

L 12 KA 5008/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 43 KA 5142/04

Datum

10.05.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 5008/07

Datum

26.11.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 6/09 B

Datum

17.06.2009

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 10. Januar 2007 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um eine Prothetikmängelrüge. Die Klägerin ist Vertragszahnärztin in B-Stadt. Mit Heil- und Kostenplan vom 29. August 2001 plante sie die prothetische Versorgung des Unterkiefers der 1947 geborenen und bei der Beigeladenen zu 2) versicherten Patientin K. mit herausnehmbarem Zahnersatz. Im Heil- und Kostenplan wurden zum Oberkiefer keine Angaben gemacht. Im Unterkiefer waren die Zähne 35, 36, 37 und 38 als fehlend und zu ersetzen bezeichnet. Bei Zahn 33 war erhaltungswürdig angegeben und die Versorgung mit einer Teleskopkrone mit Verblendung vorgesehen. Auf der anderen Seite war der Zahn 45 als erhaltungswürdig eingetragen und die Versorgung mit einer Teleskopkrone und Verblendung vorgesehen. Zahn 46 war als fehlend und Zahn 47 als nicht erhaltungswürdig gekennzeichnet. Bei beiden Zähnen war Ersatz vorgesehen. Am Zahn 48 war bereits eine Krone vorhanden und eine komplett gegossene Halte- und Stützvorrichtung vorgesehen.

Die Beigeladene zu 2) hat den Plan am 02. Oktober 2001 im Wesentlichen genehmigt, nur die Verblendung am Zahn 45 wurde gestrichen. Die Eingliederung erfolgte am 27. Februar 2002.

Ein Jahr später wandte sich die Patientin mit Schreiben vom 24. Februar 2003 an die Beigeladene zu 2) und trug vor, sie sei am Tag nach der Fertigstellung des Zahnersatzes in die Praxis gegangen, weil sie mit der eingesetzten Prothese nicht habe beißen könne. Zur Behebung sei der Zahnersatz im Oberkiefer rechts (ca. 15 Jahre alt) von der Zahnärztin beschliffen worden mit der Begründung, er würde nicht zu dem von ihr neu gefertigten Zahnersatz im Unterkiefer passen. Einige Tage danach sei in der Praxis auch der neue Unterkieferersatz beschliffen worden und kurz danach nochmals, da immer noch Druckstellen und Essprobleme bestanden hätten. Nach dieser Nachbearbeitung sei ihr gesagt worden, sie bräuchte nicht mehr in die Praxis zu kommen, da so eine Person nicht mehr behandelt werde. Als Grund sei angegeben worden, es wären nicht alle Rechnungen bezahlt worden, obgleich sie alle Rechnungen bezahlt hätte.

Die Klägerin hat dazu mit Schreiben vom 04.03.2003 Stellung genommen.

Die Beigeladene zu 2) hat daraufhin den Zahnarzt Dr.R. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat die Patientin untersucht und in seinem Gutachten vom 14. April 2003 ausgeführt, die Mundhygiene sei zufriedenstellend, die Sondierungstiefen an 34, 43-45 und 47 lägen zwischen drei und vier Millimeter und die Gingiva sei geringgradig entzündet. Der Lockerungsgrad bei 34, 32 bis 42, 44 und 47 betrage I, bei den anderen Zähnen des Unterkiefers 0. Auf den Vitaltest hätten die Zähne 34, 33, 43 bis 45 und 47 positiv reagiert. Bei dem beanstandeten Zahnersatz handle es sich um eine Modellgussprothese mit Teleskopen an 34 und 45 und einer gegossenen Klammer an 48 als Halteelementen. Der Sitz der Prothese sei zufriedenstellend, die Friktion der Teleskopkronen und damit der Halt der Prothese sei ungenügend. Okklusaler Kontakt bestehe bei 34 bis 32, 41, 44 und 45. Bei Funktionsbewegungen werde die Oberkieferbrücke 13 bis 16 nach buccal bewegt. Der basale Prothesensattel links habe leichte Rauigkeiten, eine Druckstelle sei an dieser Stelle auf dem Kiefer erkennbar, ansonsten sei die Verarbeitung der Prothese nicht zu beanstanden. Der Randschluss der Primärteleskop bei 34 und 45 sei in Ordnung. In Beantwortung der Beweisfragen führt der Gutachter aus:

Der Zahnersatz im Unterkiefer weist folgende Mängel auf: Ungenügende Friktion der Teleskopkronen, unausgeglichene Okklusion und Artikulation.

Eine Erhöhung der Friktion von Teleskopkronen ist in der Regel durch Nachbesserung nicht zu erreichen, eine Neuanfertigung ist daher indiziert.

Die Klägerin hat dazu gegenüber der Beigeladenen zu 2) eine umfangreiche Stellungnahme abgegeben, in der sie u.a. ausführt, nach Einsetzen der Teleskopkronen am

27. Februar 2002 sei bemerkbar worden, dass die Patientin dauernd mit der Zunge gegen den Teleskopkronenbügel drückte. Sie sei darauf hingewiesen worden, dies nicht zu tun und wegen ihrer Parafunktionen und Parodontose angewiesen worden, unbedingt zu den notwendigen Nachkontrollen zu kommen. Die Patientin habe jedoch die Behandlung vorzeitig abgebrochen. Sie sei am 12. April 2002 das letzte Mal in der Praxis gewesen und trotz nochmaliger Einladung nicht mehr erschienen. Dadurch sei die Friktion der Teleskopkronen ungenügend geworden, weil sie sich durch Abreibung abnutzten. Dieser Prozess hätte gestoppt werden können, wenn die Patientin nicht ihre Mitarbeit verweigert hätte und regelmäßig zur Nachkontrolle gekommen wäre. Im Übrigen wird heftige Kritik an dem Gutachten des Dr.R. geübt.

Die Beigeladene zu 2) hat daraufhin den Prothetikausschuss angerufen. Auch diesem gegenüber hat die Klägerin noch einmal umfänglich Stellung genommen. Sie führt unter anderem aus, am 07. Februar 2003 sei die Patientin telefonisch von einer Helferin in die Praxis zur Nachkontrolle geladen worden. Dies habe die Patientin aber abgelehnt mit dem Argument, inzwischen bei einem anderen Zahnarzt in Behandlung zu sein. Über Mängel habe sie nichts gesagt. Die Klägerin habe sich gegenüber der Beigeladenen zu 2) vor und nach der Begutachtung zur weiteren Behandlung der Patientin und kostenfreien Nachbesserung bereit erklärt. Die Friktion könne auch nachträglich erhöht werden.

Der Prothetikausschuss Nordbayern hat die Patientin in seiner Sitzung vom 15. Oktober 2003 durch die zahnärztlichen Mitglieder untersucht. Im Bescheid des Ausschusses vom 15. Oktober 2003 heißt es dazu, bei der klinischen Untersuchung der Patientin finde sich eine Ein-Stück-Modellgussprothese mit Doppelkronen an 34 (nicht 33 wie im Heil- und Kostenplan) und 45 sowie komplizierte Halte- und Stützelemente an 48. Zahn 48 zeige Lockerungsgrad II bis III, Sondiertiefe von sechs Millimeter. In der Unterkiefer-Front seien massive entzündlich bedingte Rezessionen; die Funktion der Doppelkronen sei nicht ausreichend. Der Unterkiefer-Zahnersatz könne mit der Zunge leichte abgehoben werden. Im Oberkiefer finde sich eine Freidendbrücke 14, 15, 16 und 24, 25, 26 mit Lockerungsgrad III und Sondiertiefen bis zwölf Millimeter. Die Oberkiefer-Situation sei nicht wie vorgeschrieben auf dem Heil- und Kostenplan vermerkt. Die Zahnärztin (die an der Sitzung teilgenommen habe) gebe zu, dass ihr vor Behandlungsbeginn die schwere chronische Parodontitis auch bekannt gewesen sei. Der Lockerungsgrad III der Freidendbrücke im I. Quadranten vor Therapiebeginn werde von ihr bestätigt, eine systematische Parodontaldiagnostik, geschweige denn -therapie sei von ihr zwar behauptet, aber in der Kartei nicht dokumentiert. In diesem Behandlungsfall seien von der Klägerin die Zahnersatzrichtlinien gröblich missachtet worden. Es liege ein eindeutiger Planungsfehler vor, den die Zahnärztin zu verantworten habe. Dem Mängelrügeantrag der AOK sei stattzugeben und der Rückzahlungsforderung (1.128,39 EUR plus Gutachtenskosten 76,32 EUR) zuzustimmen.

In ihrem dagegen eingelegten Widerspruch stellt die Klägerin die Vorgeschichte der streitgegenständlichen Versorgung dar. Die Patientin sei am 02. Juni 2001 als Schmerzpatientin in die Praxis gekommen mit Schmerzen im Unterkiefer und Zyste Regio 34. Der ihr vom Vorbehandler, wie die Patientin angegeben habe, 1999 eingegliederte festsitzende Zahnersatz habe im Unterkiefer aus Brücke Regio 45, 47, 48 mit dem Brückengliedzahn 46 und dem einzelnen überkronten Zahn 35, fehlenden Zähnen 36, 37, 38 bestanden. Die Patientin sei nicht gewillt gewesen, sich auch im Oberkiefer den Zahnersatz erneuern zu lassen, da sie vor kurzer Zeit eine Brustkrebsoperation gehabt habe und weiterhin noch Nachoperationen bei ihr erfolgen würden. Zudem sei sie gegen herausnehmbaren Zahnersatz gewesen. Bei der Beratung am 27. August 2001 sei sie aber damit einverstanden gewesen. Im Heil- und Kostenplan sei die Versorgung im Unterkiefer mit herausnehmbarem Zahnersatz, einer Teilprothese als parodontal gestützter Modellgusskonstruktion gemäß Abschnitt IV. Nr. 27 der Zahnersatzrichtlinien vorgesehen. Am 08. Februar 2002 habe die Patientin von sich aus die Überkronung des Zahnes 33 abgesagt, weil der Zahn 34 bereits eine Füllung gehabt habe und sie den Zahn 33 unüberkront habe erhalten wollen. Deshalb habe zur Überkronung als Pfeilerzahn dann der Zahn 34 kurzfristig eingeplant werden müssen. Die lokale Parodontosebehandlung gemäß Abschnitt V. Nr. 23 der Richtlinien sei durchgeführt und dokumentiert worden. Am 11. Februar 2002 sei die lokale Parodontalbehandlung Regio 34, 35, 48 mit Nachkontrolle am 12. Februar 2002 und am 18. Februar 2002 die Kürettage bei den Frontzähnen des Unterkiefers durchgeführt worden. Die Parodontalbehandlung habe sich positiv ausgewirkt. Die Sondierungstiefen der Zähne seien von maximal sechs auf vier Millimeter verringert worden und die Gingiva sei nur geringfügig entzündet gewesen. Der Lockerungsgrad der Zähne 34, 32 bis 42, 44 bis 47 habe I betragen. Bei den anderen Zähnen im Unterkiefer (auch 48) habe er 0 betragen. Am 01. März 2002 sei nach Wurzelkanalbehandlung und Überkronung des Zahnes 45 die Teilprothese als Modellgussprothese mit Konuskronen in Form einer Doppelkrone an den Zähnen 34 und 45 und einer gegossenen Klammer am Zahn 48 endgültig eingegliedert worden, wonach die Patientin gesagt habe, dass sie sich an den herausnehmbaren Zahnersatz gewöhnen werde und jetzt auch bereit wäre, sich über eine Vorplanung des Zahnersatzes im Oberkiefer beraten zu lassen. Am 12. April 2002 sei die Patientin nochmals zur Nachkontrolle gekommen. Es sei eine kleine Druckstelle im Unterkiefer links und der Zahn 15 im Oberkiefer ein wenig eingeschliffen worden. Sodann sei eine Beratung bezüglich der Neuanfertigung des Zahnersatzes im Oberkiefer gemacht worden. Die Patientin habe dies wegen der Brustkrebsnachoperation nicht machen lassen wollen. Danach sei sie nicht mehr in der Praxis erschienen. Wegen des Zahnersatzes im Oberkiefer sei sie am 13. November 2002 bei einem anderen Zahnarzt in Behandlung gewesen. Dies habe die Klägerin von der AOK erfahren.

Der Prothetik-Einigungsausschuss hat die Unterlagen des Nachbehandlers (Zahnarzt M.) beigezogen und den Widerspruch in seiner Sitzung vom 17. September 2004 zurückgewiesen. In der Begründung stützt er sich auf die Untersuchungen durch den Gutachter Dr.R. und den Prothetikausschuss sowie auf die vorliegenden Röntgenaufnahmen. Davon lägen zwei Einzelaufnahmen vom 27. August 2001 für den IV. und III. Quadranten vor. Diese zeigten im IV. Quadranten eine verblockte Brücke an den Zähnen 45, 47, 48. Dabei sei festzustellen, dass Zahn 47 im Kronenverband parodontal insuffizient sei. Zum III. Quadranten heißt es, auf der Röntgenaufnahme mit der Beschriftung Zähne 33 und 34 seien keine Zähne zu erkennen, da es sich einerseits um eine Überbelichtung handle und andererseits um eine Fehlprojektion. Eine nach Ausstellung des Heil- und Kostenplans angefertigte Röntgenaufnahme vom 07. Januar 2002 zeige bei dem überkronten Zahn 48 mesial Kronenreste der entfernten Krone 47, die äußerst massiv überstünden. Dieser Befund sei auch noch auf dem OPG des Nachbehandlers vom 16. Oktober 2002 festzustellen. Weiter sei festzustellen, dass ein Teil der mesialen Wurzel des Zahnes 37 sich noch im Alveolenfach befinde. Eine Entfernung dieser zurückgelassenen Wurzel sei auf der Karteikarte nicht dokumentiert. Das Studium der Karteikarte ergebe, dass im

Rahmen der Präparationssitzung vom 11. Februar 2002 für die Zähne 34 und 45 nach Abdrucknahme eine Parodontaltherapie samt Zahnfleischverband durchgeführt worden sei. Am 18. Februar 2002 sei dokumentiert, dass alle Unterkieferfrontzähne gesäubert, Zahnstein entfernt sowie poliert und Kürettage und H₂O₂-Spülung durchgeführt worden sei. Zudem sei dokumentiert, dass die Brücke rechts einen Lockerungsgrad II bis III und die Brücke links einen Lockerungsgrad II habe.

Für den Prothetik-Einigungsausschuss sei nicht zu erkennen, inwieweit hier dokumentierte parodontaltherapeutische Maßnahmen abgerechnet worden seien. Tatsache sei, dass kein vertrags- und richtliniengemäßer Antrag für eine systematische Parodontalbehandlung erstellt worden sei. Hierzu sei darauf hinzuweisen, dass eine Parodontaltherapie nach erfolgter prothetischer Behandlung nicht fachgerecht sei und den Richtlinien widerspreche. Aufgrund der vorliegenden Befunde stelle der Ausschuss fest, dass gegen die zum Planungszeitpunkt geltenden Richtlinien des Bundesausschusses für Zahnärzte und Krankenkassen I/1, I/5, I/6, I/8, I/9a, I/9d, I/9e, I/9f und I/9g verstoßen worden sei. Weiterhin liege ein Verstoß gegen § 30 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) insofern vor, als dieser bestimme, dass der Zahnarzt vor Beginn der Behandlung einen die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen habe. Denn es seien notwendige Befunde im Heil- und Kostenplan vom 29. August 2001 im Hinblick auf den Oberkiefer nicht erhoben worden, sodass die Krankenkasse habe annehmen müssen, der Oberkiefer sei voll bezahlt. Demgegenüber werde von Seiten der Gutachter und auch aufgrund der Aufzeichnungen der Karteikarte angenommen, dass im Oberkieferseitenzahnbereich voll funktionsunfähiger Zahnersatz vorhanden war. Nach Ansicht des Prothetik-Einigungsausschusses sei eine Nachbesserung nicht mehr möglich. Ein funktionsfähiger Zahnersatz sei nur durch eine erneute vollständige Neuplanung und Neuversorgung möglich.

Die Klägerin hat dagegen Klage zum Sozialgericht München erhoben, die mit Urteil vom 10. Januar 2007 abgewiesen wurde. In den Urteilsgründen heißt es, die mit einem Zahnarzt fachkundig besetzte Kammer habe keinen Anlass gesehen, den Feststellungen des Gutachters und des Prothetiksausschusses nicht zu folgen. Anhand der Röntgenaufnahmen vom 07. Januar 2002 werde festgestellt, dass am Zahn 48 massiv (zwei bis drei Millimeter) die Kronenränder übergestanden hätten. Die Anbringung einer Klammer an diesem Zahn wäre, sollte der Zahn so geblieben sein, nicht fachgerecht gewesen. Auch an dem von der Klägerin zur Behandlung mitgebrachten Modell vom 27. Februar 2007 sei der Überstand noch deutlich erkennbar gewesen. Dies sei der Tag der Eingliederung gewesen. Sofern die Anbringung der Klammer auf dieser Krone auf Wunsch der Patientin geschehen sei, wie die Klägerin behaupte, könne dies an der Mangelhaftigkeit der Versorgung nichts ändern.

Dagegen richtet sich die Berufung der Klägerin, die von ihrem Bevollmächtigten u.a. damit begründet wurde, § 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) sei verletzt. Die Klägerin wäre berechtigt gewesen, bei der Untersuchung des Zahnersatzes durch den Prothetiksausschuss anwesend zu sein. Dies habe man ihr jedoch nicht gestattet. Sie habe den Sitzungssaal erst nach der Untersuchung betreten dürfen.

Die Festsetzung eines Regresses setze voraus, dass dem Zahnarzt eine schuldhafte Pflichtverletzung zur Last falle, die adäquat kausal zu einem Schaden geführt haben müsse. Es müsse festgestellt werden, dass der Patient sich aus dem Behandlungsverhältnis lösen durfte, weil der Arzt nicht beanspruchen konnte, den Schaden durch eigene Nachbesserung oder Ersatzleistung zu beheben. Diese Voraussetzungen habe das Sozialgericht nicht geprüft. Es nur ansatzweise auf die Frage der Pflichtverletzung eingegangen. Überhaupt seien die Entscheidungsgründe nur schwer bzw. gar nicht verständlich. Ausschlaggebend sei für das Gericht wohl der vom zahnärztlichen Beisitzer angeblich festgestellte ungenügende Halt der Versorgung durch Anbringung einer Klammer am Zahn 48 gewesen. Dieser nicht näher konkretisierte Pauschalvorwurf, der Gegenstand des Verwaltungsverfahrens gewesen sei, sei weder von dem von der Krankenkasse eingeschalteten Gutachter noch vom Prothetiksausschuss bestätigt worden. Auch den Vorwurf, dass am Zahn 48 massiv die Kronenränder überständen, hätten die Sachverständigen nicht bestätigt. Der Zahn sei am 08. Februar 2002 von der Klägerin "sk" eingeschliffen worden. Der Vorwurf, dass die Anbringung einer Klammer am Zahn 48 nicht fachgerecht gewesen sei, berücksichtige nur unzureichend, dass diese Klammer auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin eingefügt worden sei und danach im Heil- und Kostenplan von der Beigeladenen zu 2) genehmigt worden sei. Die Patientin habe zu dieser Zeit aus gesundheitlichen und finanziellen Gründen keine Neuankfertigung gewollt. Zu einer späteren Zeit sei eine Verbesserung durch die Klägerin geplant gewesen. Dazu sei es aber nicht mehr gekommen, weil die Patientin die Behandlung plötzlich abgebrochen habe und trotz ausdrücklicher Ermahnung die für den Erfolg der Behandlung notwendigen Nachkontrollen und Nachbehandlungen nicht wahrgenommen habe. Stattdessen sei sie spätestens am 16. Oktober 2002 zu einem anderen Zahnarzt gegangen und habe sich dort einen Heil- und Kostenplan für den Zahnersatz im Oberkiefer erstellen lassen. Ein solches eigenverantwortliches Verhalten der Patientin könne der Klägerin nicht angelastet werden. Der vom Gutachter behauptete Vorwurf einer ungenügenden Friktion der Teleskopkronen sei abwegig, da es sich bei dem Zahnersatz um eine herausnehmbare durch Konuskronen parodontal abgestützte Teilprothese gehandelt habe. Die Haftreibung der Bewegung sei bei einer Konuskrone nicht möglich. Die Haftkraft der Konuskrone liege in der Größenordnung, in der eine Prothese gegen abziehende Kräfte hinreichend verankert sei, aber vom Patienten bequem und leicht abgenommen werden könne. Die vom Gutachter behauptete mangelhafte Okklusion sei auf die vom nachbehandelnden Arzt durchgeführte Oberkieferversorgung zurückzuführen. Bezüglich des Lockerungsgrades bei Zahn 48 widersprächen sich das Gutachten der AOK und die Feststellung des Prothetiksausschusses. Dr. R. spreche am 14. April 2003 vom Lockerungsgrad 0 und stelle weiter fest, dass bei Funktionsbewegungen die Brücke 13 bis 16 im Oberkiefer stark nach buccal bewegt werde. Das sei ein Mangel des Arbeitsergebnisses des Oberkieferversorgung vornehmenden Zahnarztes. Das Sozialgericht verkenne, dass der Prothetiksausschuss eigentlich Mängel der Zahnersatzarbeiten des Nachbehandlers festgestellt habe. Diese Mängel seien der Klägerin bereits im Vorverfahren angelastet worden, denn in der Niederschrift über die Sitzung des Prothetiksausschusses vom 15. Oktober 2003 werde ausgeführt, dass sich im Oberkiefer der Patientin eine Freundbrücke 24, 25, 26 mit Lockerungsgrad III und Sondierungstiefen bis zwölf Millimeter befänden, ohne offen zu legen, dass diese Mängel in Wahrheit durch die Arbeiten des Nachbehandlers verursacht worden seien. Der Prothetik-Einigungsausschuss behaupte, dass im Oberkieferseitenzahnbereich voll funktionsunfähiger Zahnersatz vorhanden sei. Es dürfte nachvollziehbar sein, dass die Mängel bzw. Unterlassungen in den Zahnersatzarbeiten des Nachbehandlers dazu geführt hätten, dass die Patientin nach der Behandlung am 11. November 2002 und am 17. Januar 2003 dann im Februar 2003 Schwierigkeiten beim Beißen hatte. Außerdem seien die Rauigkeiten an der herausnehmbaren Prothese, die der andere Zahnarzt beim Versuch die Okklusion wieder herzustellen bzw. einzuschleifen an der Prothese hinterlassen habe, vom Gutachter Dr. R. mit begutachtet worden.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 10. Januar 2007 und den Bescheid des Prothetik-Einigungsausschusses vom 17. September 2004 aufzuheben.

Die Beigeladenen zu 1) und zu 2) beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat lagen die Akten des Beklagten, des Sozialgerichts München und die Berufungsakten vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sehr umfänglichen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Abs.1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig, aber unbegründet.

Die von der Klägerin gefertigte streitgegenständliche prothetische Versorgung der Patientin K. weist erhebliche Mängel auf, die von der Klägerin zu vertreten sind, und einen Schadenersatzanspruch der Beigeladenen zu 2) wenigstens in Höhe des Kassenzuschusses begründen.

Die Klägerin hat die Regeln der zahnärztlichen Kunst und insbesondere auch die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachtenden Vorschriften und Richtlinien verletzt. Dies beginnt bereits damit, dass sie im Heil- und Kostenplan das Zahnschema nicht voll ausgefüllt hat. Dort hat sie zum Oberkiefer keinerlei Angaben gemacht, sodass die den Plan später genehmigende Kasse davon ausgehen musste, dass die Zähne des Oberkiefers ohne Befund waren. Tatsächlich war aber, wie auch die Klägerin selber einräumt, der Oberkiefer behandlungsbedürftig. Dies war der Klägerin auch voll bewusst. Sie führt aus, die Oberkieferversorgung sei für später vorgesehen gewesen, weil die Patientin wegen ihres Gesundheitszustandes zum damaligen Zeitpunkt keine Versorgung wollte. Dies berechtigte die Klägerin jedoch nicht, zum Oberkiefer überhaupt keine Angaben zu machen. Im Rahmen der Gesamtplanung hätte die Situation im Oberkiefer mit einbezogen werden müssen und der Beigeladenen zu 2) für die Entscheidung, ob der Zahnersatz bezuschusst werden sollte, zur Kenntnis gebracht werden müssen. Diese musste aufgrund fehlender Angaben davon ausgehen, dass der Oberkiefer gesund war. Hätte die Klägerin den tatsächlich bestehenden Befund angegeben, kann davon ausgegangen werden, dass der Heil- und Kostenplan von der Beigeladenen zu 2) so nicht genehmigt worden wäre. Jedenfalls machte die Vorgehensweise der Klägerin es der Kasse unmöglich, die ihr nach [§ 30 Abs.4 Satz 2 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung obliegende Prüfung des Heil- und Kostenplanes insgesamt in sachgerechter Art und Weise vorzunehmen und eine entsprechende Entscheidung zu treffen (vgl. auch I. 2. a) der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der damals geltenden Fassung). Zudem hat die Klägerin selber angegeben, dass auch die Versorgung des Oberkiefers vorgesehen gewesen sei, aber zurückgestellt worden sei wegen des Gesundheitszustandes der Patientin bzw. wegen finanzieller Probleme. Nach [§ 30 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) a.F. hat der Zahnarzt vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen.

Des Weiteren ist der Klägerin anzulasten, dass der streitgegenständlichen Behandlung keine ausreichende Parodontalbehandlung vorangegangen ist. Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen I Nr.9 soll der Versorgung mit Zahnersatz die notwendige chirurgische (auch parodontalchirurgische) und konservierende Behandlung des Restgebisses vorausgehen. Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein oder gleichzeitig durchgeführt werden (a.a.O. Nr.9. e)). Daran fehlt es im vorliegenden Fall. Eine systematische Parodontosebehandlung (BEMA Nrn. P 202, 203) hat unstreitig nicht stattgefunden. Eine parodontale Behandlungsbedürftigkeit hat jedoch unzweifelhaft vorgelegen. Dies wurde von der Klägerin selber so angegeben etwa im Widerspruchsschreiben vom 08. Dezember 2003. In einem von ihr im Widerspruchsverfahren vorgelegten Gutachten von Dr.R. vom 27. Juli 2001, das allerdings die Versorgung der Patientin bei einem Vorbehandler betraf, wird eine nur mäßige Mundhygiene, ferner weiche Beläge und Sondierungstiefen bei den Zähnen 45, 47 und 48 zwischen drei und sechs Millimetern genannt. Die Klägerin selber hat dazu angegeben, sie habe am 11.02.2002 (Präparationssitzung) eine lokale Parodontosebehandlung bei den Zähnen 34, 35 und 48 durchgeführt und später (am 18. Februar 2002) eine Kürettage der Unterkieferfrontzähne. Abgesehen davon, dass diese Leistungen in der Abrechnung nicht erscheinen, hat die Klägerin in ihrer gegenüber der Krankenkasse abgegebenen Stellungnahme zum Gutachten Dr.R. vom 14. April 2003 selber angegeben, sie habe die Patientin darauf hingewiesen, dass sie wegen ihrer Parafunktionen und Parodontose nicht dauernd mit der Zunge gegen den Teleskopkronenbügel drücken solle. Dieser Hinweis ist nur so zu verstehen, dass der Klägerin bekannt war, dass auch noch nach dem Eingliedern des streitigen Zahnersatzes Parodontose vorhanden war. Damit ist klar, dass die Klägerin gegen Ziff. 9. e) des Teils I. der Zahnersatzrichtlinien verstoßen hat, wo es heißt, notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein oder gleichzeitig durchgeführt werden (mit der prothetischen Versorgung). Tatsächlich zeigten sich auch bei der späteren Untersuchung durch Dr.R. und insbesondere auch durch den Prothetikausschuss im Unterkiefer erhebliche Sondiertiefen. Soweit die Klägerin die Absicht hatte, die Parodontalbehandlung nachträglich durchzuführen, würde dies ebenfalls gegen die genannte Richtlinie verstoßen. Hinzu kommt nach der Auffassung des mit einem Zahnarzt fachkundig besetzten Senats, dass der Klägerin sehr wohl bekannt war oder zumindest bekannt sein musste, dass der Oberkiefer ebenfalls im Parodontalbereich krankhaft verändert war. Eine Beschränkung der Parodontosebehandlung auf die zu versorgenden Zähne im Unterkiefer berücksichtigt nicht, dass bei weiterhin bestehender Parodontose in anderen Bereichen das Risiko der Reinfektion erheblich ist. Zusammenfassend sieht der Prothetik-Einigungsausschuss somit zu Recht einen Verstoß gegen die Zahnersatzrichtlinien, insofern, als es an einer ordnungsgemäßen Parodontosebehandlung vor oder bei der prothetischen Versorgung fehlte.

Im Übrigen war auch die prothetische Arbeit selbst keinesfalls frei von Fehlern. Hier ist zunächst festzustellen, dass die Klägerin von dem von der Kasse genehmigten Plan ohne eine entsprechende Mitteilung insofern abgewichen ist, als der Zahn 34 statt wie vorgesehen 33 überkront wurde. Dabei spielt es keine Rolle, dass dies nach Angabe der Klägerin auf Wunsch der Patientin erfolgt ist.

Des Weiteren ist zu beanstanden, dass am Zahn 48 Kronenreste des am 07. Januar 2002 extrahierten Zahnes 47 verblieben sind. Diese waren, wie der Beklagte unbestritten feststellt, noch auf dem vom Zahnarzt M. am 16. Oktober 2002 gefertigten OPG erkennbar. Des Weiteren wurde vom Beklagten anhand der Röntgenaufnahmen festgestellt, dass ein Teil der mesialen Wurzel des Zahnes 37 sich noch im Alveolenfach befand. Wenn dann trotzdem die prothetische Versorgung erfolgt ist, liegt darin ein Verstoß gegen die Richtlinie I. 9. g).

Der entscheidende Vorwurf durch den auch die Notwendigkeit der Neuversorgung begründet wird, ist jedoch, dass die streitgegenständliche Prothese keine ausreichende Haltekraft hat. Der von der Klägerin zunächst vorgebrachte Einwand, nach Angaben ihres Zahntechnikers hätte die Haltekraft nachträglich durch bestimmte Maßnahmen erhöht werden können, trifft für einen herausnehmbaren Zahnersatz der hier vorliegenden Art nicht zu. Die Klägerin argumentiert in diesem Zusammenhang insofern widersprüchlich, als sie einerseits das Fehlen der ausreichenden Haltekraft bestreitet mit dem Argument, dass es sich um herausnehmbaren Zahnersatz handle, und andererseits der Patientin die Schuld an der fehlenden Stabilität gibt, weil diese den Zahnersatz mit ihrer Zunge immer herausgehobelt habe. Hierzu ist zu

sagen, dass ein herausnehmbarer Zahnersatz naturgemäß nicht den selben Halt aufweisen kann wie ein fest sitzender, da er andernfalls nicht heraus zu nehmen wäre. Andererseits geht es nicht an, dass ein Zahnersatz so locker sitzt, dass er beim Essen oder Sprechen wackelt. Sowohl der Sachverständige Dr.R. als auch der Prothetikausschuss, der durch seine drei zahnärztlichen Mitglieder die Patientin nochmals untersucht hat, bestätigen übereinstimmend, dass der Zahnersatz keinen hinreichend festen Sitz hatte. Dabei spielt es keine Rolle, dass der Gutachter von Teleskopkronen spricht und dabei nicht ausdrücklich feststellt, dass es sich dabei um Konuskronen handele. Der Grundsatz der notwendigen Festigkeit gilt natürlich auch bei der Versorgung mit Konuskronen.

Der Senat hatte keine Veranlassung, an der Richtigkeit der Beurteilung durch den Sachverständigen Dr.R. und die zahnärztlichen Mitglieder des Prothetikausschusses zu zweifeln, zumal die Klägerin selber angibt, sie habe die Patientin darauf hingewiesen, dass sie nicht mit der Zunge am Zahnersatz herumhebeln solle, offenbar weil von Anfang an die Arbeit keinen hinreichend stabilen Sitz hatte.

Soweit von Klägerseite darauf hingewiesen wird, dass der Sachverständige Dr.R. und auch der Prothetikausschuss letztlich die durch einen anderen Zahnarzt (M.) später erfolgte Versorgung des Oberkiefers mit beurteilt hätten, was insbesondere den Hinweis betreffe, dass die Zähne 13 bis 16 bei Funktionsbewegungen nach buccal bewegt würden (Dr.R.) und auch die vom Prothetikausschuss festgestellte schlechte parodontale Situation des Oberkiefers, ist der Klägerin insofern zuzustimmen, als die Oberkieferversorgung erst nach der Tätigkeit der Klägerin erfolgt ist. Andererseits hat diese, wie oben bereits ausgeführt wurde, entweder den z.Zt. ihrer Behandlung bestehenden Zustand des Oberkiefers nicht mit berücksichtigt zumindest aber im Heil- und Kostenplan nicht beschrieben. Letztlich kommt es hierauf aber nicht an, denn die streitgegenständliche Unterkieferprothese ist ihrerseits so sehr mit Fehlern behaftet, dass insoweit eine Neuanfertigung nach der Feststellung der die Patientin untersuchenden Zahnärzte notwendig ist. Zweifelhaft erscheint in diesem Zusammenhang, ob im Hinblick auf den auch von der Klägerin wiederholt herausgestellten besonderen Gesundheitszustand und die damit verbundene auch psychische Belastung der Patientin eine prothetische Versorgung des Umfangs, wie sie hier von der Klägerin vorgenommen wurde, zu dem Zeitpunkt überhaupt medizinisch vertretbar war.

Zusammenfassend bestätigt der Senat die den angefochtenen Entscheidungen zugrunde liegende Beurteilung, dass die streitgegenständliche Unterkieferversorgung nicht frei von Fehlern und Mängeln ist, die eine neue Versorgung erforderlich machen. Dafür ist die Klägerin verantwortlich. Sie hat deshalb den durch die Fehler entstehenden Schaden, zumindest in der Höhe des dafür ausgezahlten Kassenzuschusses zu erstatten (vgl. BSG v. 11.12.02, Az: [B 6 KA 51/02 B](#)).

Dieser Anspruch scheitert auch nicht an einem angeblichen Nachbesserungsrecht der Klägerin. Zwar entspricht es der allgemeinen Erfahrung, dass bei der Versorgung mit aufwändigerem Zahnersatz ein gewisser nachträglicher Korrekturbedarf anfallen kann, der Nachbesserungsmaßnahmen erforderlich macht. Hierzu ist zu sagen, dass die Klägerin solche auch unstreitig vorgenommen hat. Diese hatten aber offenkundig keinen Erfolg. Wenn die Klägerin dafür die Patientin verantwortlich macht, die sich nicht an ihre Belehrungen gehalten habe (Heraushebeln des Zahnersatzes mit der Zunge) und nach dem 14. Februar nicht mehr in der Praxis erschienen sei, ist dem entgegen zu halten, dass die Klägerin bis zum 14. Februar immerhin sechs Wochen Gelegenheit zur Nachbesserung hatte und dies auch durch Einschleifmaßnahmen versucht hat, damit aber letztlich nicht erfolgreich war. Nach der übereinstimmenden Beurteilung aller mit der Untersuchung der Patientin befassten Zahnärzte war eine Nachbesserung der Arbeit auch nicht möglich. Zwar mag in geeigneten Fällen als Nachbesserung auch eine vollständige Neuanfertigung durch den selben Zahnarzt in Betracht kommen (vgl. § 3 Nr.4 der Anl. 4 b zu § 11 Gesamtvertrag - Zahnärzte Bayern - GV-Z -). Im vorliegenden Fall kann sich die Klägerin darauf indessen nicht berufen. Zum einen ist nach dem durchaus glaubhaften Vorbringen der Patientin davon auszugehen, dass dieser, wenn vielleicht auch nicht von der Klägerin persönlich, so doch vom Praxispersonal nahegelegt wurde, die Praxis (wegen einer möglicherweise nicht bezahlten Rechnung) nicht weiter aufzusuchen. Aber selbst wenn dies nicht zutreffen sollte, kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass unter Berücksichtigung der Vielzahl von Planungsfehlern, Richtlinienverstößen und Ausführungsfehlern, nicht zuletzt unter Rücksichtnahme auf den Gesundheitszustand der Patientin, dieser eine weitere Behandlung in der klägerischen Praxis nicht zuzumuten war. Das bedeutet, dass der Beklagte, dessen Entscheidung hier allein streitgegenständlich ist, zu Recht den Schadenersatzanspruch der Kasse in Höhe des geleisteten Zuschusses bestätigt hat.

Die Versuche der Klägerseite, den streitgegenständlichen Bescheid und auch die Entscheidungen des Prothetikausschusses und des Sozialgerichts mit formalen Argumenten zu Fall zu bringen, haben keinen Erfolg. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Gegenstand der Prüfung des Senats in seiner Eigenschaft als zweite gerichtliche Tatsacheninstanz im Ergebnis nur die Entscheidung des beklagten Prothetik-Einigungsausschusses ist, und die Entscheidung des Prothetikausschusses nur insofern, als der Beklagte diese bestätigt hat. Angebliche Widersprüchlichkeiten oder Rechtsfehler des Sozialgerichts sind für die Entscheidung des Senats nicht von Bedeutung.

Im Einzelnen ist festzustellen, dass insbesondere ein Verstoß der Verwaltungsinstanzen gegen [§ 24 SGB X](#) nicht ersichtlich ist. Nach [§ 24 Abs.1 SGB X](#) ist, bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Dies ist im vorliegenden Fall zweifelsfrei geschehen. Die Klägerin wurde über das Schreiben der Versicherten an die Krankenkasse vom 14.02.2003 informiert und hat dazu Stellung genommen. Entsprechendes gilt für das Gutachten und die Entscheidung des Prothetik-ausschusses. Die Klägerin hat von ihrem Anhörungsrecht auch sehr ausgiebig Gebrauch gemacht.

Die Rüge, dass sie bei Erstellung des Gutachtens durch Dr.R. zwar zugegen gewesen sei, aber einen Abstand von drei Metern habe halten müssen, vermag keinen Verstoß gegen [§ 24 SGB X](#) zu begründen. Vom Grundsatz her besteht kein Anspruch eines Betroffenen bei der über ihn ergehenden Verwaltungsentscheidung zugegen zu sein. Im vorliegenden Fall ergibt sich eine besondere Situation allerdings aus der Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z), der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz von Zahnkronen. Nach § 3 Abs.2 dieser Vereinbarung kann die Krankenkasse ausgeführte prothetische Leistungen überprüfen lassen. In diesem Fall benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, dem Gutachter. Der Patient wird durch die Krankenkasse nach Abstimmung mit dem Gutachter eingeladen. Der Zahnarzt ist berechtigt, bei der Untersuchung anwesend zu sein. Er wird hierzu von der Krankenkasse eingeladen. So war es im vorliegenden Fall. Die Klägerin ist über die Untersuchung informiert worden und war dabei auch zugegen. Der Senat sieht keinen Verstoß gegen diese Bestimmung, wenn es zutreffen sollte, dass der Gutachter die Klägerin nicht mehr als drei Meter an die zu untersuchende Patientin herangelassen hat. Zu dieser Entfernung enthalten die genannten Bestimmungen keine Angabe. Es lässt sich aber aus deren Sinn und Zweck nicht ableiten, dass der Zahnarzt berechtigt sein soll, unmittelbar an der Untersuchung mitzuwirken und/oder sich unmittelbar zu den einzelnen Befunden zu äußern. Dies erscheint schon mit Rücksicht auf den Patienten auch nicht geboten.

Offenbar war die Klägerin im Untersuchungszimmer während der Untersuchung anwesend. Damit wurde den Anforderungen des § 3 Abs.2 Satz 4 der Anlage 12 zum BMV-Z genüge getan.

Des Weiteren rügt die Klägerseite, dass bei der Untersuchung des Prothetikausschusses die Klägerin nicht habe anwesend sein dürfen. Sie sei erst nach Abschluss der Untersuchung der Patientin durch die zahnärztlichen Mitglieder des Ausschusses in den Sitzungssaal eingelassen worden. Das Verfahren vor dem Prothetikausschuss und vor dem Prothetik-Einigungsausschuss ist nach § 4 Abs.2 Anlage 12 zum BMV-Z in der dazu ergangenen Anl. 4 b zu § 11 GV-Z geregelt. Zu dieser gibt es wiederum eine Anlage aus deren Ziff.4 sich ergibt, dass der Zahnarzt zur Sitzung sowohl des Prothetikausschusses als auch des Prothetik-Einigungsausschusses zu laden ist. Eine Untersuchung durch die Mitglieder des Prothetikausschusses ist in dieser Anlage insgesamt nicht geregelt und findet oftmals auch nicht statt. Dies hindert den Ausschuss jedoch nicht daran im Rahmen der ihm obliegenden Sachverhaltsaufklärungspflicht ([§ 20 SGB X](#)) selber eine Untersuchung des Patienten, dessen prothetische Versorgung im Streit steht, vorzunehmen. Insoweit besteht aber, weder nach den besonderen Vorschriften zur Regelung des Prothetik-Einigungsverfahrens noch nach dem SGB X die Verpflichtung, zu dieser Untersuchung den betroffenen Zahnarzt hinzuzuziehen. Im Allgemeinen wird der Bürger bei der Ermittlung eines ihn betreffenden Sachverhalts durch eine Behörde nicht unmittelbar anwesend sein. Zumindest hat er darauf in der Regel keinen Anspruch.

Nach allem kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass der Beigeladenen zu 2) ein Schadenersatzanspruch gegen die Klägerin zu Recht zugesprochen wurde. Dieser entspricht zumindest dem von der Krankenkasse für die fehl gelaufene Behandlung gezahlten Zuschuss (vgl. BSG v. 11.12.02, Az: [B 6 KA 51/02 B](#), Rn. 9).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs.1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Danach hat die unterliegende Partei die Kosten zu tragen.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-09-08