10 zu § 51).

Der Hilfsantrag richtet sich nicht gegen den Beklagten, sondern gegen den Beigeladenen zu 2. Somit liegt eine Klageänderung (Wechsel des Beklagten) vor, die nur unter den in § 99 SGG genannten Voraussetzungen zulässig ist (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Komment. zum SGG Rn 6 zu § 99). Erforderlich sind entweder eine Einwilligung der Beteiligten, oder, dass das Gericht seinerseits die Klageänderung für sachdienlich hält. Eine Einwilligung ist zwar nicht ausdrücklich erfolgt, sie ist jedoch auch stillschweigend dadurch möglich, dass sich die Beteiligten auf den hilfsweise gestellten Antrag eingelassen haben. Der Prozessbevollmächtigte des Beigeladenen zu 2 hat zwar die Zuständigkeit des Sozialgerichts München, betreffend den hilfsweise gestellten Antrag, verneint, aber der Klageänderung selbst nicht widersprochen. Unabhängig davon hält das Gericht die Klageänderung auch für sachdienlich, weshalb diese als zulässig anzusehen ist.

Der hilfsweise gestellte Antrag erweist sich als begründet.

Anspruchsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch ist § 280 Abs. 1 BGB. Danach kann ein Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen, wenn der Schuldner seine Pflicht aus dem Schuldverhältnis schuldhaft verletzt. Die Vorschrift gilt für alle Verträge, gegenseitig und nicht gegenseitig, entgeltlich und unentgeltlich (Palandt, Komment. zum BGB, 78, Auflage 2019, Rn 5 zu § 280).

Unstrittig dürfte sein, dass es sich bei der vom Beigeladenen zu 2 vorgenommenen prothetischen Versorgung im Oberkiefer und Unterkiefer um ein "aliud" zum Heil- und Kostenplan handelt. Denn statt der definitiven prothetischen Versorgung wurde eine langzeitprovisorische Versorgung eingegliedert. Dagegen kann nicht eingewandt werden, es sei etwas anderes als im Heil- und Kostenplan festgelegt, vereinbart worden. Der Beigeladene zu 2 lässt hier auf einen Karteikarteneintrag hinweisen, wonach die Patientin eine möglichst billige Versorgung gewünscht habe. Denn dies bedeutet nicht zwingend, dass statt einer definitiven prothetischen Versorgung eine langzeitprovisorische Versorgung vereinbart wurde. Vielmehr spricht der HKP dafür, dass eben die darin festgehaltene Versorgung mit der Patientin vereinbart wurde und nichts anderes. Der Behandlungsvertrag beinhaltet eine definitive prothetische Versorgung und nicht eine langzeitprovisorische Versorgung. Davon ist auch das Landgericht München I (Az 10 O xxxxx/xx) laut dem Protokoll (Seite 3) ausgegangen.

Deshalb steht für das Gericht fest, dass eine Pflichtverletzung des Beigeladenen zu 2 dadurch vorliegt, indem zwar eine endgültige Versorgung im HKP beantragt, jedoch ein Langzeitprovisorium angefertigt wurde. Weitere Pflichtverletzungen sind darin zu sehen, dass der Beigeladene zu 2 bestätigte, er habe den Zahnersatz in der beantragten Form eingegliedert, sich die Rechnungsstellung auf die definitive Versorgung bezog, selbst auf Nachfrage der Klägerin bestätigt wurde, es sei eine definitive Versorgung eingegliedert worden und die falsche Laborrechnung korrigiert wurde und schließlich gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen wurde (Langzeitprovisorium, obwohl es keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass eine definitive Versorgung zum Zeitpunkt der Eingliederung nicht möglich war). Zu Recht hat die Klägerin auf diese Pflichtverletzungen hingewiesen.

Das Gericht hat auch keine Zweifel, dass der Beigeladene zu 2 diese Pflichtverletzungen verschuldet hat. Die Umstände, dass von der im HKP niedergelegten Versorgung abgewichen wird und eine Versorgung bestätigt wurde, die nicht eingegliedert wurde, deuten darauf hin, dass dies nicht nur versehentlich geschah, sondern die Pflichtverletzungen vielmehr über die bloße Fahrlässigkeit hinausgehen.

Der hilfsweise gestellte Antrag ist daher als begründet anzusehen. Im Übrigen (Hauptantrag) war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 VwGO ...
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2019-06-07