

23 O 236/06

Vollstreckbare Ausfertigung



Verkündet am 04.11.2009

Jansen
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Landgericht Köln

IM NAMEN DES VOLKES

Urteil

In dem Rechtsstreit

der

Klägerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwältin Doris Mücke, Karl-Horn-Str.
21, 61350 Bad Homburg,

gegen

die

Köln,

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Bach, Langheid & Dallmayr,
Beethovenstraße 5-13, 50674 Köln,

hat die 23. Zivilkammer des Landgerichts Köln
auf die mündliche Verhandlung vom 07.10.2009
durch die Vorsitzende Richterin am Landgericht Dr. Ackermann-Trapp, die Richterin
am Landgericht Hens und die Richterin Göbel

für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 33.273,06 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 15.639,82 Euro seit dem 29.07.2004 und aus weiteren 17.633,25 Euro seit dem 10.02.2005 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen die Klägerin zu 15 % und die Beklagte zu 85 %.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar, für die Klägerin gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils zu vollstreckenden Betrages. Die Klägerin darf die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von offenen Teilbeträgen aus insgesamt 10 Rechnungen, denen umfangreiche zahnärztliche Leistungen zugrunde liegen, sowie die Erstattung von Beträgen, die durch die Beklagte aufgrund behaupteter Rückforderungsansprüche mit von der Klägerin zur Erstattung eingereichten Rechnungsbeträgen verrechnet wurden.

Die Klägerin unterhält bei der Beklagten eine Krankheitskostenversicherung unter Einschluss des Tarifs ZM3, der für Zahnkronen, Zahnersatz, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie Kieferorthopädie eine tarifmäßige Erstattung in Höhe von 75% vorsieht, für sonstige zahnärztliche Leistungen in Höhe von 100%. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB), die unter anderem die MB/KK 94 umfassen, sind Gegenstand des Vertrages.

Die Klägerin reichte im Jahre 2003 Heil- und Kostenpläne der behandelnden Zahnärzte vom 15.09.2003 über 13.266,26 Euro und vom 17.09.2001 über 13.456,79 Euro - die die Einbringung von 8 Implantaten im Oberkiefer und 6 Implantaten im Unterkiefer vorsahen - bei der Beklagten mit der Bitte um Kostenzusage ein. Mit Schreiben vom 11.12.2003 erteilte die Beklagte lediglich eine eingeschränkte Leistungszusage auf der Grundlage der von ihr ermittelten Alternativversorgung mit 6 Implantaten im Oberkiefer (regio: 015, 013, 011, 021, 023 und 025) mittels Wurzelkappen sowie einer darauf befestigten steggetragenen Prothese und 2 Implantaten im Unterkiefer (regio: 034, 044) sowie Wurzelkappen auf regio 34, 31, 41 und 44, ebenfalls mit einer steggetragenen Prothese, zu Kosten in Höhe von 17.237,09 €, somit 12.927,82 € bei 75 %-tigem Erstattungssatz. Gleichzeitig nahm sie zu den bereits eingereichten Rechnungen vom 19.08.2003, 14.05.2003, 04.06.2003, 09.04.2003 und 07.08.2003 Stellung.

Die Klägerin ließ die angedachte Behandlung durchführen. Dabei wurden jedoch statt der beabsichtigten Implantate nunmehr 10 Implantate im Oberkiefer und weitere 8 Implantate im Unterkiefer gesetzt. Auf die Rechnungen vom 09.04.2003 in Höhe von 819,72 Euro, vom 04.06.2003 in Höhe von 327,90 Euro, vom 07.08.2003 in Höhe von 1.546,77 Euro und vom 19.08.2003 in Höhe von 7.103,53 Euro erbrachte die Beklagte lediglich Teilleistungen gemäß der Leistungsabrechnung vom 15.12.2003 in Höhe von insgesamt 3.252,89 Euro, deren Einzelheiten sie mit dem dazugehörigen Schreiben vom 11.12.2003 erläuterte. Die weiterhin eingereichte Rechnung vom 08.12.2003 in Höhe von 6.598,16 Euro rechnete die Beklagte mit Leistungsabrechnung vom 11.05.2003 in Höhe von 2.456,09 Euro und erläuterndem Schreiben vom 10.05.2003 ab. Mit Leistungsabrechnung vom 22.03.2004 und erläuterndem Schreiben vom 18.03.2004 erstattete die Beklagte unter anderem Teilbeträge auf die eingereichte Rechnung vom 19.01.2004 mit einem Rechnungsbetrag über 19.124,13 Euro. Die eingereichte Rechnung vom 22.04.2004 in Höhe von 6.523,96 Euro rechnete die Beklagte mit Leistungsabrechnung vom 08.06.2004 und erläuterndem Schreiben vom 07.06.2004 ab und erstattete lediglich die dort ersichtlichen Teilbeträge. Nachdem die Klägerin die Rechnung vom 02.06.2004 in Höhe von 2.341,30 Euro zur Erstattung eingereicht hatte, stellte sich die Beklagte auf den Standpunkt, dass sich daraus zum ersten Mal ergebe, dass die zuvor eingebrachten Implantate sofort belastet würden und wies die anwaltliche Vertreterin der Klägerin mit Schreiben vom 26.07.2004 darauf hin, dass auf die mit der Implantatversorgung einhergehende Gesamtmaßnahme eine Erstattung nicht

erfolgen könne, da die implantologische Versorgung im Wege der sogenannten Sofortbelastung ihrer Ansicht nach nicht medizinisch notwendig sei. Gleichzeitig überprüfte sie die bisherigen Erstattungen und kam zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich der Leistungsabrechnungen vom 11.05.2004 und 08.06.2004 zu viele Erstattungen erfolgt seien, die einen Gesamtumfang von 4.534,47 Euro ausmacht. Infolge dessen forderte die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 26.07.2004 dazu auf, diesen Betrag zurückzuzahlen. Mit Abrechnung vom 29.07.2004 schlüsselte sie dazu nochmals die einzelnen Beträge auf. Einen Teil dieses Rückforderungsbetrages hat die Beklagte anschließend im Rahmen der Leistungsabrechnung vom 14.01.2005 in Höhe von 131,25 Euro verrechnet; einen weiteren Teil in Höhe von 2.327,92 Euro im Rahmen der Leistungsabrechnung vom 09.12.2005. Weiterhin lehnte die Beklagte die Erstattung der nach der Rechnung vom 02.06.2004 eingereichten Rechnungen vom 13.09.2004 in Höhe von 1.974,39 Euro als auch vom 18.12.2004 in Höhe von 18.432,71 Euro ab. Insoweit berief sie sich auf die fehlende medizinische Notwendigkeit im Zusammenhang mit der Sofortbelastung. Näheres erläuterte sie der Klägerin mit Schreiben vom 09.02.2005.

Mit der vorliegenden Klage begehrt die Klägerin nunmehr Erstattung der nicht regulierten Beträge der angeführten Rechnungen auf der Grundlage des 75%-tigen Erstattungssatzes als auch die von der Beklagten angeführten Verrechnungsbeträge mit angeblichen Erstattungsforderungen. Hinsichtlich der einzelnen Beträge wird insoweit auf die Aufstellung in der Klageschrift, Bl. 13-15 d. A., Bezug genommen.

Die Klägerin behauptet, die zahnärztlichen Behandlungen, die den oben aufgeführten Rechnungen zugrunde lagen, seien alle medizinisch notwendig gewesen. Insbesondere sei die ursprüngliche laut dem Heil- und Kostenplan vom 9.11.2002 vorgesehene Versorgung in Absprache mit dem behandelnden Zahnarzt aufgrund des bei der Durchführung der Behandlungen erst erkennbar gewordenen Zustandes in die medizinisch notwendige Versorgung mit jeweils zwei weiteren Implantaten notwendig geworden. Im Übrigen seien die Rechnungen ordnungsgemäß entsprechend den erbrachten Leistungen und den gesetzlichen Vorschriften erstellt worden.

Hinsichtlich eines Betrages von 4.804,26 € hat die Klägerin die Klage im Haupttermin zurückgenommen.

Sie beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 34.674,09 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 16.909,59 Euro seit dem 29.07.2004 und aus weiteren 17.633,25 Euro seit dem 10.02.2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bestreitet die medizinische Notwendigkeit der vorgenommenen Behandlungen soweit sie über die von ihr ermittelte und zugesagte Alternativversorgung gemäß dem Schreiben vom 11.12.2003 hinausgeht und behauptet, dass allein die von ihr ermittelte Versorgung mit 6 Implantaten im Oberkiefer und 2 weiteren Implantaten im Unterkiefer und entsprechenden steggetragenen Prothesen medizinisch notwendig sei. Weiterhin bestreitet sie die medizinische Notwendigkeit der Behandlung unter dem Gesichtspunkt der Sofortbelastung. Weiterhin erhebt sie hilfsweise, sofern sie die medizinische Notwendigkeit ablehnt, hinsichtlich sämtlicher Rechnungen gebührenrechtliche Einwendungen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Klageerwiderung vom 21.02.2007 (Bl. 135 ff., 147 ff. d. A.) und die jeweiligen tabellarischen Aufstellungen zu den einzelnen Rechnungen (Bl. 254 ff., 304 ff., 316 ff., 326 ff., 350 ff., 361 ff., 370 ff., 374 ff. d. A.) Bezug genommen. Dabei greift sie insbesondere die Überschreitungen des 3,5-fachen Satz der GOZ und die angesetzten Verbrauchsmaterialien an, nimmt Kürzungen hinsichtlich der abgerechneten Material- und Laborkosten auf das Maß des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL II) vor und greift schließlich den Ansatz einzelner Gebühren an.

Wegen des weiteren Parteivorbringens wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Das Gericht hat Beweis erhoben gemäß den Beschlüssen vom 18.05.2007, vom 17.05.2008, vom 20.05.2008 und vom 06.02.2009 durch Einholung eines Sachverständigengutachtens sowie zwei ergänzenden Stellungnahmen. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das mund-, kiefer- und

gesichtschirurgische Sachverständigenurteilen aus Januar 2008 sowie auf die ergänzenden schriftlichen Stellungnahmen vom 02.12.2008 und vom 01.07.2009 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und zum überwiegenden Teil begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von 33.273,06 Euro aus §§ 1, 49, 178 a. VVG a. F., §§ 1 Ziff. 1 a), 2 MB/KK 94 in Verbindung mit dem Tarif ZM3. Gemäß § 1 Ziff. 1 MB/KK 94 gewährt der Versicherer im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit und Unfallfolgen, § 1 Ziff. 2 S. 1 MB/KK 94.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, § 1 Ziff. 3 MB/KK 94. Gemäß § 9 GOZ ist der Zahnarzt berechtigt, dem Patienten angemessene Aufwendungen für zahntechnische Leistung in Rechnung zu stellen. Soweit die Beklagte einwendet, dass die Material- und Laborkosten nicht angemessen seien, kann sie sich jedoch nicht auf das BEL II berufen, da die Angemessenheit der Aufwendungen entgegen der Auffassung der Beklagten nicht anhand dieses Leistungsverzeichnisses ermittelt werden kann. Das BEL II ist nach § 88 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen worden. Dementsprechend beruht es auf Gesichtspunkten, die mit den Maßstäben der Privatversicherung nicht einstränktungslos vereinbar sind (vgl. OLG Düsseldorf, VersR 97, 217; LG Nürnberg, r+s 04, 511; LG Köln, r+s 05, 208). In der amtlichen Begründung zu § 9 GOZ wird zwar ausgeführt, dass davon auszugehen sei, dass auch bei Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürften, da dies nicht angemessen wäre. Doch entfällt diese vereinzelte Auffassung keine Bindungswirkung. Sie hat zudem im Text des § 9 GOZ keinen Niederschlag gefunden. Die Auffassung, dass sich die Üblichkeit an den Maßstäben des BEL II ausrichten müsse, ist außerdem nicht

sachgerecht. Sie verkennt die Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Beiträge und Leistungen werden in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung nach jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkten errechnet und erbracht. Das BEL II gilt zudem bundeseinheitlich, so dass örtliche Abweichungen aufgrund kalkulatorischer Besonderheiten der Zahnlabors nicht berücksichtigt werden können. Das Argument, 90% aller zahntechnischen Leistungen würden im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und nach diesem Leistungsverzeichnis abgerechnet, verkennt, dass die Üblichkeit auf die jeweilige Leistung und Qualität des Produkts bezogen ist, und dass der Privatversicherte eine höhere Qualität der Leistung erwarten darf (vgl. OLG Köln VersR 99, 302). Dieser Einwand der Beklagten betrifft 1.481,16 Euro aus der Rechnung vom 19.01.2004. In Höhe von 75 %, also 1.110,87 Euro, ist die Beklagte daher zur weiteren Erstattung verpflichtet.

Soweit die Beklagte hinsichtlich der Rechnung vom 19.1.2004 Lagerhaltungskosten bei Implantaten in Höhe von 150,96 € nicht erstattet, ist ihr Vortrag unsubstantiiert. Auch nach dahingehender Rüge der Klägerin wird nicht nachvollziehbar dargelegt, wie die Beklagte diesen Betrag ermittelt hat. Der diesbezüglich nach dem Tarif ZM3 noch zu erstattende Betrag beträgt 113,22 Euro.

Darüber hinaus hat die Beklagte weitere, im Folgenden einzeln aufgeführte, Beträge zu erstatten, sofern die Behandlungsmaßnahmen medizinisch notwendig im Sinne von § 1 Ziff. 2 Satz 1 MB/KK 94 waren. Eine Behandlungsmaßnahme ist nach ständiger Rechtsprechung dann medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar ist die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung, wenn sie sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise das zugrundeliegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate geeignete Therapie anwendet (vgl. BGH VersR 1979, 221), wobei die Notwendigkeit der Heilbehandlung die Klägerin als Anspruchsvoraussetzung zu beweisen hat. Soweit ein Nachweis erforderlich war, ist der Klägerin dieser zum überwiegenden Teil gelungen.

So erklärt der Sachverständige, dass bei der Klägerin eine komplexe implantologisch-prothetische Versorgung des Ober- und Unterkiefers vorgenommen worden sei. Eine Besonderheit der Versorgung sei in dem Umstand zu sehen, dass die Patientin bereits über lange Jahre eine subtotale Prothese des Oberkiefers getragen habe und sie nach einer initialen Zahnsanierung zunächst im Ober- und

Unterkiefer vollständig zahnlos gewesen sei. Erschwerend komme die hochgradige bis extreme Schrumpfung des Oberkieferkammknochens („extreme Alveolarkammtrophie“) hinzu. Daher haben vor einer Implantation aufbauende chirurgische Maßnahmen erfolgen müssen. Hierfür sei das im Unterkiefer vorzufindende Knochenangebot noch ausreichend gewesen, jedoch habe zunächst eine Entfernung sämtlicher Unterkieferzähne erfolgen müssen, da diese in der Prognose (= Verbleib in der Mundhöhle) erheblich eingeschränkt gewesen seien.

Zu den einzelnen erfolgten Leistungen führt der Sachverständige folgendes aus: Die Abrechnung der 3D-Rekonstruktion und Computertomographieanalyse in der Rechnung vom 22.04.2004 sei nicht zu beanstanden. Bei der Klägerin habe eine außerordentlich schwierige Ausgangssituation vorgelegen, so dass hier eine besonders sorgfältige Planung der Implantatlokalisierung unter optimaler Ausnutzung des dreidimensionalen Knochenangebotes habe stattfinden müssen. Daher sei der Einsatz der dreidimensionalen interaktiven Computertomographieanalyse nicht zu beanstanden. Diese Analyse stelle einen eindeutigen Fortschritt gegenüber vorher gebräuchlichen Röntgenauswertungsverfahren dar. Hierfür wurde ein Betrag in Höhe von 598,21 Euro in Rechnung gestellt. Zu erstatten sind 75 %, also 448,66 Euro.

Die der Versorgung mit Langzeitprovisorien zugrunde liegenden Behandlungen waren auch unter dem Gesichtspunkt medizinisch notwendig, soweit eine „Sofortbelastung“ erfolgt sei. Die vorliegenden klinischen, röntgenologischen und fotografischen Befunde zeigen, dass sowohl das Knochenangebot im Oberkiefer durch die vorangegangene Kieferkammerhöhung für eine implantologische Versorgung mit Sofortbelastung ausreichend gewesen sei. Darüber hinaus würden die intraoperativen klinischen Fotos (CD-Rom) eine vermutlich günstige biomechanische Belastung der vier belasteten Implantate durch ein Provisorium zeigen. Zudem zeige der weitere klinische Verlauf bei der Patientin überdies, dass bei den strittigen Implantaten in regio 14, 11, 21, und 24 keinerlei Knochenabbau zu beobachten sei. Die Eingliederung eines Provisoriums auf sofort belasteten Implantaten sei in diesem Falle auch deshalb vertretbar gewesen, um postoperativ die Ausformung der Schleimhautverhältnisse im Vestibulum und eine suffiziente Sprachfunktion herbeizuführen. Von diesem Einwand der Beklagten waren betroffen die Rechnung vom 02.06.2004 in Höhe von 2.341,30 Euro, die Rechnung vom 13.09.2004 in Höhe von 1.974,39 Euro und die Rechnung vom 18.12.2004 über 18.432,71 Euro sowie eine Rückforderung gemäß dem Schreiben vom 26.07.2004 in Höhe von 4.534,47 Euro, wovon ein Betrag in Höhe von 2.459,17 Euro von späteren Erstattungsleistungen bereits in Abzug gebracht wurden. Von dem Gesamtbetrag

hinsichtlich der Rechnungen in Höhe von 22.748,40 Euro sind 75 %, also noch 17.061,30 Euro zu erstatten. Hinzu kommt der von der Beklagten bereits in Abzug gebrachte Rückforderungsbetrag in Höhe von 2.459,17 Euro.

Hinsichtlich der Rechnung vom 08.12.2003 seien alle Gebühren korrekt berechnet worden, lediglich hinsichtlich der Ziffer GOÄ 2253 sei ein Steigerungsfaktor von 3,5 ausreichend gewesen. Ansonsten sei die Ansetzung des 4 und 4,5fachen Gebührensatzes bei den Ziffern 2254, 2732, 2442, 2677 und 2381 aufgrund besonderer Schwierigkeiten in diesem Fall gerechtfertigt gewesen, da es sich um eine besonders schwierige, anatomisch-klinische Situation gehandelt habe, die die Überschreitung des 3,5fachen Gebührensatzes rechtfertigen. Es müsse die besondere Situation der Oberkieferanatomie mit extremer Atrophie, nachgewiesen durch die entsprechenden Kiefermodelle und Röntgenbilder, ausgegangen werden. Bei der Ansetzung der GOÄ Ziffer 2677 (Vestibulumplastik je Kieferhälfte) handele es sich nicht um eine unselbständige Leistung. Bei der Schrumpfung des Kieferknochens komme es zu einer Schrumpfung in vertikaler, transversaler und sagittaler Richtung, d.h. zu einer Schrumpfung in allen drei räumlichen Dimensionen. Gleichzeitig vollziehe sich mit der knöchernen Schrumpfung eine Schrumpfung des Weichteilangebotes, dieses sei aber wiederum außerordentlich wichtig, um später, also zum Abschluss der Operation, eine weichteilige Bedeckung der verpflanzten Knochentransplantate zu erzielen. Erfolge diese Weichteilbedeckung nicht, so liege der transplantierte Knochen an der Oberfläche frei, sterbe ab und müsse schließlich aus der Mundhöhle entfernt werden. Um diese Situation zu vermeiden, müsse eine ausgedehnte Weichteilmobilisation im Sinne einer sogenannten „Vestibulumplastik“ erfolgen. Gerade dieser operative Schritt entscheide über Erfolg und Misserfolg der gesamten operativen Maßnahmen. Insofern liege also nicht ein einfacher Wundverschluss vor, der zur gesamten operativen Maßnahme im Sinne eines „Zielleistungsprinzips“ gehören würde. Auch hinsichtlich der Ziffer GOÄ 2381 handele es sich nicht um eine unselbständige Teilleistung. Diesbezüglich gelten die gleichen Aspekte wie vorstehend zur Abrechnung der Ziffer GOÄ 2677 und sei auch durch das intraoperativ vorliegende Bildmaterial (Datei Sollfrank-K. JPG) nachweisbar. Auf diese Rechnung entfallen insgesamt bislang nicht erstattete 3.409,40 Euro, von denen hinsichtlich der Ziffer GOÄ 2253 ein Abzug in Höhe von 56,56 Euro, eine Reduzierung auf den 3,5fachen Steigerungssatz, zu berücksichtigen ist. Außerdem sind 287,50 Euro abzuziehen hinsichtlich berechneter Verbrauchsmaterialien. Insoweit wird auf die unten stehenden Ausführungen verwiesen. Auch die mit dieser Rechnung vom 08.12.2003 berechneten Kosten in

Höhe von 731,85 Euro für eine „Platelet Rich Plasma“ (PRP) -Therapie war nicht medizinisch notwendig. Bei der PRP-Therapie solle eine Anreicherung von Wachstumsfaktoren im thrombozytenreichen Plasma, das aus Eigenblut gewonnen werde, eine Wundheilungs- bzw. Knochenheilungsbeschleunigung erzielt werden. Hierbei handele es sich jedoch um ein in der Erfolgsprognose nicht ausreichend gesichertes Verfahren. Tatsächlich seien für dieses Verfahren jedoch nur 500,00 Euro angesetzt worden, da es sich bei dem Betrag in Höhe von 231,85 Euro um Aufwendungen für Osteosynthesematerial handele, die korrekt seien. Unter Berücksichtigung dieser Abzüge in Höhe von insgesamt 844,06 Euro hat die Beklagte von den nicht erstatteten 3.409,40 Euro 75 % von 2.565,34 Euro, also 1.924,01 Euro zu zahlen.

Hinsichtlich der Rechnung vom 19.01.2004 war das Ansetzen der Ziffer 905 GOZ, das zweimalige Ansetzen der Ziffer GOZ 302 und die Überschreitung des 3,5fachen Gebührensatzes bei Ziffer GOZ 517 wegen besonderer Schwierigkeiten korrekt. Anhand der Rechnungsaufstellung könne festgestellt werden, dass im Zuge der prothetischen Versorgung der Unterkieferimplantate tatsächlich ein kompletter Austausch gegen ein komplett anderes Sekundärteil stattgefunden habe. Insbesondere aus der Fotoaufnahme vom 18.11.2003 ergebe sich, dass sich hier ein anderes Sekundärteil befinde. Insofern sei die Inansatzbringung der Ziffer GOZ 905 nicht zu beanstanden. Die Ziffer 203 GOZ sei berechtigterweise in Ansatz gebracht worden. Auch Implantatpfosten müssen unter Umständen beschliffen werden und hierzu das umgebende marginale Parodont trockengelegt, was unter Umständen einen zusätzlichen Aufwand erfordere. Da die Präparation jedoch ausschließlich im Unterkiefer erfolgt sei (regio 36, 31, 41, 46), und zwar an einem Behandlungstermin, sei eine zweimalige Ansetzung der GOZ 203 zulässig, nicht aber eine 3fache Ansetzung. Die Überschreitung des 3,5fachen Gebührensatzes sei bei den Leistungsziffern GOZ 517 gerechtfertigt, da derartige Abformungen aufgrund der starken Kieferschrumpfung besonders schwierig seien. Die 7-fache Überschreitung der GOZ Ziffern 220, 500, 507 sei dagegen nicht gerechtfertigt, da die Präparation im Bereich der Implantate technisch eher einfacher durchführbar sei als im normal bezahnten Kiefer. Der Faktor 3,5 sei daher ausreichend. Auch die liquidierten Aufwendungen für das Auswerten eines Registrators und des Set-Ups seien neben den 804 und 809 GOZ nicht berechenbar sondern mit diesen Ziffern bereits abgegolten. So ergibt sich hinsichtlich der Rechnung vom 19.01.2004 folgendes: Auf die Ziffern 905 GOZ entfallen 1.890,00 Euro. Die zweimalige Ansetzung der Ziffer 203 GOZ hat die Beklagte bereits gezahlt. Hinsichtlich der Ziffer GOZ 517 sind noch

31,63 Euro zu zahlen. Insgesamt hat die Beklagte von diesen 1.921,63 Euro noch 75 %, also 1.441,22 Euro, zu zahlen.

Zur Rechnung vom 22.04.2004 führt der Sachverständige aus, dass die Überschreitung des 3,5fachen Gebührensatzes bis zum 4,5fachen Steigerungssatz in Anbetracht der außergewöhnlich schwierigen operativen Situation, die sowohl durch die vorliegenden Kiefermodelle, die intraoperativen OP-Situs Fotografien, die präoperative Röntgendiagnostik und durch die dreidimensionale Computertomographieauswertung eher moderat und gerechtfertigt erscheine. Die Inanspruchnahme der Gebührensatz GOÄ 2700 sei in diesem Falle gerechtfertigt gewesen und stelle keine unselbständige Teilleistung der Ziffern GOZ 900 und 902 dar. Die GOZ Ziffer 900 beziehe sich auf das bisher gängige Verfahren zur Vermessung des tatsächlichen vertikalen Knochenangebotes durch eine Röntgenaufnahme des Ober- und Unterkiefers mit eingesetzter Schablone, die Metallmesskugeln oder Stifte von definierter Größe enthalten. Auf diese Weise sei eine Einschätzung des Knochenangebotes von Ober- und Unterkiefer möglich. Das hier durchgeführte Verfahren sei neuartig und basiere auf der ebenfalls hier gut fotografisch dokumentierten Herstellung einer stereolithographischen Bohrschablone auf computertomographischer Datenbasis. Die auf der CD-Rom enthaltenen Bilddateien zeigen die hier eingesetzte Schablone. Die gut erkennbaren Metallringe, die sich in der stereolithographischen Schablone befinden, seien keine Messkörper, sondern geben die spätere exakt dreidimensional festgelegte Bohrrichtung wieder, um das Knochenangebot der Kiefer optimal auszunutzen. Insofern habe diese Schablone nichts mit dem Leistungsinhalt der Gebührensatz GOZ 900 oder 902 zu tun, da es sich um eine zusätzliche Schablone handle. Die Gebührensatz GOÄ 2381 sei als isolierte Maßnahme zu betrachten. Insofern gelte das Gleiche wie bei dem Ansatz der Gebührensatz 2381 GOÄ der Rechnung vom 08.12.2003. Die Steigerungen über den 3,5fachen Gebührensatz betreffen 354,36 Euro, die Ziffer GOÄ 2700 wurde mit 142,80 Euro berechnet, die Ziffer GOÄ 2381 mit 146,68 Euro. Von dem Gesamtbetrag in Höhe von 643,84 Euro hat die Beklagte 75 %, also 482,88 Euro zu erstatten.

Außerdem hat die Beklagte weitere 8.057,59 Euro aus der Rechnung vom 19.01.2004 sowie 1.058,26 Euro aus der Rechnung vom 22.04.2004 zu 75 %, also 6.836,89 Euro, zu erstatten. Diese Beträge betreffen den Einwand der Beklagten, die Behandlung der Klägerin sei nur medizinisch notwendig gewesen, soweit sie mit der von der Beklagten ermittelten Alternativversorgung entspreche. Die Beklagte hat jedoch nicht nachvollziehbar dargelegt, warum lediglich die Alternativversorgung

medizinisch notwendig sein sollte. Da die diesbezüglichen Einwände auch im Rahmen der Beweisaufnahme dem Sachverständigen unterbreitet wurden, setzte dieser sich auch mit der angeführten Alternativversorgung auseinander. So sei zwar auch eine kostengünstigere Maßnahme möglich gewesen, doch sei ein therapeutisches Behandlungskonzept, insbesondere die Versorgung von 10 festsitzenden Implantaten im Oberkiefer, gewählt worden, das eindeutig medizinisch vertretbar gewesen sei. Allein aus Kostenerwägungen kann die Beklagte die Klägerin jedoch nicht auf eine andere Maßnahme verweisen (vgl. BGH, NJW 2003, 1596).

Der Sachverständige erläuterte seine Stellungnahmen zu den Beweisfragen nachvollziehbar und differenziert. Soweit er die medizinische Notwendigkeit der Behandlungsmaßnahmen und der Abrechnung der einzelnen Gebührensätze bejaht, führt er dies in überzeugender Weise aus. Er vermochte sich auch mit den jeweiligen zahlreichen und umfassenden Einwendungen der Parteien in seinen ergänzenden Stellungnahmen vollumfänglich und dezidiert auseinanderzusetzen. An der Kompetenz des Sachverständigen bestehen keine Zweifel. Das Gericht schließt sich seinen Ausführungen an.

Darüber hinaus ist das Gericht von der medizinischen Notwendigkeit der Zahnfarbbestimmung überzeugt, für die gemäß der Rechnung vom 19.01.2004 Kosten in Höhe von 21,40 Euro angefallen sind, die in Höhe von 75 %, also 16,05 Euro zu erstatten sind. Das Gericht erachtet es für unerlässlich, eine Zahnfarbbestimmung zur Erzielung eines ästhetischen Behandlungsergebnisses durchzuführen.

Der Anspruch der Klägerin ist schließlich auch fällig, § 6 I MB/KK 94. Die Beklagte kann sich nicht erfolgreich auf fehlende Fälligkeit hinsichtlich einzelner Implantatteile berufen, da die Voraussetzungen des § 10 II Nr. 6 GOZ vorliegen. Die zahnärztliche Rechnung enthält vollständige Ausführungen zu den nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten, der Art, der Menge und des Preises der verwendeten Materialien. In Höhe von weiteren 75 % von 1.838,40 Euro, also 1.378,80 Euro aus der Rechnung vom 22.4.2004 hat die Beklagte daher der Klägerin die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen zu erstatten.

Die Zinsansprüche ergeben sich jeweils aus §§ 280 I, II 286 I, II Nr. 3 BGB. Die Leistungsablehnung vom 29.07.2004 betraf die Kosten der Rechnungen vom 08.12.2003, vom 19.01.2004, vom 22.04.2004, vom 02.06.2004 und die Rückforderung in Höhe von 131,25 Euro. Mit den Behandlungskosten aus den Rechnungen vom 13.09.2003, vom 18.12.2004 und betreffend die Rückforderung in

Höhe von 2.327,92 Euro befand sich die Beklagte spätestens mit der Leistungsablehnung vom 09.02.2005 in Verzug.

Das darüber hinaus gehende Klagebegehren war jedoch abzuweisen.

Die Klage ist unbegründet hinsichtlich der Material- und Implantataufwendungen in Höhe von 287,50 Euro der Rechnung 8.12.2003, in Höhe von 120,80 Euro der Rechnung vom 19.1.2004 und in Höhe von 309,50 Euro der Rechnung vom 22.4.2004. Diese Positionen sind bereits von § 4 III GOZ umfasst und können nicht gesondert in Rechnung gestellt werden. Gemäß § 4 III GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Eine entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung zugelassene Ausnahme von dem Grundsatz, dass Verbrauchsmaterialien nicht gesondert berechnungsfähig sind, ist unter Zugrundelegung der Grundsätze des Urteils des BGH vom 27.5.2004 (III ZR 264/03) nicht ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 92 I 1, 269 Abs. 3 ZPO, die Kosten über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 11, 709 S. 2, 711 ZPO.

Streitwert: 39.478,35 Euro

Dr. Ackermann-Trapp

Hens

Göbel

Ausgefertigt



Jansen, Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle