

L 4 KA 45/14

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 606/13

Datum

07.05.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 45/14

Datum

17.09.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 7. Mai 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen sind nicht erstattungsfähig.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Monatsabrechnungen für Mai 2012 im Behandlungsfall der bei der C. BKK versicherten Frau D., geb. 1949 und hierbei um die Absetzung aller Leistungen im Wert von insgesamt 2.521,51 Euro.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Dr. Dr. A. ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt, die übrigen beiden Mitglieder sind Zahnärzte. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Dr. Dr. A. ist auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte bat die Klägerin unter Datum vom 12. Juni 2012 um die Einreichung verschiedener Unterlagen aufgrund der eingereichten KB-Abrechnung 5/2012 für den Behandlungsfall der Frau D.

Zu den Akten der Beklagten gelangten Röntgenaufnahmen vom 12. September 2012, ein auf den 18. Juni 2012 datierter Auszug aus der elektronisch geführten Patientenkartei bezüglich der KB-Behandlung für den Zeitraum 12. Mai 2012 bis 24. Mai 2012 sowie der OP-Bericht über die Operation am 15. Mai 2012.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 28. Juni 2012 die streitgegenständlichen Absetzungen vor. Zur Begründung führte sie aus, eine Abrechnung für den Behandlungsfall müsse sie wegen falscher Dokumentation ablehnen. OP-Gebiet und OP-Bericht stimmten nicht überein, die Zahnfilme stammten laut Beschriftung vom 12. September 2012, und das eine der OPG's vom 12. Mai 2012 stimme nicht mit den Befunden der beiden anderen überein und könne somit nicht von der Patientin stammen. Des Weiteren passe die Vielzahl der Nachbehandlungen und Hausbesuche nicht zum Behandlungsablauf.

Hiergegen legte die Klägerin am 26. Juli 2012 Widerspruch ein. Sie bat um konkrete Erläuterung, was die Klägerin unter "nicht passen" verstehe. Es treffe auch nicht zu, dass das OP-Gebiet und der OP-Bericht nicht übereinstimmten. Die Vestibulumplastik sei laut OP-Bericht in der Region 13 bis 23 durchgeführt worden. Gegenüber der Beklagten habe sie jedoch die Vestibulumplastik in der Region 12 bis 21 abgerechnet, d. h. in einer kleineren Region. Es habe nur die Möglichkeit zur Abrechnung in einer kleineren Region bestanden, denn nach einem Rundschreiben der Beklagten sei eine Vestibulumplastik im bezahlten Bereich nicht als Kassenleistung abrechenbar. Sie habe deshalb nur im nicht bezahlten Gebiet die Leistung abgerechnet, denn auch hier sei sie durchgeführt worden.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 30. Juni 2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie an, gemäß den vorliegenden Dokumentationen (Karteikartenauszug, OP-Bericht, Röntgendokumentation und Dokumentation des Zahnbefundes) handele es sich hier offensichtlich nicht um eine operative Versorgung eines Unfalles, sondern um eine geplante Implantatversorgung mit Augmentation eines Knochenspans bei Regio 13, 12 und 21. Eine Unfallversorgung mit gleichzeitiger Implantation sei fachlich unplausibel. Die vorliegende chirurgische Versorgung sei nicht im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung über die

gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen, sondern dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Sie merkte an, bei der Abrechnung sei die Nr. 03 (Zu) BEMA am 12. Mai 930x und am 19. Mai 2012 104x zum Ansatz gebracht worden. Die jeweilige Anzahl sei unplausibel, sie habe die Zuschläge auf je 1x gekürzt. Somit sei eine Punktedifferenz von 15.480 Punkten (13.774,05) zu der ermittelten Gesamtpunktzahl (17.338) entstanden.

Hiergegen hat die Klägerin am 28. November 2013 Klage beim Sozialgericht Marburg erhoben und vorgetragen, die Beklagte begründe nicht, weshalb es sich nicht um einen Unfall gehandelt habe oder weshalb eine Unfallversorgung mit gleichzeitiger Implantation unplausibel sei. Mit dem Vorwurf der Unplausibilität überschreite die Beklagte auch ihre Kompetenz, da Fragen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von den Prüfungsgremien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu prüfen seien. Im Übrigen sei in engem zeitlichen Zusammenhang mit der traumatologischen Versorgung eine Implantation im Oberkieferfrontzahnbereich erfolgt. Die Patientin sei gestürzt und habe sich mehrere Zähne im Bereich der Oberkieferfront ausgeschlagen und gleichzeitig eine Alveolarfortsatzfraktur zugezogen. Die Implantation sei nach Abschluss der traumatologischen Versorgung erfolgt. Ein längerer Zeitraum müsse dazwischen nicht liegen. Die Patientin habe mittlerweile auch eine prothetische Versorgung ihrer gut eingeeilten Implantate. Soweit die Beklagte selbst einräume, dass es sich um einen Unfall gehandelt habe, sei unverständlich, weshalb sie weiterhin von einer Implantatversorgung ausgehe. Ziff. B.VII.2 lit. a der Behandlungsrichtlinie sehe gerade für Unfälle eine Ausnahmeindikation vor. Zur Überprüfung des Splittingverbots bedürfe es nicht der Vorlage ihrer Dokumentation. Bei Operationen nach [§ 115b SGB V](#) handele es sich gerade nicht um stationäre Eingriffe. Die abgesetzten Besuche seien zur Durchführung der i.V.-Antibiose notwendig gewesen, da die Patientin die Praxis nicht habe aufsuchen können und unter erheblichen Schluckbeschwerden gelitten habe. Bei Operationen nach [§ 115b SGB V](#) handele es sich gerade nicht um stationäre Eingriffe. Ein Verstoß gegen das Splittingverbot liege dann nicht vor, wenn in einem Behandlungsfall ärztliche und zahnärztliche Leistungen erbracht würden, welche nicht dem jeweils anderen Versorgungsbereich zugeordnet werden könnten und daher dort nicht vergütet werden würden. Die durch den Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erbrachten Leistungen habe dieser in seiner Einzelpraxis erbracht und gegenüber der Beigeladenen abgerechnet. Diese hätten auch nicht bei der Beklagten abgerechnet werden können. Ihre zahnärztlichen Gesellschafter hätten die zahnärztlichen Leistungen erbracht.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 7. Mai 2014 hat die Klägerin klargestellt, dass die Absetzung der Nr. 03 BEMA auf je 1x am 19. Mai 2012 und 19. Mai 2012 nicht angefochten werde.

Die Beklagte hat vorgetragen, sie habe die Absetzungsentscheidungen auf der Grundlage der von der Klägerin vorgelegten Dokumentationen getroffen. Diese hätten ausschließlich (vertrags-)zahnärztliche Leistungen beinhaltet. Aufgrund des Vortrags der Klägerin habe sie auf Anfrage von der Beigeladenen die bei dieser eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten. Offenbar sei die Versicherte infolge eines Unfalls ohne Fremdschulden auf das Gesicht gestürzt. Hierbei sei es u.a. zu einer Zahnfraktur an den Zähnen 12 und 21 gekommen sowie zu einer Alveolarfortsatzfraktur im Oberkiefer. Dieser Sturz habe nicht nur chirurgische Maßnahmen im zahnärztlichen Bereich, sondern schwerpunktmäßig im ärztlichen Bereich an der Nase der Versicherten erforderlich gemacht. Es seien am Tag der Operation (15. Mai 2012) in beiden Bereichen Leistungen abgerechnet worden. Die Behandlung der Alveolarfortsatzfraktur sei im Zusammenhang mit der plastischen Rekonstruktion des Nasenseptums erfolgt. Hier habe der Schwerpunkt des operativen Geschehens gelegen. Die Absetzungen seien daher auch deshalb gerechtfertigt, weil ein Verstoß gegen das Splittingverbot vorliege. Es handele sich um einen einheitlichen Behandlungsfall mit dem Schwerpunkt auf der ärztlichen Behandlung (plastische Rekonstruktion des Nasenseptums). Mit der Abrechnung der Kieferbruchleistungen über sie sei gegen das Splittingverbot verstoßen worden, da alle Leistungen über die Beigeladene abzurechnen gewesen wären. Zudem habe die durchgeführte Augmentation im Zusammenhang mit einer geplanten Implantatversorgung gestanden, für die eine ausdrückliche Ausnahmegenehmigung nicht vorgelegen habe. Die Klägerin sei auch ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen. Bei den über die Beigeladene abgerechneten Leistungen nach Nr. 88115 und 98115 EBM handele es sich um ambulante Operationen im Krankenhaus nach [§ 115b SGB V](#). Dies deute darauf hin, dass es sich bei dem gesamten Eingriff um eine stationäre Versorgung gehandelt habe.

Mit Urteil vom 7. Mai 2014 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Bescheid vom 28. Juni 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2013 sei rechtmäßig. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Vergütung der abgesetzten Leistungen in gesetzlicher Höhe. Die Beklagte gehe zutreffend davon aus, dass die durchgeführte Augmentation im Zusammenhang mit einer geplanten Implantatversorgung gestanden habe, für die eine ausdrückliche Ausnahmegenehmigung nicht vorgelegen habe. Zudem sei sie wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt gewesen, die Absetzungen in dem strittigen Behandlungsfall vorzunehmen.

Die Beklagte gehe zutreffend davon aus, dass die durchgeführte Augmentation im Zusammenhang mit einer geplanten Implantatversorgung gestanden habe, für die eine ausdrückliche Ausnahmegenehmigung nicht vorgelegen habe. Insofern sei nicht streitig, dass eine Versorgung nach einem Unfall grundsätzlich möglich sei. Seitens der Klägerin sei nicht behauptet worden, die Genehmigung eingeholt zu haben. Auch sei eine Genehmigung nicht vorgelegt worden. Eine Genehmigung liege aber auch der Beklagten nicht vor. Von daher habe die Beklagte schon aus diesem Grund die Leistungen absetzen können. Die Beklagte sei ferner wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt gewesen, die Absetzungen in dem strittigen Behandlungsfall vorzunehmen. Die Kammer gehe davon aus, dass der gesamte Behandlungsfall über die Beigeladene abrechenbar gewesen wäre. Im Übrigen sei ihr nicht ersichtlich, dass die am selben Tag erfolgten operativen Eingriffe von verschiedenen Behandlern erbracht worden seien. Hierfür fehle es bereits an einem substantiierten Vortrag des Klägers. Die Kammer gehe davon aus, dass es sich insgesamt um eine MKG-chirurgische Leistung gehandelt habe. Sowohl bei der Operation der Nase als auch bei der Reposition des Knochens und der Fixation und Schienung handele es sich um typische Leistungen eines MKG-Chirurgen. Bei den übrigen Leistungen handele es sich um bloße Begleitleistungen. Die bei der KZV und bei der KV abgerechneten Leistungen hätten beide am 15. Mai 2012 stattgefunden. Es sei nicht erkennbar, warum es sich um zwei verschiedene Operationen gehandelt haben solle oder gar verschiedene Operateure die Operation durchgeführt haben sollten. Aufgrund der Operation der Nase komme nur eine Abrechnung über die KV in Betracht, wobei die Kammer davon ausgehe, dass die damit in Zusammenhang stehenden übrigen Leistungen auch über diese abrechenbar wären, wenn auch nicht durchweg als weitere Einzelleistungen.

Gegen das ihr am 19. Mai 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. Juni 2014 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt

Die Klägerin vertritt die Auffassung, ein Verstoß gegen das sog. Splittingverbot komme nicht in Betracht, da im Bereich der KB-Abrechnung ein Splittingverbot nicht bestehe, denn es liege kein einheitlicher Behandlungsfall vor, da KB-Abrechnungen nicht quartalsbezogen erfolgten. Das Splittingverbot gebe den doppelt zugelassenen MKG-Chirurgen auf, im "einheitlichen Behandlungsfall" – damit eindeutig im Quartal –

entweder nur gegenüber der KZV oder KV abrechnen dürfe, was sein grundsätzlich bestehendes Wahlrecht einschränke. Es könne sich aber nicht auf eine sich über mehrere Quartale erstreckende KB-Behandlung beziehen. Weder Wortlaut noch Sinn und Zweck von Nr. 3.1 EBM i. V. m. § 21 Abs. 1 BMV-Ä, § 9 Abs. 1 BMV-Z, § 14 Abs. 1 EKV-Z ließen eine Anwendbarkeit des Splittingverbots im Bereich der KB-Behandlung zu. Diese Auffassung würde auch von Beklagter und Beigeladener geteilt, die deshalb bei KB-Abrechnungen keine Kürzungen vornähmen. Die vom Sozialgericht vorgenommene Rechtfertigung der Honorarkürzung mit einem Verstoß gegen das Splittingverbot sei auch verfahrensfehlerhaft, weil der Behörde bei sachlich-rechnerischen Berichtigungen ein Ermessen zustehe.

Aus dem vorgelegten OP-Bericht ergebe sich, dass die traumatologische Behandlung durch den Zahnarzt X. während der Implantatversorgung durch den MKG-Chirurgen Dr. Dr. A. erfolgt sei, der zudem die rein ärztliche Behandlung des Nasenseptums im Rahmen einer ambulanten Operation nach [§ 115b SGB V](#) durchgeführt habe. Die Nasenoperation sei gegenüber der Beigeladenen abgerechnet worden, sie unterfalle nicht die vertragszahnärztliche Versorgung und sei daher nicht gegenüber der KZV abrechenbar. Die Anwendung des Splittingverbots würde dazu führen, dass die ärztlicherseits erbrachte Nasenoperation unvergütet bliebe. Die Behandlung der Nase falle nicht unter Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Hieran ändere auch die Öffnungsklausel in Ziff. 3 Allgemeine Bestimmungen BEMA nichts, da diese sich eindeutig nur auf "zahnärztliche Leistungen" beziehe, nur Leistungen betreffe, welche der vertragszahnärztlichen Versorgung zugeordnet werden könnten. Unter Vorlage von Schreiben der Beklagten vom 8. April 2014 und der AOK Hessen vom 10. April 2015 trägt sie weiter vor, dass die Beklagte selbst wie auch die Kostenträger die Abrechnung solcher Leistungen zulasten der vertragszahnärztlichen Versorgung verweigerten.

Unter Vorlage eines Schreibens der C. BKK vom 31. Mai 2012 trägt sie weiter vor, die Honorarkürzung sei auch nicht wegen einer fehlenden Genehmigung zur Implantatversorgung zu rechtfertigen. Es habe eine genehmigte KB-Behandlung vorgelegen; an dieser Genehmigung und der Abrechenbarkeit der hierunter fallenden Leistungen ändere sich nichts, wenn zusätzlich als Privatleistung eine Implantatversorgung erhalte. Dies betreffe auch nicht die streitgegenständlichen Ziffern. Nicht nachvollziehbar sei, wieso eine in gleicher Sitzung erfolgte Inserierung von Implantaten für einen solchen genehmigten KB-Plan schädlich sein solle. Die Patientin habe einen Unfall erlitten. In gleicher Sitzung sei zur Beschleunigung der implantatologischen Behandlung auf Wunsch der Patientin die Reposition der Alveolarsatzfraktur mit Fixation und gleichzeitig die Osteotomie der zerstörten Zähne erfolgt. Im zahnärztlichen Bereich würden häufig in gleicher Sitzung Kassen- und Privatleistungen erbracht, es sich nicht nachvollziehbar, warum dies dazu führen solle, dass die kassenzahnärztliche Leistungen nicht abrechenbar seien.

Die Honorarkürzungen stellten Eingriffe in die Grundrechte der Klägerin aus [Art. 3](#) und [12 GG](#) dar. Hilfsweise müsse das Splittingverbot dahingehend einschränkend auszulegen sein, dass es in den Fällen, in denen die Zusammenführung der Leistungen zu einem Versorgungsbereich nicht möglich sei, keine Anwendung finde.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 7. Mai 2014 und den Bescheid der Beklagten vom 28. Juni 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die abgesetzten Leistungen in gesetzlicher Höhe zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte nimmt Bezug auf die Begründung der angegriffenen Bescheide und macht sich die Ausführungen im Urteil des Sozialgerichts vollumfänglich zu eigen. Unter Vorlage des KB-Behandlungsplans vom 12. Mai 2015 (Bl. 130 der Gerichtsakte) trägt sie vor, die Absetzung der streitgegenständlichen Leistungen sei erfolgt, weil für die durchgeführte Behandlung mit Augmentation im Zusammenhang mit einer geplanten Implantatversorgung eine Ausnahmegenehmigung gefehlt habe, auf dem KB-Plan sei lediglich der Eingangsstempel der Krankenkasse erkennbar, nicht jedoch eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Die Krankenkasse sei bei der Antragstellung nicht darüber informiert worden, dass die Alveolarsatzfraktur im Oberkiefer-Frontbereich mit Implantaten versorgt werden würde. Die Operation am Alveolarfortsatz sowie die Inserierung der Implantate Regio 11 und 21 seien am 15. Mai 2015 durchgeführt worden, hierzu legt die Beklagte prächirurgische Röntgenaufnahmen vom 12. Mai 2012 und postchirurgische Röntgenaufnahmen vom 15. Mai 2015 in Kopie vor. Die Klägerin habe offenbar bewusst die abgerechneten zahnärztlichen Leistungen der Implantate Regio 21 und 11 verschwiegen, da es sich hierbei um außervertragliche Leistungen handele. Der Krankenkasse sei nicht angezeigt worden, dass Implantate und eine Nasenoperation geplant gewesen seien. Aus diesem Grund habe der vorgelegte KB-Plan nur die kassenzahnärztliche Alveolarsatzfraktur umfassen können. Aufgrund des einheitlichen Versorgungsauftrags habe die gesamte chirurgische Planung der Krankenkasse gegenüber angezeigt werden müssen und auch nur gegenüber einer Körperschaft abgerechnet werden dürfen. Insoweit liege auch ein Verstoß gegen das Splittingverbot vor. Im Übrigen seien die Implantatinserationen und die Nasen-Operation nur auf der postchirurgischen Röntgenaufnahme erkennbar und weder im OP-Protokoll noch in der Karteikartendokumentation dokumentiert. Es sei daher anzunehmen, dass die Krankenkasse bei Kenntnis des Umfangs der Maßnahme den KB-Plan nicht genehmigt hätte.

Das Splittingverbot sei auch im Bereich der Kieferbruchbehandlung anzuwenden. § 9 Abs. 1 BMV-Z und § 14 Abs. 1 EKV-Z seien nicht dahingehend zu verstehen, dass die Anwendung auf Behandlungen nach Teil 1 und Teil 3 des BEMA beschränkt sein solle. Vielmehr gehe es um die Bezugnahme auf das Quartalsprinzip als Regelfall. Das gegenteilige Verständnis der Klägerin führe zu Widersprüchen mit dem Tätigkeitsfeld des MKG-Chirurgen, eines der Haupttätigkeitsfelder des MKG-Chirurgen sei aber der Kieferbruch. Hier sei die Absetzung aber nicht wegen der Verletzung des Splittingverbots erfolgt. Der wirtschaftliche Schwerpunkt habe mit 2.521,51 Euro und 120,65 Euro im vertragszahnärztlichen Bereich gegenüber 628,27 Euro aus dem vertragsärztlichen Bereich gelegen. Sie gehe davon aus, dass die Beigeladene die Leistungen abgesetzt habe.

Unrichtig sei, dass Behandlungen der Nase grundsätzlich nicht unter Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen fielen und deshalb nicht über die KZV abrechenbar seien. Der Abschnitt J der GOÄ finde Anwendung, soweit der BEMA für zahnärztliche Leistungen keine vergleichbaren Leistungen enthalte. Zudem bestimme Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum BEMA zur Anwendung der GOÄ, dass zahnärztliche Leistungen, die nicht im BEMA enthalten seien, nach der GOÄ abgerechnet werden könnten. Die Ablehnung in den von der Klägerin vorgelegten Schreiben sei aus anderen Gründen erfolgt und Gegenstand eines weiteren Verfahrens.

Die Beigeladene stellt keine Anträge und schließt sich hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Rückabwicklung von Splittingfällen unter Berücksichtigung des Schwerpunktes der Abrechnung vollumfänglich den Ausführungen der Beklagten an.

Die Beteiligten sind mit gerichtlichem Schreiben vom 7. August 2018 zur Entscheidung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#) angehört worden. Die Klägerin hat einer Entscheidung im Beschlussswege unter Hinweis auf die lange Verfahrensdauer widersprochen.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Beigeladenen Bezug genommen, die Gegenstand der Beratung waren.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten ([§ 153 Abs. 4 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) durch Beschluss ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richterinnen und Richter entscheiden, weil der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält ([§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#)). Der Durchführung einer mündlichen Verhandlung bedarf es entgegen der Auffassung der Klägerin nicht allein wegen des bereits vier Jahre und fünf Monate anhängigen Berufungsverfahrens, da der Senat das Gesamtergebnis des Verfahrens zu würdigen hatte und die Beteiligten, insbesondere auch die anwaltlich vertretene Klägerin, hinreichend Gelegenheit hatten, sich zu den vorliegenden Beweismitteln, insbesondere der bereits seit dem Verwaltungsverfahren streitgegenständlichen Behandlungsdokumentation zu äußern. Maßgebliche neue Beweismittel sind nicht, und insbesondere nicht in erheblichem Umfang ins Berufungsverfahren eingeführt worden.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Die Klägerin hat die Berufung gegen das ihr am 19. Mai 2014 zugestellte Urteil des Sozialgerichts insbesondere fristgerecht am 20. Juni 2014 nach [§§ 151 Abs. 1, 64 Abs. 2](#) i. V. m. Abs. 3 SGG eingelegt, denn der 19. Juni 2014 war in Hessen gesetzlicher Feiertag (Fronleichnam).

Die Berufung ist allerdings nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage als unbegründet abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 28. Juni 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 5. November 2012 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Rechtsgrundlage für die von der Beklagten vorgenommenen sachlich-rechnerische Berichtigung ist [§ 106a Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Fassung (des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 ([BGBl I 2190](#)), a. F.), der nach [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch für Zahnärzte gilt. Danach prüfen die K(Z)ÄVen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Nach [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Teilsatz 1 SGB V](#) a. F. ist die Beklagte berechtigt und verpflichtet, die vom Vertragsarzt eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. richtigzustellen.

Die von der Beklagten mit dem streitgegenständlichen Verwaltungsakt vorgenommene Absetzung der streitgegenständlichen Leistungen zur Kieferbruchbehandlung im Behandlungsfall der Frau D. von der Abrechnung für Mai 2012 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Offen lassen kann der Senat, ob die sachlich-rechnerische Richtigstellung bereits deshalb rechtmäßig ist, weil es sich – wovon allerdings das Sozialgericht ausgegangen ist – um eine nicht genehmigte Implantatversorgung handelt, denn Senat ist nicht davon überzeugt, dass die abgerechneten Kieferbruchleistungen erbracht wurden.

Nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#)) ergeben sich Nachweis- und Dokumentationspflichten bezüglich der (vertrags-)ärztlichen bzw. (vertrags-)zahnärztlichen Leistungen für den behandelnden Arzt aus unterschiedlichen Gesichtspunkten und Perspektiven mit je unterschiedlichen Anforderungen. So erfordert die abstrakte Möglichkeit eines Arztwechsels oder einer Folgebehandlung durch einen anderen Arzt eine Dokumentation von Diagnose und ärztlicher Behandlung, die einen anderen Arzt in die Lage versetzt, die Behandlung fortzusetzen. Hierauf zielen entsprechende Berufs- und standespolitische Standards, sowie die Verpflichtung des Kassenzahnarztes, dem Vertrauensarzt auf Anforderung die diagnostischen Unterlagen bestimmter Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen (§ 16 Abs. 1 BMV Z). Gesichtspunkte der Haftung und des Regresses legen es dem behandelnden Arzt nahe, seine Behandlung so zu dokumentieren, dass er eine lege artis durchgeführte Behandlung nachweisen kann um einer Haftung oder auch nur einer Beweislastumkehr im Haftungsprozess entgehen zu können. Hierzu hat insbesondere der BGH entsprechende Grundsätze entwickelt, auf die die Beteiligten hingewiesen haben.

Hiervon zu unterscheiden sind die Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten des behandelnden Arztes im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung.

Nach § 5 des BMV-Z (Stand 1. Februar 2008) ist der Vertragszahnarzt verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, der Befund sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen (Abs. 1). Diese Aufzeichnungen sowie die diagnostischen Unterlagen bei kieferorthopädischen Behandlungen sind vom Vertragszahnarzt mindestens vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung (Abs. 2).

§ 7 des Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ) schreibt dem Vertragszahnarzt vor, die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die zahnärztlichen Aufzeichnungen und sonstigen Behandlungsunterlagen, Kiefermodelle, ggf. Fotografien, und bei kieferorthopädischen Maßnahmen HNO-Befund, dessen Einholung der Vertragszahnarzt bei Mundatmung veranlassen kann, sind vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind (Abs. 1). Die Aufzeichnungspflichten bezüglich der Röntgendiagnostik sind in § 28 der Röntgenverordnung geregelt.

Diese allgemeinen Nachweis- und Dokumentationspflichten werden konkretisiert durch Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten, die sich für den Vertrags(zahn)arzt aus dem vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungsrecht und dem allgemeinen Grundsatz ergeben, dass dieser im Rahmen seiner Abrechnung die Voraussetzungen der beanspruchten Gebührenpositionen unter

Beachtung des unmittelbar verpflichtenden Gebots der Wirtschaftlichkeit jedenfalls nach Beanstandungen und Nachfragen der Beklagten nachzuweisen hat. Dies gilt auch für die besonderen Leistungsvoraussetzungen von qualifizierten, d.h. aufwändigeren und daher höher dotierten Leistungspositionen. Es ist insoweit nicht ausreichend, dass der leistungserbringende Arzt nachweist, dass die Leistung erbracht wurde, der Nachweispflicht unterfällt auch, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d.h. die den höheren Aufwand für den Leistungserbringer bedingenden Umstände müssen ebenfalls nachgewiesen werden.

Selbstverständlich ist, dass ein ärztlicher Leistungserbringer nur Leistungen abrechnen darf, die er tatsächlich auch erbracht hat, andernfalls wäre der objektive Straftatbestand des Betruges (§ 263 StGB) erfüllt. Unzulässig und wohl auch strafrechtlich erheblich wäre auch die Abrechnung von Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind, wobei die Therapiefreiheit des Leistungserbringers zu wahren ist. Im Übrigen stellen sich die Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten der (Zahn-)Ärzte im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung als Obliegenheiten dar: Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und daher nicht abgerechnet werden können (Senatsurteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#); s.a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26. November 2014, Az.: [L 3 KA 70/12](#), in diesem Sinne begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen ärztlichen Maßnahme im Arzthaftungsrecht nach st.Rspr. des BGH (z. B. Urteil vom 11. November 2014 Az.: [VI ZR 76/13](#); vgl. nunmehr auch [§ 630h Abs. 3 BGB](#)) die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist).

Der Umfang der Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten bzw. -obliegenheiten im vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungsrecht bestimmt sich nach den jeweiligen Voraussetzungen der Gebührenpositionen sowie ggf. nach ergänzenden Vorschriften (zur Relevanz der Richtlinienvorgaben des G-BA für die Vergütung für Substitutionsbehandlungen s. BSG, Urteil vom 23. Juni 2010, [B 6 KA 12/09 R](#)). Die Leistung ist im Einzelfall hinsichtlich der (gebührenrechtlich) wesentlichen Umstände und den konkreten Behandlungsmaßnahmen (insbes. hinsichtlich des betroffenen Zahns, ggf. der Zeit) konkretisiert nachzuweisen (zur Nachweispflicht s. Ossege, in: Bechtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht 2015, [§ 106 SGB V](#), Rn. 13). Die Dokumentation einer (zahn)ärztlichen Behandlung hat auch zeitnah zu erfolgen, da mit zunehmender zeitlicher Distanz immer weniger gewährleistet ist, dass die Dokumentation auch der erfolgten Behandlung entspricht. Einem erst nach Jahren erstellten Operationsbericht kann daher der Beweiswert abgesprochen werden.

Dabei besteht nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats in Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung anders als in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mangels hinreichender Gründe keine (allgemeine) Präklusion des Tatsachenvortrags, der erst im Gerichtsverfahren erfolgt. Die (Zahn-)Ärzte sind daher mit neuem bzw. ergänzendem Sachvortrag im sozialgerichtlichen Verfahren gem. [§ 157 SGG](#) nicht ausgeschlossen (Senatsurteil vom 20. März 2013, Az.: [L 4 KA 60/10](#) und vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#)). Allerdings unterliegt ein erst im Gerichtsverfahren nachgetragener Vortrag bzw. nachgeschobene Beweismittel vor dem Hintergrund der vertrags(zahn)ärztlichen Verpflichtung zu einer zeitnahen Dokumentation und der Verpflichtung zur umfassenden Darlegung und Dokumentation der abgerechneten Leistungspositionen im (gestuften) Abrechnungsverfahren in der Gesamtwürdigung des Einzelfalls einer verstärkten Glaubwürdigkeitskontrolle (Senatsurteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#)).

Ausgehend von diesen Grundsätzen konnte sich der Senat anhand dem von der Klägerin als Behandlungsdokumentation vorgelegten auszugswisen Ausdruck der elektronisch geführten Patientenkartei vom 18. Juni 2012 (Bl. 15 bis 17 der Verwaltungsakte) bereits nicht davon überzeugen, dass die streitgegenständlichen Leistungen ordnungsgemäß erbracht wurden. Bereits eine Fraktur des Kiefers ist dem Auszug aus der Patientenkartei nicht zu entnehmen, weder ein präoperativer Befund der Zähne noch des Kiefers ist dokumentiert. Der abgedruckte Zahnstatus enthält insbesondere in regio 12 bis 13 und 21 bereits die Implantate und erfasst daher ersichtlich den Befund nach der streitgegenständlichen Operation. Auch im Text der Patientenkartei ist ein Befund nicht dokumentiert, die Eintragungen erschöpfen sich in Bezug auf die Leistungen zur Behandlung eines Kieferbruchs im engeren Sinne, hier die Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes nach Nr. 2686 GOÄ, die Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung nach Nr. 2688 GOÄ, auf die Angabe der Gebührenordnungsziffer und eine Kurzwiedergabe der Leistungsbeschreibung, z. B. "Ä2686 (Repos. zahntrag. Bruchstück Alveolarfortsatz)" und teilweise der Angabe, welche Kieferregion betroffen ist. Individuelle Angaben, die am ehesten einer (Kurz-)Dokumentation entsprechen, finden sich lediglich bei Begleitleistungen oder im Rahmen der Nachbehandlung in einem Klammervormerk "KZVIntern" und enthalten durchgängig keine Befundangaben zum Zustand von Kiefer oder Zähnen. Eine Dokumentation von Schäden am Kiefer und/oder den Zähnen, wie etwa Risse in der Gingiva, Blutungen, genaue Lokalisation und Größe der Frakturfragmente, Zahnlockerungsgrad, Zahnverlagerungen ist damit ebensowenig erfolgt wie die Dokumentation der Diagnostik (z. B. Vitalitätstest). Ebenso ist das von der Klägerin behauptete Unfallereignis nicht dokumentiert. Darüber hinaus finden sich Hinweise auf einen Kieferbruch lediglich im OP-Bericht vom 15. Mai 2012 (Bl. 18f der Verwaltungsakte), in dem von "dislozierten" Alveolarfortsatzanteilen, deren Reposition und Fixation, sowie der Extraktion frakturierter Zähne die Rede ist, ohne dass das der Bruch präzise befundet worden wäre. Schon eine Dokumentation der Lokalisation des Bruches ergibt sich nicht, lediglich der durch Infiltrationsanästhesie lokal anästhesierte Bereich, nämlich Region 13 bis 23, wird angegeben. Auch die Indikation für die Extraktion der Zähne lässt sich nicht nachvollziehen, bereits nicht dokumentiert ist, ob es sich um eine Spaltung, eine Absplitterung oder auch nur ein Riss handelt. Auch die Zusammenschau von Karteikartenauszug und OP-Bericht trägt nicht dazu bei, dass der Senat mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung überzeugt wäre, denn ohne genaue Angabe zur Lokalisation der von der Fraktur betroffenen Zähne und Kieferbereiche ist selbst eine widersprüchliche Abrechnung nicht auszuschließen. Es kann nicht sicher beurteilt werden, ob die erfolgte Abrechnung der Nr. 2686 GOÄ (Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes), die weder in der Abrechnung noch in dem Karteikartenausdruck oder dem OP-Bericht einer bestimmten Zahnregion zugeordnet ist, und die Abrechnung der GOÄ 2688 (Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur) in regio 12 - 21 dieselbe Lokalisation betrifft; in diesem Fall wäre nicht ersichtlich, warum eine nicht dislozierte Fraktur reponiert werden musste. Dabei lässt der Senat nicht außer Acht, dass auch weitere Interpretationen der vorhandenen Unterlagen denkbar wären, etwa, dass bei gleicher Lokalisation nach der Reposition die nicht mehr dislozierte Kieferfraktur fixiert wurde oder dass der Kiefer an mehreren Stellen gebrochen war, woraus aber letztlich nur folgt, dass die vorgelegten Unterlagen den vorgenannten Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation nicht entsprechen und damit zum Nachweis der Leistungserbringung nicht geeignet sind.

Darüber hinaus ist bereits der Ansatz der Nr. 2686 GOÄ im Rahmen einer operativen Repositionierung nicht nachvollziehbar, da diese Gebührenordnungsnummer der einfachsten Methode, nämlich der manuellen Reposition, also der Wiedereinrichtung der Fraktur durch manuellen Zug oder Druck an den Fragmenten entspricht. Die operative Reposition und Fixation bei Bruch im Oberkieferbereich ist indessen

nach Nr. 2692 GOÄ (Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich – gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch –, je Kieferhälfte) abrechenbar (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zur BEMA und GOZ, 117. Lieferung Stand: Dezember 2017 zu Nrn. 2685, 2686 und 2687, Anm. 1.2, 2.3).

Nachdem sich der Senat nicht von der ordnungsgemäßen Erbringung der Hauptleistung nicht mit der erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit überzeugen konnte, durften auch die abgerechneten, mit der Hauptleistung in Zusammenhang stehenden Neben- und Folgeleistungen, wie das Anbringen der Verbandsplatte, die Nachbehandlung, die Antibiose und die Schmerztherapie sowie auch die Besuchsleistungen abgesetzt werden, zumal zweifelhaft erscheint, ob die Häufigkeit und die Intensität der postoperativen Behandlung ihren Grund allein in der Kieferbruchbehandlung und nicht etwa in der zeitgleich ausgeführten und nicht genehmigten implantologischen Leistungen bzw. in der über die Beigeladene abgerechnete Nasenoperation und Vestibulumplastik lagen.

Weiterhin liegt auch ein Verstoß gegen das sog. Splittingverbot vor.

Nach Nr. 6.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä in der ab dem 1. April 2005 gültigen Fassung dürfen Vertragsärzte, die auch als Vertragszahnärzte gemäß [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) an der Versorgung teilnehmen, die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die KÄV oder nur über die KZÄV abrechnen. Die Berechnung einzelner Leistungen über die KZÄV schließt die Berechnung weiterer Leistungen über die KÄV aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalles in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig. Eine entsprechende, fast wortgleiche Vorschrift findet sich in Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z). Danach dürfen Vertragszahnärzte, die auch als Vertragsärzte gemäß [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) an der Versorgung teilnehmen, die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die KZÄV oder nur über die KÄV abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die KÄV schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die KZÄV aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig. Danach ist die Aufspaltung der Abrechnung von Leistungen in einem Behandlungsfall ausgeschlossen. Dieses Verbot erfasst alle in einem Behandlungsfall erbrachten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen.

Jedenfalls für den Bereich konservierend-chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen und der kieferorthopädischen Leistungen ist in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geklärt, dass in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführte Leistungen nicht teilweise gegenüber der KÄV und teilweise gegenüber der KZÄV abgerechnet werden dürfen (BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 – [B 6 KA 16/15 R](#) –, juris Rn. 24; vgl. hierzu auch Senatsurteil vom 25. Februar 2015 [L 4 KA 30/14](#)), wobei sich der einheitliche Behandlungsfall dadurch auszeichnet, dass dieselbe Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse eine Behandlung vornimmt (BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 – [B 6 KA 16/15 R](#) –, SozR 4-5532 Allg Nr. 2, Rn. 25).

Nach Auffassung des Senats ist das sog. "Splittingverbot" auch auf die – nicht kalendervierteljährlich – abzurechnenden Leistungen der Kieferbruchbehandlung anwendbar, dies jedenfalls dann, wenn – wie hier mit der streitgegenständlichen Operation – eine einheitliche Behandlung stattgefunden hat. Denn eine Einschränkung des Begriffs des Behandlungsfalls durch das Quartalsprinzip ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 – [B 6 KA 16/15 R](#) –, SozR 4-5532 Allg Nr. 2, Rn. 24) nicht gegeben. Das Bundessozialgericht (a.a.O.) hat hierzu ausgeführt:

"Der EBM-Ä verweist in Nr. 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen für den Begriff des "Behandlungsfalles" auf die Definition in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Da EBM-Ä und Bema-Z nach den gesetzlichen Vorgaben "als Bestandteil der Bundesmantelverträge" ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) vereinbart werden, kann generell auf die dort verwendeten Definitionen zurückgegriffen werden, für den vertragsärztlichen Bereich auf § 21 Abs. 1 Satz 1 und 2 BMV-Ä/§ 25 Abs. 1 Satz 1 und 2 Ersatzkassenvertrag-Ärzte (EKV-Ä), für den zahnärztlichen Bereich auf § 9 Abs. 1 des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte (BMV-Z) bzw. § 14 Abs. 1 Nr. 1 des Ersatzkassenvertrags-Zahnärzte (EKV-Z). Nach § 21 Abs. 1 Satz 1 und 2 BMV-Ä/§ 25 Abs. 1 Satz 1 und 2 EKV-Ä gilt die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, BAG, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung jeweils als Behandlungsfall. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit in derselben Arztpraxis behandelt wird. Entsprechend bestimmt § 9 Abs. 1 BMV-Z, dass Behandlungsfall im Sinne dieses Vertrages bei Leistungen nach den Teilen 1 und 3 des Bewertungsmaßstabes (Anlage A) die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung ist. Damit werden konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen (Teil 1) und Kieferorthopädische Leistungen (Teil 3) vertragszahnarztrechtlich zu einem Behandlungsfall zusammengefasst, hiervon ausgeschlossen werden lediglich die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels (Teil 2), die systematische Behandlung von Parodontopathien (Teil 4) und die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Teil 5). Nach § 14 Abs. 1 Nr. 1 EKV-Z ist Behandlungsfall im Sinne des Vertrages bei Leistungen nach dem Bema-Z Teil 1 die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung. Soweit § 9 Abs. 1 BMV-Z und § 14 Abs. 1 EKV-Z sich nur auf einzelne Teile des Bema-Z beziehen, wird damit für die genannten Leistungen das Quartalsprinzip statuiert. Eine Einschränkung des Begriffs des Behandlungsfalles lässt sich daraus nicht herleiten. Es soll vielmehr in dem hier relevanten Bereich des Teils 2 Bema-Z auf den Behandlungsfall im zahnmedizinischen Sinn abzustellen sein, der nur einheitlich abgerechnet werden darf (vgl. Liebold/Raff/Wissing, Bema-Z, Stand Juni 2015, zu Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen, S 16/1)."

Ein Behandlungsfall im zahnmedizinischen Sinne liegt vorliegend schon deshalb vor, weil die gegenüber der Beklagten einerseits und der Beigeladenen andererseits abgerechneten Leistungen Bestandteil der streitgegenständlichen Operation am 15. Mai 2012 waren, bei der nach dem eigenen Vortrag der Klägerin sowohl eine Nasenoperation, eine Kieferbruchoperation und die Implantatversorgung stattgefunden habe. Bei natürlicher Betrachtungsweise handelt es sich wegen des räumlichen und zeitlichen Zusammenhangs der Leistungserbringung im Rahmen einer einzigen Operation zwanglos um einen einheitlichen Behandlungsfall, der auch dem Splittingverbot unterliegen muss. Denn auch Sinn und Zweck des Splittingverbots, den Selbstverwaltungskörperschaften eine effektive Prüfung nach [§ 106, 106a SGB V](#) zu ermöglichen, entspricht es, den einheitlichen Behandlungsvorgang innerhalb einer Operation nicht je nach Behandlungsschritt ärztlich oder zahnärztlich zu Abrechnung bringen zu können.

Die Kostengrundsentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-03-21