# BUNDESSOZIALGERICHT

## Im Namen des Volkes

## Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 63/03 R

Barmer Ersatzkasse,
Lichtscheider Straße 89-95, 42285 Wuppertal,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein,
Lindemannstraße 34-42, 40237 Düsseldorf,

Beklagte und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: .....,

beigeladen:

.....

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 28. April 2004 ohne mündliche Verhandlung durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richter S c h m e i n c k und Dr. B e n t e l e für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 26. Juni 2003 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin auch für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

G r ü n d e :

I

Die klagende Ersatzkasse begehrt von der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegen den beigeladenen Vertragszahnarzt wegen mangelhafter prothetischer Behandlung.

Der beigeladene Zahnarzt gliederte auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans vom 23. November 1998 bei dem bei der Klägerin versicherten H. eine Ober- und Unterkiefer-Totalprothese ein; die Klägerin gewährte H. dafür einen Festzuschuss von 1.140 DM. Auf Veranlassung von H. ließ die Klägerin die prothetische Versorgung begutachten; der Gutachter stellte Mängel des Zahnersatzes und die Notwendigkeit der Erneuerung fest. Der Beigeladene lehnte gegenüber der Klägerin die Erstattung des an H. geleisteten Festzuschusses ab. Die Klägerin nahm daraufhin die Beklagte auf Festsetzung eines Schadensregresses gegen den Beigeladenen in Anspruch. Die Beklagte verneinte ihre Zuständigkeit, weil sie während der sog Festzuschussphase (Zeitraum vom 3. Januar bis 31. Dezember 1998) unter der Geltung des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) Schadensersatzansprüche gegen ihre Mitglieder wegen mangelhafter prothetischer Versorgung nicht festsetzen dürfe. Den Widerspruch der Klägerin wies sie zurück.

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide der Beklagten aufgehoben und diese verpflichtet, eine Sachentscheidung über den Antrag der Klägerin auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegenüber dem Beigeladenen zu treffen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Es hat ausgeführt, die öffentlich-rechtliche Schadensersatzpflicht des Vertragszahnarztes wegen mangelhafter Prothetikleistung sei aus dem Gesamtzusammenhang der Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und des Bundesmantelvertrages Zahnärzte-Ersatzkassen (EKV-Z) abzuleiten. Daran ändere sich nichts dadurch, dass die Krankenkasse in dem Zeitraum vom 3. Januar bis 31. Dezember 1998 bei der prothetischen Versorgung ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten durch Gewährung eines Festzuschusses erfüllt habe. In dieser sog Festzuschussphase seien zwar die Zahlungswege bei prothetischen Leistungen gegenüber dem in der Zeit davor und danach geltenden Rechtszustand verändert worden, jedoch sei die prothetische Versorgung auch in diesem Zeitraum Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung geblieben, auf die sich die Gewährleistungsverpflichtung der KZÄV beziehe (Urteil vom 26. Juni 2003).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, es bestehe ein untrennbarer Zusammenhang zwischen der Verpflichtung der KZÄV zur Festsetzung von Schadensregressen wegen mangelhafter Prothetik gegenüber den Vertragszahnärzten und dem Sachleistungsprinzip. Hinsichtlich der prothetischen Versorgung habe jedenfalls in dem hier zu beurteilenden Zeitraum des Jahres 1998 das Sachleistungsprinzip nicht gegolten. Der Versicherte habe die Gesamtkosten für die prothetische Versorgung gegenüber dem Vertragszahnarzt bezahlen müssen, und die Krankenkasse habe ihre Leistungsverpflichtung gegenüber dem Versicherten durch Gewährung eines Festzuschusses erfüllt. Ebenso wie nach der Rechtsprechung des BSG im Rahmen von Kostenerstattungsregelungen kein Raum für die Wahrnehmung der Belange der Vertragszahnärzte gegenüber den Krankenkassen durch die KZÄV sei, sei die Festsetzung eines öffentlich-rechtlichen Schadensersatzanspruchs der KZÄV gegenüber dem Vertragszahnarzt ausgeschlossen gewesen. Die Honorare für die prothetische Versorgung seien 1998 nicht über die KZÄV abgewickelt worden und die entsprechenden Beträge auch nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung gewesen. Deshalb sei ihre - der KZÄV - Berechtigung entfallen, in diesem Leistungsbereich gegenüber ihren Mitgliedern hoheitlich tätig zu werden.

Die Beklagte beantragt,

> die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 26. Juni 2003 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12. September 2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

> die Revision zurückzuweisen.

Sie stimmt dem berufungsgerichtlichen Urteil ausdrücklich zu, soweit dieses es abgelehnt hat, aus der Einführung von Festzuschüssen für die prothetische Versorgung Folgerungen für die Berechtigung bzw Verpflichtung der KZÄV hinsichtlich der Festsetzung von Schadensregressen wegen mangelhafter prothetischer Versorgung zu ziehen.

Der Beigeladene äußert sich im Revisionsverfahren nicht.

Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>) einverstanden erklärt,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

II

Die Revision der Beklagten hat keinen Erfolg. Zu Recht haben die vorinstanzlichen Gerichte die Beklagte verpflichtet, über den Antrag der Klägerin auf Prüfung zu entscheiden, ob die Versorgung mit Zahnersatz, die der Beigeladene 1998 bei dem Versicherten der Klägerin durchgeführt hat, fehlerhaft gewesen ist und der Beigeladene ihr den an ihren Versicherten gezahlten Festzuschuss in Höhe von 1.140 DM zu erstatten hat.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin gegenüber der Beklagten verfolgten Begehrens auf Festsetzung eines Schadensregresses ist eine öffentlich-rechtliche Schadensersatzpflicht des Vertragszahnarztes im Verhältnis zur KZÄV, die sich auf den Gesamtzusammenhang der Regelung des EKV-Z gründet (*vgl BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 1 S 4 und Nr 5 S 24 sowie aaO § 15 Nr 1 S 4*). Im Falle mangelhafter zahnprothetischer Versorgung ist der Zahnarzt zum Schadensersatz und sind die vertragszahnärztlichen Institutionen zur Festsetzung des Schadensersatzanspruchs verpflichtet. Die Krankenkasse kann nicht selbst unmittelbar gegen den Zahnarzt vorgehen, weil und solange die vertragszahnärztlichen Institutionen diesem gegenüber im Hinblick auf seine fortbestehende Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung noch Regelungsgewalt besitzen (*vgl BSG SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 12; SozR 3-5555 § 12 Nr 5 S 23*).

Zuständig für die Festsetzung eines solchen Schadensregresses ist die Beklagte als Vertragsinstanz, gegen die sich mithin zu Recht die Verpflichtungsklage richtet. Anders als im zahnärztlichen Primärkassenbereich, in dem insoweit die Befugnis zur Festsetzung von Schadensregressen den für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zustehenden Gremien übertragen worden ist, ist die Zuständigkeit der KZÄV im Ersatzkassenbereich bis heute erhalten geblieben (vgl BSG *SozR 3-5555 § 12 Nr 5 S 23 mwN).* Nach § 12 Abs 6 EKV-Z setzt die KZÄV bei der nächsten Abrechnung "durch Vertragsinstanzen anerkannte Forderungen einer Vertragskasse gegen einen Vertragszahnarzt aus diesem Vertrag" ab. Diese Zuständigkeitsregelung im zahnärztlichen Ersatzkassenbereich hat auch im Jahr 1998 unverändert gegolten.

Die Beklagte stellt die aufgezeigten Rechtsgrundlagen und die Zuständigkeitsverteilung im Zusammenhang mit Schadensregressen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen nicht generell in Frage. Sie macht vielmehr geltend, in der Zeit vom 3. Januar bis 31. Dezember 1998 sei ihre an sich durch die fortgeltende Regelung des § 12 Abs 6 EKV-Z begründete Verpflichtung zur Feststellung von Schadensregressen im Bereich der prothetischen Versorgung aufgehoben bzw durch die Vorschriften des SGB V über die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz derogiert worden. Das trifft - wie die Vorinstanzen zu Recht erkannt haben - nicht zu. Entgegen der Auffassung der Beklagten kann nicht aus dem Zahlungsweg bei prothetischen Behand-

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS



Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

lungen auf das Bestehen oder Nichtbestehen eines öffentlich-rechtlichen Schadensersatzanspruchs gegen den Vertragszahnarzt bei Mängeln der Behandlung geschlossen werden.

Für den Rechtszustand vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 hat der Senat bereits entschieden, dass ein Vertragszahnarzt, der eine mängelbehaftete prothetische Versorgung einer Versicherten von Ersatzkassen durchgeführt hat, einer öffentlich-rechtlich begründeten Schadensersatzpflicht ausgesetzt war (*BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 5 S 24*). Nach § 30 Abs 1 SGB V in der vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung des Art 1 des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988 <GRG> (*BGBl I 2477*) erstattete die Krankenkasse den Versicherten 50 vH der Kosten der im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlungen), solange nicht Festzuschüsse nach § 30 Abs 2 SGB V festgelegt worden waren. Der Zahnersatz umfasst auch Zahnkronen. Infolge dieser Regelung, die der Gesetzgeber des GRG als "grundlegende Änderung gegenüber dem bisherigen Recht (§ 182c RVO)" verstanden hat (*Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 29. April 1988, BR-Drucks 200/88 S 172, zu § 30 SGB V*), waren die Kosten für die prothetische Versorgung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten abzurechnen, wobei die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung durch Zahlung des in gesetzlicher Höhe festzusetzenden Zuschusses erfüllte.

Der Senat hat in seinem Urteil vom 3. Dezember 1997 (*BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 5 S 24)* zur Rechtslage in den Jahren 1989 bis 1992 offen gelassen, ob die gemäß § 30 SGB V im Wege der Kostenerstattung zu honorierende prothetische Versorgung noch dem Sachleistungssystem zugeordnet werden konnte oder eine Abkehr davon darstellte. Er hat jedoch darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Leistungen um solche handele, die den Versicherten der Krankenkassen bei einer "im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz" erbracht würden. Schon diese Formulierung des § 30 Abs 1 SGB V zeige, dass diese Leistungen ungeachtet der Frage der Kostentragung in das System des Kassenzahnarztrechts eingebunden blieben. Daraus folge zugleich, dass auch in den Fällen des § 30 Abs 1 SGB V idF des GRG bei Behandlungsfehlern von Kassen- bzw Vertragszahnärzten von der jeweiligen Krankenkasse ein öffentlich-rechtlicher Schadensersatzanspruch geltend gemacht werden könne, der bei Vorliegen der Voraussetzungen gegenüber dem betroffenen Zahnarzt durch Verwaltungsakt festzusetzen sei (*BSG SozR aaO*).

Nach diesen Grundsätzen, an denen der Senat festhält, ist für die Frage, ob ein Vertragszahnarzt bei Behandlungsfehlern im Rahmen der prothetischen Behandlung einer öffentlich-rechtlichen Schadensersatzverpflichtung ausgesetzt ist, entscheidend, ob die prothetische Versorgung Teil der im SGB V geregelten vertragszahnärztlichen Versorgung der

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen und ob die KZÄV darin im Sinne einer Sicherstellungs- und Gewährleistungsverpflichtung eingebunden ist. Dem vom Gesetz jeweils vorgeschriebenen Zahlungsweg - Zahlung der von den Krankenkassen zu tragenden Kosten an die Versicherten oder an die KZÄV - kommt hingegen nur untergeordnete Bedeutung zu.

Der Zahlungsweg für die Honorierung prothetischer Leistungen ist seit 1989 mehrfach geändert worden. Nach der schon erwähnten Regelung des § 30 Abs 1 SGB V idF des GRG (Teilkostenerstattung durch Krankenkasse an Versicherte) bestimmte § 30 Abs 3 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) in der Zeit vom 1. Januar 1993 bis zum 2. Januar 1998, dass die Krankenkasse ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten erfüllt, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil von 50 vH der Kosten der prothetischen Versorgung an die KZÄV zahlt, die ihrerseits zur Annahme verpflichtet ist. Dieser Wechsel der Abrechnung über die KZÄV an Stelle der direkten Abrechnung gegenüber den Versicherten ist von den Fraktionen von CDU/CSU, F.D.P. und SPD im Rahmen des Entwurfs eines GSG vom 5. November 1992 damit begründet worden, dass bei Zahnersatz an der Kostenerstattung festgehalten werden solle, jedoch für den Kassenanteil der Zahlungsweg über die KZÄVen vorgeschrieben werde. Diese Änderung werde - wie bei der Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen nach § 29 SGB V - notwendig, um eine problemlose Umsetzung des degressiven Punktwertes (§ 85 Absätze 4b bis 4f idF des GSG) zu gewährleisten (*BT-Drucks 12/3608 S 79*).

Durch das 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 (*BGBl I 1520*) ist der Zahlungsweg bei prothetischen Leistungen wiederum geändert und in § 30 Abs 4 SGB V bestimmt worden, die Krankenkasse erfülle ihre Leistungspflicht gegenüber den Versicherten, indem sie den Festzuschuss an diesen zahle; der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richte sich gegen den Versicherten. Diese Regelung ist gemäß Art 19 Abs 4 des 2. GKV-NOG am 3. Januar 1998 in Kraft getreten, weil an diesem Tag alle Festzuschüsse nach § 30a SGB V idF des 2. GKV-NOG festgesetzt worden waren. Diese (erneute) Änderung des Zahlungswegs steht in untrennbarem Zusammenhang damit, dass durch Art 1 Nr 29 Buchst e des 2. GKV-NOG die Vorschriften über den degressiven Punktwert (§ 85 Abs 4b bis 4f SGB V idF des GSG) aufgehoben worden sind. Danach bestand keine Notwendigkeit mehr, vertragszahnärztliche Vergütungsanteile für zahnprothetische Behandlungen über die KZÄV abzuwickeln und dort zu erfassen, um sie bei der Ermittlung der für die Degression maßgeblichen Punktmenge mit heranziehen zu können.

Aus der Rückkehr zu dem Zahlungsweg, der bereits in der Zeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 gegolten hat, kann aus den Gründen des Senatsurteils vom 3. Dezember 1997 (*BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 5*) nicht abgeleitet werden, die prothetische Versorgung der Versicherten im Jahre 1998 sei aus der vertragszahnärztlichen Ver-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

sorgung mit der Folge ausgegrenzt worden, dass Mängel der Behandlung nur noch im privatrechtlichen Verhältnis zwischen Patient und behandelndem Zahnarzt geltend gemacht werden könnten.

Die Zugehörigkeit der prothetischen Versorgung zur vertragszahnärztlichen Versorgung und das Fortbestehen der Gewährleistungsverpflichtung der KZÄV ergibt sich vielmehr daraus, dass die Versicherten nach § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB V idF des GRG auch im Jahre 1998 Anspruch auf "zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz" hatten, sie hinsichtlich der zahnprothetischen Leistungen nur zugelassene Vertragszahnärzte in Anspruch nehmen durften und dass die Verpflichtungen der Zahnärzte hinsichtlich der Durchführung der Behandlung wie der Rechnungsstellung gegenüber den Versicherten den Vorschriften des Vertragszahnarztrechts folgten. Dementsprechend regelt § 30 Abs 1 Satz 1 SGB V idF des 2. GKV-NOG, dass die Versicherten Anspruch auf einen Festzuschuss zu der "im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen)" haben. Des weiteren belegt die Bestimmung des § 30 Abs 4 Satz 3 SGB V idF des 2. GKV-NOG die Zuordnung der prothetischen Leistungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Nach ihr hat der Vertragszahnarzt vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen, für den die Einzelheiten in den Bundesmantelverträgen nach § 87 SGB V zu regeln sind, die von den Vertragspartnern der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene geschlossen werden. § 30a Abs 1 Satz 1 SGB V idF des 2. GKV-NOG formuliert, dass die Festzuschüsse die "zur vertragszahnärztlichen Versorgung" gehörenden prothetischen Versorgung zu umfassen haben. Demgemäss legt § 30a Abs 2 SGB V idF des 2. GKV-NOG fest, dass der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen die Details hinsichtlich der Ausgestaltung der Festzuschüsse zu regeln hat. Die Zuweisung dieser Befugnis an ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen in der vertragszahnärztlichen Versorgung setzt ebenfalls voraus, dass von Vertragszahnärzten erbrachte prothetische Leistungen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sein können. Schließlich bestätigen die Regelungen des SGB V über den Zahlungsanspruch bei Zahnersatz, dass die prothetische Behandlung der Versicherten auch während der Festzuschussphase der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzurechnen war. Keine entscheidende Bedeutung kommt demgegenüber zu, dass nach § 87a Satz 2 SGB V idF des 2. GKV-NOG der Zahlungsanspruch des "Vertragszahnarztes" gegenüber dem Versicherten bei "vertragszahnärztlichen Versorgungsformen" auf das 1,7-fache (bzw 1,86 im Beitrittsgebiet) des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt war. Denn die Bezugnahme auf die Gebührensätze der im privatzahnärztlichen Bereich geltenden GOZ stellt angesichts des Begriffs der "vertragszahnärztlichen Versorgungsformen" kein Indiz dafür dar, dass die prothetische Versorgung der Versicherten aus dem öffentlich-rechtlich geregelten vertragszahnärztlichen Versorgungssystem ausgegliedert werden sollte.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android

Available on the App Store
JLaw – für iOS

Nach allem kann daraus, dass die Zahlungen der Krankenkassen für die prothetische Versorgung - wie schon in der Zeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 - nicht über die KZÄV abgewickelt, sondern unmittelbar gegenüber dem Versicherten erbracht worden sind, nicht geschlossen werden, die entsprechenden Behandlungen seien insgesamt nicht mehr Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung gewesen. Die vertragszahnärztliche Versorgung insgesamt unterfällt der Gewährleistungspflicht der KZÄV gemäß § 75 Abs 1 Satz 1 SGB V, soweit sich nicht aus den gesetzlichen Regelungen klar die Herausnahme einzelner Leistungen und/oder Leistungsbereiche sowohl aus der Sicherstellungs- als auch aus der Gewährleistungsverpflichtung der KZÄV ergibt. Dies war auch in dem hier maßgeblichen Zeitraum nicht der Fall. Die prothetischen Leistungen unterlagen vielmehr weiterhin diesen Verpflichtungen der KZÄV. Sie hat danach dafür einzustehen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Zu diesen Erfordernissen zählt auch die sich aus § 12 Abs 6 EKV-Z ergebende Verpflichtung der KZÄV, bei fehlerhafter prothetischer Behandlung einen Schadensersatzanspruch gegenüber dem behandelnden Vertragszahnarzt festzusetzen.

Dieser Verpflichtung auf Festsetzung des Schadensersatzanspruches kann nicht entgegengehalten werden, die Krankenkasse habe mit der Gewährung des Festzuschusses an den Versicherten ihre Leistungspflicht erfüllt, sodass ein Schaden allenfalls beim Versicherten entstanden sei. Zu diesem Gesichtspunkt hat das BSG bereits im Urteil vom 20. Mai 1992 (*BSG SozR 3-5555 § 12 Nr 3 S 16*) ausgeführt, der Versicherte behalte im Sachleistungssystem im Falle der Schlechtleistung seines Zahnarztes seinen Anspruch gegen die Krankenkasse auf ordnungsgemäße Behandlung bzw Versorgung. Insoweit treffe der mit der Schlechterfüllung verbundene Schaden nicht (in vollem Umfang) den Versicherten, sondern die Krankenkasse. Im Falle einer mangelhaften prothetischen Versorgung, für die die Krankenkasse den vorgeschriebenen Festzuschuss geleistet hat, steht dem Versicherten dann, wenn sein Versorgungsbedarf hinsichtlich zahnprothetischer Versorgung iS des § 30 Abs 1 Satz 1 SGB V idF des 2. GKV-NOG nicht bzw nicht angemessen erfüllt ist, für die erneute Behandlung wiederum ein Anspruch auf den Festzuschuss zu. Da im Krankenversicherungsrecht Heilbehandlungsansprüche grundsätzlich unabhängig von den Ursachen des Behandlungsbedarfs bestehen, ist die Krankenkasse regelmäßig zur erneuten Gewährung des Festzuschusses hinsichtlich desselben Befundes im Falle mangelhafter prothetischer Erstbehandlung verpflichtet. Sie ist - in derselben Weise wie bei Zahlung der Honorierung prothetischer Leistungen an die KZÄV - dadurch geschädigt, dass sie Honorar für die Behandlung ihres Versicherten aufgewandt hat, ohne dass dadurch dessen Gesundheitsstörungen behoben worden sind.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Nach alledem ist die Beklagte verpflichtet, in der Sache zu prüfen, ob der beigeladene Zahnarzt bei der prothetischen Behandlung des Versicherten H. ordnungsgemäß verfahren ist und ob er ggf der Krankenkasse den von ihr für diese Behandlung gezahlten Festzuschuss im Rahmen des Schadensersatzes zu ersetzen hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS