

S 12 KA 647/11

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 647/11

Datum

22.02.2012

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 16/12 R

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein MKG-Chirurg mit Anerkennung als - ärztlicher - Belegarzt, der zugleich als Zahnarzt zugelassen ist, jedoch keine belegzahnärztliche Anerkennung besitzt, ist mangels Erstreckung seines ambulanten zahnärztlichen Teilnahmestatus in den stationären Sektor zur unmittelbaren zahnärztlichen Leistungserbringung nicht befugt ist (Anschluss an LSG Bayern v. 05.03.2008 - [L 12 KA 5008/06](#) - juris Rn. 33 - Breith 2008, 457).

Bemerkung

verb. m. [S 12 KA 648/11](#) und 728/11/Sprungrevision zugelassen

1. Die Klagen werden abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Die Sprungrevision zum Bundessozialgericht wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung verschiedener Abrechnungen in mehreren Behandlungsfällen wegen der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen von Belegpatienten.

Der Kläger ist als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist zugleich Zahnarzt und Oralchirurg und zur vertragzahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. In seinem Status als Vertragsarzt ist er durch die KV Hessen als Belegarzt anerkannt worden und behandelt am WC.-Krankenhaus A-Stadt Belegpatienten.

Die beklagte KZV Hessen lehnte unter Datum vom 09.05.2011 die KB-Abrechnung 04/2011 in den Fällen PA. sowie PB. ab, weil im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung keine zahnärztlichen Leistungen als Vertragsleistung über sie abgerechnet werden könnten. Sie führte ein Urteil des LSG Bayern vom 05.03.2008, Az. [L 12 KA 5008/06](#), zur Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch Belegärzte an. Sie bitte daher, die Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen.

Hiergegen legte der Kläger am 20.05.2011 Widerspruch ein und übersandte die Behandlungsfälle der KB-Abrechnung 04/2011 erneut an die Beklagte mit der Aufforderung, die zuvor von den Krankenkassen schriftlich genehmigten, stationär zahnärztlich-chirurgisch erbrachten Leistungen abzurechnen. Es gehe nicht an, dass solche Leistungen plötzlich nicht mehr über die Beklagte abrechenbar sein sollten. Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen erfolge bei ihm über die Beklagte. Weder für das Bundesland Hessen noch bundesweit existiere ein richterliches Urteil wie das des LSG Bayern vom 05.03.2008.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 22.08.2011 den Widerspruch als zulässig, aber unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass es sich um stationäre und außerdem in Narkose durchgeführte chirurgische Behandlungsfälle gehandelt habe. Jedoch könne der Kläger im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung keine zahnärztlichen Leistungen gegenüber der Beklagten abrechnen. Zwar verfüge der Kläger als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowohl über eine vertragsärztliche als auch eine vertragzahnärztliche Zulassung. Insoweit könne er für bestimmte chirurgische Leistungen wählen, ob er die Abrechnung dieser Leistungen über die Kassenärztliche oder die Kassenzahnärztliche Vereinigung durchführt. Dieses Wahlrecht bestehe jedoch im Rahmen der belegärztlichen Sachleistungserbringungspflicht nicht. Die Anerkennung als Belegarzt erfolge durch die Kassenärztliche Vereinigung, jedoch

existiere kein vergleichbares Verfahren etwa für belegzahnärztliche Tätigkeiten durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Die Belegarztanerkennung beinhalte die vertragsärztliche Sachleistungserbringungspflicht für die belegärztliche Tätigkeit, sodass der Kläger mit Verweis auf das Urteil des LSG Bayern verpflichtet sei, seine fachärztlichen Leistungen als Belegarzt, vertragsärztlich abzurechnen. Hiervon seien auch chirurgische Leistungen umfasst, die bei ambulanter Behandlung zum vertragszahnärztlichen Leistungsspektrum zählten. Hieran änderten die Kostenübernahmeerklärungen der Krankenkassen im Rahmen des vertragszahnärztlichen Genehmigungsverfahrens nichts, da sie lediglich das Leistungsrecht betrafen und nicht das der Abrechnung zuzurechnende Leistungserbringerrecht. Zudem hätte der Kläger das Genehmigungsformular nicht verwenden dürfen, da die Behandlungsfälle nicht der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung zuzurechnen seien. Schließlich habe sie auch mit Schreiben vom 28.01.2010 die zugelassenen MKG-Chirurgen über das Urteil des LSG Bayern informiert und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Rahmen der belegärztlichen Behandlung keine zahnärztlichen Leistungen als Vertragsleistung über sie abgerechnet werden könnten. Der Hinweis des Klägers auf die GOÄ-65 sei schon deshalb nicht nachvollziehbar, da diese außer Kraft sei. Die in der Abrechnungsmappe aufgeführten Leistungen aus der GOÄ-82 seien ausschließlich im Rahmen vertragszahnärztlicher ambulanter Leistungserbringung anzuwenden.

Hiergegen hat der Kläger am 15.09.2011 Klage zum Az.: [S 12 KA 728/11](#) erhoben.

Die Beklagte berichtigte ferner mit Bescheiden vom 15.04.2011 die KCH-Abrechnung I/2011 in drei weiteren Behandlungsfällen im Umfang von 2.861,86 EUR und die KB-Abrechnung 03/2011 in drei weiteren Behandlungsfällen im Umfang von 3.528,19 EUR, wogegen der Kläger am 18.04.2011 Widersprüche einlegte, die die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21.07.2011 und 12.07.2011 aus den gleichen Gründen zurückwies.

Hiergegen hat der Kläger am 08.08.2011 Klage zum Az.: [S 12 KA 647/11](#) und Az.: [S 12 KA 648/11](#) erhoben.

Er ist weiterhin der Ansicht, dass die zur Abrechnung gegenüber der Beklagten angebrachten Kieferbruch-Behandlungsfälle nur über diese abzurechnen seien. Dies sei mit der Beklagten abgestimmt und von den Krankenkassen auch gewünscht gewesen. Das von der Beklagten erwähnte Schreiben vom 28.01.2010 habe er nicht erhalten. Die Beklagte habe am 28.11.2003 eine Gebührenordnung herausgegeben, aus der sich die Abrechenbarkeit der erbrachten zahnärztlichen Leistungen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen insbesondere aus Zusatz-Gebührensätzen aus der GOÄ ergebe. Die Beklagte sei zwar der Ansicht, dass Narkoseleistungen ausschließlich über die KV Hessen abzurechnen seien, jedoch stehe dies mit der herausgegebenen Gebührenordnung der Beklagten nicht in Einklang. Weiterhin sei die Gebührenordnung von der Beklagten weder erneuert noch zurückgenommen worden und besitze somit bis heute Gültigkeit. Auch lägen für die Kieferbrucheingriffe jeweils Kostentragungsgenehmigungen der Krankenkassen vor, auf denen der stationäre Aufenthalt bereits ersichtlich gewesen sei. Hieraus ergebe sich der ausdrückliche Wille der Krankenkassen, diese Leistungen auch zu vergüten. Auch das zur Zeit gültige Kieferbruch-Vordruckformular für Vertragszahnärzte weise die Möglichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung aus. Die in einem Parallelverfahren mit Schreiben vom 15.04.2011 durch die Beklagte ergangene Mitteilung, dass rückwirkend ab Januar 2011 keine stationär zahnärztlichen chirurgischen Leistungen mehr abrechenbar seien, sei aufgrund der Rückwirkung unzulässig. Die Beklagte berufe sich fälschlicherweise auf ein Urteil des LSG Bayern vom 05.08.2008, in welchem eine Doppelabrechnung sowohl gegenüber der KV Bayern als auch der KZV Bayern vorgelegen habe. Der Belegzahnarzt sei zwar im SGB V nicht ausdrücklich vorgesehen, die besondere Stellung der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sei jedoch vom Gesetzgeber schon hinsichtlich der Doppelzulassung zu erkennen und auch bei der Abrechnung zu berücksichtigen. Schließlich habe die Beklagte mit ihrer jahrelang praktizierten Abrechnungstechnik in Bezug auf stationär erbrachte Leistungen ohne wirksamen Widerruf einen Vertrauenstatbestand geschaffen, der sie im streitgegenständlichen Quartal verpflichte, die angeforderten Honorare für Kieferbruch bzw. kieferorthopädisch chirurgische Leistungen und stationär erbrachte zahnärztlich chirurgisch erbrachte Leistungen zu vergüten.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid vom 09.05.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.08.2011, den Bescheid vom 15.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.07.2011 und den Bescheid vom 15.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.07.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die abgerechneten Leistungen in gesetzlichem Umfang festzusetzen, hilfsweise,
die Honoraransprüche des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klagen abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zu ihren Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid vor, mit Schreiben vom 28.01.2010 habe sie das Urteil des LSG Bayern zum 01.01.2011 umgesetzt und vergüte keine belegärztlichen Leistungen mehr. Sie empfehle die Abrechnung dieser Leistungen gegenüber der KV. Die Belegarztregelungen beschränkten sich ausschließlich auf die belegärztliche Leistungserbringung. Die von ihr eingeholte Stellungnahme der KZBV bestätige dies. Gesetzliche Grundlage sei § 18 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG sowie [§ 121 Abs. 2 SGB V](#). Umgesetzt würden diese Regelungen in §§ 39 und 40 BMV-Ä. Im zahnärztlichen Bereich fehlten solche Vorschriften.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klagen sind zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klagen sind aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 09.05.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.08.2011, der Bescheid vom 15.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.07.2011 und der Bescheid vom 15.04.2011 in

der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.07.2011 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Die Beklagte war nicht zu verpflichten, die abgerechneten Leistungen in gesetzlichem Umfang festzusetzen oder die Honoraranprüche des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klagen waren im Haupt und Hilfsantrag abzuweisen.

Die Beklagte war zuständig für die sachlich-rechnerischen Berichtigungen.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags(zahn)ärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliegt deshalb nach [§ 19 BMV-Z/§ 17 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 - [6 RKA 30/94](#) - [SozR 3-5525 § 32 Nr. 1](#) = [NZS 1996, 134](#) = Breith 1996, 280 = USK 95120, juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 5](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - [SozR 4 2500 § 85 Nr. 11](#) = [BSGE 93, 69](#) = [SGB 2004, 474](#) = [GesR 2004, 522](#) = [MedR 2005, 52](#) = [NZS 2005, 549](#), juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 13.05.1998 - [B 6 KA 34/97 R](#) - [SozR 3 5555 § 10 Nr. 1](#) = USK 98155, juris Rdnr. 13).

Die Beklagte hat zu Recht die strittigen Behandlungsfälle von einer Vergütung ausgeschlossen.

Bei allen berichtigten Behandlungsfällen handelte es sich um zahnärztliche Leistungen, die im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit erbracht worden sind. Es besteht aber gegenüber der Beklagten kein Vergütungsanspruch, weil im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit erbrachte Leistungen nicht gegenüber der Beklagten abgerechnet werden können.

Mit der Zulassung als Zahnarzt nach [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) besteht nur die Möglichkeit, an der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung teilzunehmen. Das SGB V geht grundsätzlich von der Trennung der ambulanten und stationären Versorgung aus, so dass die für einen der beiden Leistungssektoren zugelassenen Leistungserbringer nur Leistungen innerhalb ihres Leistungssektors erbringen dürfen. Tätigkeiten in einem anderen Leistungssektor sind daher nur zulässig, wenn dies rechtlich vorgesehen ist. Eine solche Ausnahme stellt die belegärztliche Tätigkeit dar.

Das Belegarztwesen ist nur vereinzelt im SGB V geregelt. [§ 121 Abs. 2 SGB V](#) definiert Belegärzte als nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. [§ 73 Abs. 6 SGB V](#) bezieht die belegärztliche Behandlung ausdrücklich in die vertragsärztliche Versorgung ein. Der durch das 2. GKV-NOG eingefügte und bisher unveränderte [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) berücksichtigt die Interessen der Krankenhäuser mit Belegärzten und ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen deren Zulassung – was Voraussetzung für eine belegärztliche Tätigkeit ist – trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen. Das BVerfG hatte zuvor auf entsprechende Auslegungsmöglichkeiten der Bestimmungen zur Sonderbedarfszulassung hingewiesen (vgl. BVerfG (Kammer) v. 08.10.1996 - [1 BvL 3/95](#) - juris Rn. 12 - [NJW 1997, 792](#) = [MedR 1997, 77](#)). [§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) erklärt die Förderung des Belegarztwesens zum Vertragsinhalt der von den Gesamtvertragspartnern mit den Vereinigungen der Krankenhausträger zu schließenden gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. [§ 121 Abs. 1 SGB V](#) regelt ergänzend die Förderung des Belegarztwesens. [§ 121 Abs. 3 bis 5 SGB V](#) enthält Regelungen zur Vergütung. [§ 18 Abs. 1 Satz 1 KHEntG](#) übernimmt die Definition nach [§ 121 Abs. 2 SGB V](#) und definiert in Satz 2 weiter als Leistungen des Belegarztes seine persönlichen Leistungen (Nr. 1), den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten (Nr. 2), die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden (Nr. 3) und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (Nr. 4). [§ 18 Abs. 2 und 3 KHEntG](#) regeln die Krankenhausvergütung für Belegbetten. [§§ 38 bis 41 BMV-Ä/§§ 30 bis 33 EKV-Ä](#) regeln den Inhalt der belegärztlichen Tätigkeit, Voraussetzungen der Anerkennung als Belegarzt und Fragen der Abrechnung und Vergütung. [§ 1a Nr. 10 BMV-Ä/EKV-Ä](#) verweist auf die Definition nach dem SGB V, [§§ 1a Nr. 21 und 15a Abs. 1 Satz 7 BMV-Ä/EKV-Ä](#) bestimmt als Betriebsstätte des Belegarztes auch das Krankenhaus, [§ 2 Abs. 2 Nr. 1 und § 3 Abs. 2 Nr. 7 BMV-Ä/EKV-Ä](#) bezieht ebf. die belegärztlichen Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung ein.

Ob die Regelungen des SGB V analog auf die zahnärztliche Versorgung anwendbar sind ([§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), ist fraglich. Die Bundesmantelverträge der Zahnärzte sehen eine belegzahnärztliche Tätigkeit jedenfalls nicht vor. Lediglich [§ 2 Abs. 2 Buchst. b BMV Z](#) rechnet für den Primärkassenbereich zur vertragszahnärztlichen Behandlung auch die stationäre vertragszahnärztliche Behandlung gem. [§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Voraussetzung dürfte aber in jedem Fall eine entsprechende Vorgabe im Krankenhausplan oder ein vertraglich vereinbarter Versorgungsauftrag sein (vgl. [§ 108 Nr. 2](#) und [3 SGB V](#)). Diese Frage kann aber letztlich dahinstehen, da jedenfalls für eine belegzahnärztliche Tätigkeit eine sozialrechtliche Anerkennung Voraussetzung ist.

[§ 121 Abs. 2 SGB V](#) definiert als Belegärzte nur die nicht am Krankenhaus angestellten Vertragsärzte, die "berechtigt" sind, ihre Patienten im Krankenhaus stationär zu behandeln. Aus dieser Definition folgt, dass eine Berechtigung vorliegen muss. Diese kann nicht nur zivilrechtlich i. S. eines Belegarztvertrages verstanden werden, sondern setzt wegen des Ausnahmecharakters der Belegarztstätigkeit eine sozialrechtliche Anerkennung voraus. Das Verfahren zur Anerkennung als Belegarzt dient der Gewährleistung der Eignung des Belegarztes und des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Tätigkeit (vgl. BSG v. 02.09.2009 - [B 6 KA 27/08 R](#) - juris Rn. 48 = [SozR 4 2500 § 103 Nr. 5](#) = [ZMGR 2010, 168](#) = USK 2009-105 = KH 2010, 340 = KHR 2010, 52). Von daher ist LSG Bayern zuzustimmen, dass ein MKG-Chirurg mit Anerkennung als - ärztlicher - Belegarzt, der zugleich als Zahnarzt zugelassen ist, jedoch keine belegzahnärztliche Anerkennung besitzt, mangels Erstreckung seines ambulanten zahnärztlichen Teilnahmestatus in den stationären Sektor zur unmittelbaren zahnärztlichen Leistungserbringung nicht befugt ist (vgl. LSG Bayern v. 05.03.2008 [L 12 KA 5008/06](#) - juris Rn. 33 - Breith 2008, 457).

Soweit das SGB V keine zwingenden Vorgaben für eine vertragszahnärztliche Tätigkeit macht, könnte sich die Befugnis der

Bundesmantelvertragsparteien ergeben, hierüber selbst zu entscheiden, d. h. ein vertragszahnärztliche Belegarztwesen vorzusehen oder eben nicht vorzusehen und demzufolge auf ein Anerkennungsverfahren zu verzichten. Der Gesetzgeber des [§ 121 SGB V](#) geht jedenfalls mit seiner Definition des Belegarztes vom Modell des vertragsärztlichen Anerkennungsverfahrens aus, wenn er ausdrücklich auf die Berechtigung zur Belegarztstätigkeit abstellt. Das Bundessozialgericht geht auch bei MKG-Chirurgen, die gleichzeitig über eine vertragszahn- und vertragsärztliche Zulassung verfügen, davon aus, dass diese nur einen Versorgungsauftrag haben, allerdings mit der Besonderheit, dass sie infolge der Mitgliedschaft in der KV und KZV über zwei - freilich inhaltlich verbundene - Zulassungen verfügen (vgl. BSG v. 09.02.2011 - [B 6 KA 44/10 B](#) - juris Rn. 11). Die Zulassung für beide Versorgungsgebiete folgt aus dem Schutz der Berufsfreiheit ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)), der sich auf jede berufliche Betätigung erstreckt, auch auf die Betätigung in einem zweiten Beruf (vgl. BSG v. 17.11.1999 - [B 6 KA 15/99 R](#) - juris Rn. 19 - [BSGE 85, 145](#) = [SozR 3-5525 § 20 Nr. 1](#)). Ein MKG-Chirurg, der aber über keine zahnärztliche Approbation verfügt, darf im Rahmen seines Fachgebietes bereits berufsrechtlich keine zahnärztlichen Leistungen erbringen (vgl. BVerwG v. 25.08.2010 - [3 B 31/10](#) - juris Rn. 5; die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde hat BVerfG v. 26.10.2010 - [1 BvR 2528/10](#) - nicht zur Entscheidung angenommen). Aus der vertragsärztlichen Zulassung als MKG-Chirurg folgt daher nicht zwingend ein Anspruch auf belegzahnärztliche Anerkennung. Die sog. Doppelzulassung als MKG-Chirurg und Zahnarzt folgt allein aus dem Umstand einer doppelten Approbation. Soweit man eine belegärztliche Tätigkeit auch zum Berufsbild des MKG-Chirurgen rechnet - so gab es im Jahr 2009 allerdings nur 212 Genehmigungen als Belegarzt (vgl. KBV, Grunddaten 2010 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, Tab. I.22, [www.kbv.de](#)) bei über 1.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende MKG-Chirurgen (für 2008: 1.087, vgl. KBV, Grunddaten 2009 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland) -, so genügt der verfassungsrechtlichen Gewährleistung jedenfalls die Möglichkeit, eine vertragsarztrechtliche Anerkennung als Belegarzt zu erhalten. Soweit die zahnärztliche Tätigkeit betroffen ist, ist der MKG-Chirurg nicht weiter geschützt als die übrigen Zahnärzte. Zum zahnärztlichen Berufsbild gehört aber gerade nicht die stationäre bzw. belegärztliche Tätigkeit. Mit der Anerkennung als Belegarzt für den vertragsärztlichen Bereich hat der MKG-Chirurg für fast alle Behandlungsfälle die Möglichkeit, diese im Rahmen der vertragsrechtlichen Versorgung abzurechnen. Insofern hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, strittig sei nicht die belegärztliche Tätigkeit, sondern das im ambulanten Bereich bestehende Abrechnungswahlrecht. Die in der mündlichen Verhandlung erörterten verbliebenen Behandlungsfälle, in denen ausschließlich zahnärztliche Leistungen stationär erbracht werden müssen, dürften zahlenmäßig in äußerst geringem Umfang anfallen. Eine Versorgungslücke für die Versicherten besteht aber insofern nicht, als eine Behandlung in zahnärztlichen Universitätskliniken möglich ist.

Soweit auf Probleme bei der Weiterbildung von Oralchirurgen verwiesen wurde, müssen diese, soweit sie tatsächlich bestehen sollten, weiterbildungsrechtlich oder ggf. über entsprechende Ermächtigungen gelöst werden.

Von daher ist bereits zweifelhaft, ob ein Anspruch auf Anerkennung als zahnärztlicher Belegarzt besteht. Jedenfalls folgt aber aus einem fehlenden Anerkennungsverfahren nicht, dass eine stationäre Tätigkeit als Zahnarzt zulässig ist. Auch im ambulanten Bereich folgt die Zulässigkeit einer Abrechnung zahnärztlicher Leistungen eines MKG-Chirurgen ausschließlich aus seinem vertragszahnärztlichen Zulassungsstatus. Die Erbringung stationärer zahnärztlicher Leistungen bedarf daher der vorherigen Anerkennung als Belegarzt.

Aus der Vergütungsfähigkeit bestimmter, nach dem Vorbringen der Klägerseite nur stationär erbringbarer Leistungen kann nicht auf die Zulässigkeit der stationären Leistungserbringung Rückschluss gezogen werden. Dies steht nicht in der Kompetenz des Bewertungsausschusses. Auch ersetzt dies nicht die notwendige Berechtigung. Gleichfalls bezieht sich eine evtl. erteilte Genehmigung der Krankenkasse nicht auf die stationäre Leistungserbringung. Von daher kann hieraus kein Vertrauensschutz folgen. Zudem hat die Beklagte ihre veränderte Abrechnungsprüfung nach der Entscheidung des LSG Bayern angekündigt und eine Übergangsfrist eingeräumt.

Nach allem waren die Klagen im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-07-18