

21

1.2. Gutachterliche Unterlagen

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

1.2.1 Gerichtsakte inklusive Anlagen

Stellungnahme zbe (Auftragsgutachten der SDK Beklagtenpartei)

Versicherungsschein

Heil- und Kostenpläne [REDACTED] vom 29.3.2021

1.2.2 Körperliche Untersuchung der Klägerin durch den Gutachter am 04.05.2021

1.2.3 Dabei gutachterlich gefertigte Einzelröntgenaufnahmen der Zähne 24 und 13

1.2.4 Durch die Klägerin dabei vorgelegte Behandlungsunterlagen

Übersichts-Röntgenbild (OPG) vom 26.3.2020

4 klinische Fotos vom 26.3.2020

DVT vom 24.04.2020

Gipsmodelle von Oberkiefer und Unterkiefer

2

2. Medizinische Notwendigkeit

2.1 Definition der medizinischen Notwendigkeit (GOZ, BGH)

§ 1 Abs. 2 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) besagt: „Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind.“

Die Definition der (zahn-)medizinischen Notwendigkeit beschäftigt seit Jahren die deutsche Rechtsprechung. Die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit i.S.d. Versicherungsbedingungen hat bereits 1986 zu einem Urteil (IVa ZR 78/85) geführt, in dessen Rahmen der BGH eine Definition der objektiven Notwendigkeit unternimmt:

„von der Notwendigkeit einer Behandlung ist auszugehen, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar ist, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Das ist im Allgemeinen der Fall, wenn eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit ... zu heilen oder zu lindern.“

Seit einem Urteil des OLG Köln von 1995 hatte eine Rechtsprechungspraxis eingesetzt, die auch im Rahmen der Erstattung privat(zahn-)ärztlicher Leistungen durch die PKV ein Wirtschaftlichkeitsgebot gegeben sah. Dieser Rechtsauffassung hat der BGH in seinem Urteil vom 12.03.2003 (IV ZR 278/01) widersprochen. Die Wortkombination „medizinisch notwendig“ stelle ersichtlich nur auf medizinische, nicht aber auch auf Kostengesichtspunkte ab. Damit sei die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen.

Zur ausführlichen Erläuterung des juristischen Sachverhalts liegen diesem zahnmedizinischen Sachverständigengutachten die Anlage 1 von Ratajczak „Die medizinische Notwendigkeit“ aus der Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie bei.

3

2.2 Feststellung der medizinischen Notwendigkeit im individuellen Fall

Zur Feststellung der medizinischen Notwendigkeit im individuellen Fall wurde die Klägerin in der Zahnarztpraxis des Sachverständigen gutachterlich am 04.05.2021 untersucht. Dabei ergab sich folgender Befund:

I. Befund des gesamten Gebisses																
Beh.-Plan																
Befund	f	km z	bm z	bm z	bm z	X	km z	km z	km z	bm z	bm z	km z	f	f	z	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	F	f	f	f	z	z	Z	z	Z	z		z	z	f	z	f
Beh.-Plan																

r = reiniert

km = Brückenpfeiler verblendet

bm = Brückenglied verblendet

X = Lückenschluß

z = zerstört

Die eingegliederte Brücke 11-17 zeigt einen Lockerungsgrad III mit maximaler Lockerung, sie hängt sprichwörtlich „am seidenen Faden“. Die eingegliederte Brücke 21-24 zeigt ebenfalls Lockerungsgrad III, jedoch nicht so eindrücklich wie im rechten Oberkiefer. Zur Verdeutlichung des Begriffs Lockerungsgrad wird auf nachfolgende Tabelle verwiesen:

GKV-Klassifikation

- Lockerungsgrad 0 physiologische Beweglichkeit
- Lockerungsgrad I gerade fühlbare Beweglichkeit
- Lockerungsgrad II sichtbare Beweglichkeit
- Lockerungsgrad III beweglich auf Lippen- oder Zungendruck oder axiale Beweglichkeit

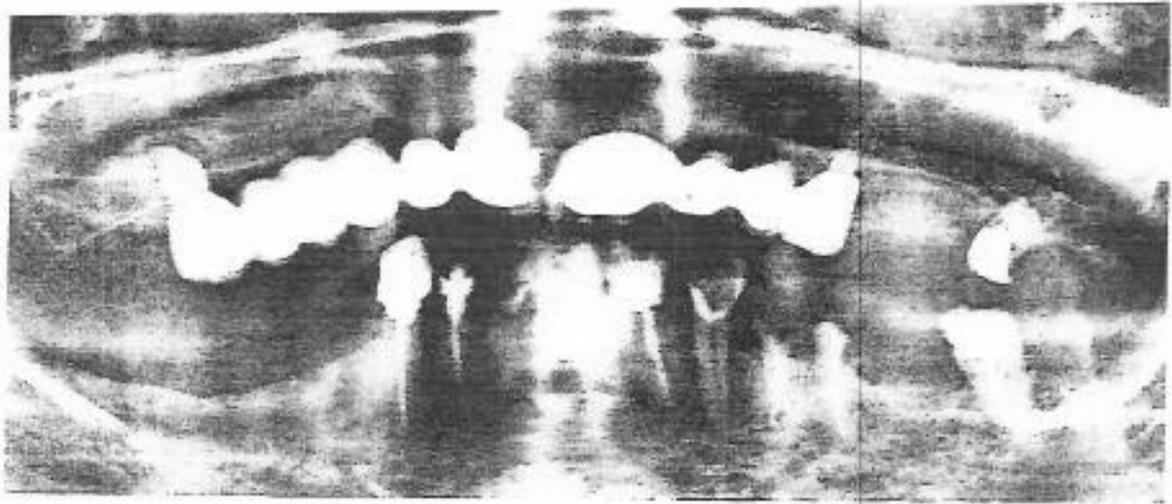
4

Im Bereich der OK-Bücker liegt in toto eine totale parodontale Destruktion vor. Alle Brückenpfeiler sind nicht mehr erhaltungswürdig.

Die Zähne 27 und alle Zähne des Unterkiefers mit Ausnahme von Zahn 33 sind ebenfalls aus Gründen der Zerstörung der Zahnhartsubstanz, insuffizienter bestehender Restaurationen und/oder parodontaler Destruktion in ihrer Prognose infaust und daher nicht mehr erhaltungswürdig.

Zahn 33 fällt eine Sonderrolle zu: er ist in seiner Zahnhartsubstanz und hinsichtlich seines Parodontalbefundes (Taschentiefe max. 4 mm) als fast naturgesund zu betrachten. Er reagiert auf Vitalitätsprüfung positiv und auf Perkussionstest negativ, es liegt also kein Schaden des Zahnnervs oder des Parodontiums vor. Dieser Zahn kann erhalten werden, für die Entfernung dieses Zahnes kann keine medizinische Notwendigkeit gesehen werden.

Damit spiegelt sich ein klinischer Befund wider, wie er im mitgebrachten OPG - aufgenommen vor etwas über einem Jahr - bereits nahezu abgebildet ist:



Zur eindeutigen Abklärung der durch das Parteiengutachten als erhaltungsfähig eingestuften Zähne 13 und 24 wurden diese Zähne (bei 33 entfällt bei klinisch eindeutiger Situation die Notwendigkeit der radiologischen Überprüfung aus Gründen der Strahlenreduktion) nochmals gutachterlich geröntgt:



Zahn 12



Zahn 24

5

Es zeigt sich anhand der Wurzelanatomie, dass nicht (irrtümlich) Zahn 13, sondern Zahn 12 in situ ist. Die Pfeilerwertigkeit von 12 ist deutlich geringer als die von 13 (Belastungswert nach Vest¹ von 1 – 6, dabei hat 13 einen Wert von 5 und 12 einen Wert von 3).

Radiologisch erscheinen die Zähne 12 und 24 deutlich stabiler als bei der klinischen Untersuchung. Es fehlen die typischen parodontalen Einbrüche oder der verbreiterte PAR-Spalt auch im aktuellen Röntgen. Es muß von einer Lockerung durch Überlastung dieser Pfeilerzähne bei nicht vorhandener Kaufläche im prothetisch nicht versorgten Unterkiefer bzw. Seitenzahngebiet ausgegangen werden.

¹ G. Vest: Lehrbuch der Zahnärztlichen Kronen- und Brückenprothetik, Band II Brückenprothetik. 1960.

Dies zeigt, wie wichtig bei der Beurteilung einer Behandlungsplanung und deren medizinischer Notwendigkeit die klinische persönliche Untersuchung eines Patienten ist. Victor von Weizsäcker, einer der bedeutendsten Ärzte des 20. Jahrhunderts, hat nicht umsonst sein berühmtestes Lehrwerk² mit dem Satz begonnen: „Um Lebendes zu erforschen, muß man sich am Leben (des Patienten) beteiligen.“ Dies gilt ebenso für ärztliche Gutachter.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass bei der 54-jährigen Patientin ein desolates Gebiss mit sehr ausgeprägtem Sanierungsstau vorliegt. Außer Zahn 33 sind alle Zähne nicht mehr erhaltungswürdig. Es besteht die medizinische Notwendigkeit der Totalsanierung. Würde sich die Patientin mit der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkasse versorgen lassen, so würde im Oberkiefer eine Totalprothese und im Unterkiefer eine Deckprothese auf dem Restzahn 33 einzugliedern sein.

Da die Patientin eine private Zusatzversicherung 2014 abgeschlossen hat (vgl. Anlage 1 Klägerin), möchte diese³ nun aber zweifelsfrei eine festsitzende Implantatversorgung mit Brückenankern und Brückengliedern. Dementsprechend sieht die aktuelle Behandlungsplanung des [REDACTED] so aus:

6

II. Befund und Behandlungsplan des gesamten Gebisses																
Beh.-Plan		SKM	BM	BM	SKM	SKM	SKM	SKM	SKM	SKM	SKM	SKM	SKM	BM	BM	SKM
Befund	f	km z	bm z	bm z	bm z)(km z	km z	km z	bm z	bm z	km z	f	F	Z	f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund	f	f	f	f	z	z	z	z	Z	z		z	z	F	Z	f
Beh.-Plan			BM	SKM	SKM	SKM	SKM	SKM	BM	BM	SKM	SKM	SKM	SKM	SKM	BM

BM = Brückenglied

SKM = Suprakonstruktion, d.h. implantatgetragener Brückenpfeiler

² Victor von Weizsäcker: Der Gestaltkreis – Theorie von Wahrnehmen und Bewegen 1940

³ Mündliche Mitteilung bei der Untersuchung durch den Sachverständigen

Mit Ausnahme von Zahn 33, der erhalten bleiben kann und soll, sind überall dort, wo Implantate geplant sind, entweder bereits jetzt fehlende Zahnregionen oder aber die dort sich noch befindenden Zähne sind extraktionswürdig. Insofern ist der vorliegende Behandlungsplan (mit Ausnahme von 33) nachvollziehbar und vertretbar. Es besteht hierfür (mit Ausnahme von 33) eine medizinische Notwendigkeit.

2.3 Einschränkung der Implantatzahl durch das Parteiengutachten zbe

Die zbe führt auf Seite 2 in ihrer Stellungnahme an, dass keine Indikation für das Einbringen von 19 dentalen Implantaten vorliege. Dies wird einerseits durch die Annahme der noch möglichen Zahnerhaltung von 13 (zu korrigieren: faktisch 12) und 24 sowie 33 begründet. Hierzu siehe Abschnitt 2.2.

Andererseits bezieht sich zbe auf die Stellungnahme wissenschaftlicher Fachgesellschaften in der sogenannten Konsensuskonferenz Implantologie zur „Indikationsbeschreibung für den Regelfall in der Implantologie“ (Anlage 2). Nach der Interpretation von zbe ist im zahnlosen Oberkiefer fix maximal eine Implantatzahl von acht und im zahnlosen Unterkiefer von sechs indiziert.

Hieraus lässt sich errechnen, dass bei $8 + 6 - 2$ (Oberkieferzähne) $- 1$ (Unterkieferzahn) in toto maximal 11 Implantate statt der geplanten 19 aus der Sicht von zbe medizinisch notwendig wären.

Es ist sicher richtig, die Stellungnahme der Konsensuskonferenz von 2014 (Vorgängerversion von 2002) als Grundlage für implantologische Behandlungsoptionen bei der Beurteilung der individuellen medizinischen Notwendigkeit der Klägerin heranzuziehen. Die Stellungnahme kann als breit konsentiert Leitlinie gute Dienste leisten. Allerdings ist sie unbedingt in Gänze und von ihrer Konzeption her zu erfassen, damit es nicht zu deren Inhalt verzerrenden Interpretationen kommt.

So ist die Präambel der Konsensusstellungnahme und deren allererster Satz von entscheidender Bedeutung: „Die optimale Therapie des Zahnverlustes ist grundsätzlich der Ersatz jedes einzelnen Zahnes durch ein Implantat“. Das heißt, dass eine Reduktion der Implantatzahl im Vergleich zur ursprünglichen Zahnzahl (28 Zähne, da die Weisheitszähne ausgenommen

werden) bereits bedeutet, Abstriche vom ggf. individuellen Optimum der Versorgung zu machen. Insofern bleibt die vorliegende Zahl der 19 geplanten Implantation bereits unter dem hier beschriebenen Optimum (dies wären 27 Implantate bei Erhalt von Zahn 33). Berücksichtigt man die im Weiteren in der Präambel geforderte besonders kritische Würdigung hinsichtlich der Versorgungsnotwendigkeit der Zähne 7, so ist die Einzelzahnversorgung mit 24 Implantaten eine optimale Therapieoption. Dies würde im vorliegenden Fall also $24 - 1 = 23$ Implantate bedeuten.

Geplant sind allerdings nur 19, bei Erhalt von Zahn 33 demnach noch 18 Implantate.

Eine Übermaßbehandlung kann der Sachverständige daher - unter dem Aspekt der optimalen Therapie der Präambel - bei 18 Implantaten (statt 23 oder 27) nicht sehen.

Als weitergehende Informationsquelle ist die S3-Leitlinie „Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers“, AWMF-Nummer 083-010, der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zu nennen, die 2014 zuletzt formuliert wurde.⁴ Diese ist zu finden unter https://www.dginet.de/documents/10164/1523441/083-010i_S3_Implantatprothetische-Versorgung_zahnloser-Oberkiefer_2017-03-RNoJzPYO.pdf/442e2e4b-90aa-47c5-b49c-510b62cf7cc9.

Hier findet sich auch folgender Textabschnitt zur Implantathäufigkeit:

⁴ Im Juli 2021 gerade in Überarbeitung, jedoch des hier vorgegebenen Themas ohne Änderung.

Für 5 bis 6 Implantate gilt:

Falls feststehend versorgt wird, sollte eine einteilige Brücke verwendet werden, die verschraubt oder zementiert werden kann. **Expertenkonsens**

> 6 Implantate:

Mehr als 6 Implantate können *herausnehmbar* (23) oder *feststehend* (28, 29) versorgt werden. **LoE 2+/B**

Für mehr als 6 Implantate gilt:

Falls feststehend versorgt wird, können einteilige oder mehrteilige Restaurationen verwendet werden, die verschraubt oder zementiert werden können. **Expertenkonsens**

Auch hieraus lässt sich ableiten, dass durchaus sehr unterschiedliche Implantatanzahlen bei der Versorgung des zahnlosen Oberkiefers bei unterschiedlichen Therapieansätzen zur Therapiefreiheit gehören.

Die beschriebenen Fallklassen sind – darauf wird in der Konsensus-Stellungnahme ausdrücklich hingewiesen – als *Regelversorgungen und als Planungshilfe* zu verstehen. Sie haben daher allenfalls *Leitliniencharakter im Sinne eines Goldstandards*.

Die Beurteilung des Einzelfalles ist nach fachlichen Kriterien jeweils neu vorzunehmen: „Abweichungen von diesem Standard sind nicht per se falsch. Es gibt eine Vielzahl von Gründen, [wo] eine Pfeilervermehrung gegenüber der Standardzahl medizinisch notwendig ist“. Bei letzterem wird insbesondere darauf hingewiesen, dass durch eine Pfeilervermehrung unter Umständen zusätzliche Kieferknochenaugmentate verhindert werden können z.B. durch kürzere, durchmesserreduzierte oder angewinkelte Implantate (vgl. Präambeltext Anlage 2).

Weitere Aspekte sind im vorliegenden Fall hinsichtlich der gewählten Implantatzahl zu bedenken:

- Eine primär höhere Anzahl von Implantationen vermeidet insbesondere bei feststehendem implantatgetragenen Zahnersatz teure und komplizierte Nachimplantationen, die immer prothetisch kompromissbehaftet weil mindestens nachgebessert sind oder dann eben häufig auch wieder einer Neuanfertigung des Zahnersatzes bedürfen.

- Die Patientin ist noch relativ jung, aber es liegt bereits jetzt eine faktische Zahnlosigkeit und auch schon ausgeprägter Kieferkamm-Knochenverlust vor. Durch die Krafteinleitung in den Knochen im Bereich der Implantate wird an jeder Stelle, an der ein Implantat sitzt, der längere Erhalt von Kieferknochen über die zu erwartende noch relativ lange Lebensspanne hinweg erzielt.

- Der Kieferknochen ist in einigen Regionen bereits deutlich schmal. Aus der Karteiführung und aus den beiliegenden chirurgischen Kostenvoranschlägen vom März 2020 geht hervor, dass geplant ist, auch diese Regionen ohne Knochentransfer-OPs zu versorgen. Insofern ist das Vorgehen diesbezüglich als risikoreduziert und weniger traumatisch einzustufen.

Für den Sachverständigen gibt es demnach summa summarum keinen Grund, die medizinische Notwendigkeit im Sinne des BGHs der vorliegenden Implantatzahl in Abrede zu stellen.

3. Rechtfertigung der Leistungspositionen im Einzelnen im Umfang von [REDACTED] €

10

Es liegen zwei Kostenvoranschläge vor (Anlage Klägerin 02).

3.1 Zahnersatz

Zum einen betrifft dies den Zahnersatz, der aufgelistet ist in der „Anlage zum Heil- und Kostenplan 16136 vom 29.3.2020. Hierin sind alle nicht von der GKV übernommenen Kosten, die mit der Herstellung des Zahnersatzes assoziiert sind, enthalten. Eine diesbezüglich notwendige Vereinbarung der Privatbehandlung nach § 8,7 BMV-Z liegt vor und ist von Dr. [REDACTED] aber nicht von der Klägerin, unterschrieben.

Die Privatleistungen sind:

- GOZ-Nrn. 2200, 5120, 5140 (prov. Kronen- und Brückenversorgung)
- GOZ-Nrn. 2270, 5000, 5070 (definitive Kronen- und Brückenversorgung),
- GOZ-Nrn. 8010, 8020 (grundlegende funktionsanalytische Maßnahmen)

Diese Gebührennummern stimmen überein mit der Planung im HKP vom 29.03.2020.

In der Anlage Honorar hierzu sind die geplanten GOZ-Faktoren aufgelistet. Diese variieren von 1,5 über 2,3 bis 5,5.

Faktor 5,5 wird angesetzt für die definitiven Kronen- und Brückenanker. Diejenigen Faktoren, die über Faktor 3,5 berechnet werden sollen, sind mit einer Honorarvereinbarung nach § 2,1

und 2 GOZ gesondert zu vereinbaren. Eine solche Honorarvereinbarung liegt den Unterlagen bei, ist allerdings nur vom Zahnarzt unterschrieben.

Inwieweit die Ausführungs- und Produktqualität der Implantatkronen- und Brückenanker angemessen sein wird dem gewählten freien Honorar (Faktor 5,5) in Abwandlung des in der GOZ ansonsten vorgegebenen maximalen Gebührenrahmens von 3,5 kann im Vorfeld der Behandlung nicht beurteilt werden.

Eine Anlage Labor listet die geplanten zahntechnischen Leistungen mit der Summe von 11371,34 € auf. Eine grobe Überprüfung der Laborkosten gibt keine Hinweise dahingehend, dass hier gemäß § 9 GOZ nicht mehr angemessene Laborkosten berechnet würden.

3.2 Implantologie

Zum anderen betrifft dies die implantatchirurgischen und sich hierum gruppierenden Leistungen, die auf Seite 6 der Anlage Honorar GOZ aufgelistet sind.

Die Privatleistungen sind:

- GOÄ-Nrn. 5370 und 5377, 5004 (Röntgenleistungen)
- GOZ-Nrn. 0090, 0100 (Lokalanästhesie)
- GOZ-Nrn. 8000, 8050, 8080 (funktionsanalytische Maßnahmen)
- GOZ-Nr. 5170a (Implantatabformungen)
- GOZ-Nrn. 2160a, 8000a (Analgosedierung)
- GOÄ-Nrn. 2255a (Anwendung von Wachstumsfaktoren)
- GOZ-Nrn. 6190, 2030 (Begleitleistungen)
- Materialkosten der Implantate und Aufbauteile

Diese Gebührennummern stellen die chirurgische Grundlage dafür dar, dass später ein Zahnersatz eingegliedert werden kann entsprechend der Planung im HKP vom 29.03.2020.

Die GOZ-Faktoren variieren von 1,2 fließend über 2,3 bis 3,5 und darüber hinaus, hier 8,8. Der Faktor 8,8 wird angesetzt für die Implantatinsertionen nach GOZ-Nr. 9010.

Diejenigen Faktoren, die über Faktor 3,5 berechnet werden sollen, sind mit einer Honorarvereinbarung nach § 2,1 und 2 GOZ gesondert zu vereinbaren. Eine solche Honorarvereinbarung liegt den Unterlagen bei, ist allerdings von der Klägerin nicht unterschrieben.

Inwieweit die Ausführungs- und Produktqualität der Implantatinsertionen angemessen sein wird dem gewählten freien Honorar (Faktor 8,8 ergeben 765 € je Implantat) in Abwandlung des in der GOZ ansonsten vorgegebenen maximalen Gebührenrahmens von 3,5 kann im Vorfeld der Behandlung nicht beurteilt werden.

Grundsätzlich spricht ein variierender Gebührenansatz von 1,2 – 8,8 dafür, dass entsprechend der Vorgaben der GOZ nach § 5 (Bemessen der Gebühren) und § 2,1 (abweichende Vereinbarung) das geforderte billige Ermessen beim Finden der Gebührenhöhe gewissentlich angewendet wird.

Hinsichtlich der gewählten Analogleistungen und deren Angemessenheit der Höhe nach ist ebenfalls im Vorfeld keine exakte Taxierung möglich. Von der Gebührensystematik her ist es richtig, die Analgosedierung und Pulsoxymetrie analog zu berechnen (vgl. hierzu Anlage 3 der LZK BW und der BZÄK), da die entsprechenden anästhesiologischen Gebührennummern für den Zahnarzt nicht geöffnet sind. Im Vergleich zur Pulsoxymetrie-Gebührenhöhe in der GOÄ, hier GOÄ-Nr. 602 mit maximal 15,95 €, erscheint der hier gewählte Ansatz übersteuert.

Ebenfalls gilt für die Implantatabformung, dass sie analog zu berechnen ist (vgl. hierzu Anlage 4 des Gebührenkommentares von Liebold/Raff/Wissing. Auch die Anwendung von Wachstumsfaktor unterliegt den Kriterien der Analogberechnung (vgl. hierzu Anlage 5 der BZÄK). Die hierbei angesetzten Honorarhöhen erscheinen nicht überhöht.

3.3. Zusammenfassung

Die vorgelegten Gebührensätze sind schlüssig. Die Bemessung von Faktoren über 2,3 ist in der Rechnung – nicht bereits im HKP - schlüssig zu begründen. Honorarvereinbarungen sind vollends formgerecht auch von der Patientin zu unterschreiben und können hinsichtlich ihrer Angemessenheit erst nach erfolgter Behandlung sachverständig bewertet werden. Die Analogberechnung nach § 6,1 GOZ nicht in der GOZ oder dem für Zahnärzte geöffneten Teil der GOÄ enthaltener Leistungen erfolgt richtig und weitgehend angemessen. Material- und Laborkosten erscheinen angemessen im Sinne des § 9 GOZ.