

S 12 KA 609/13

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 609/13

Datum

02.04.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 30/14

Datum

25.02.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 16/15 R

Datum

04.05.2016

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Kassenärztliche Vereinigung ist bei einem Verstoß gegen das sog. Splittingverbot berechtigt, alle vertragsärztlich abgerechneten Leistungen abzusetzen. Es liegt ein einheitlicher Behandlungsfall bei allen Leistungen einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem MKG-Chirurgen für einen Patienten vor, unabhängig davon, ob sie von der Berufsausübungsgemeinschaft bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder vom MKG-Chirurgen separat bei der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

1. Die Klage wird 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 der Honorarabrechnung für 292 Behandlungsfälle im Quartal III/09 und für 288 Behandlungsfälle im Quartal IV/09 wegen des sog. Splittingverbots in Höhe von insgesamt 35.344,76 Euro bzw. 32.302,24 Euro, insgesamt in Höhe von 67.647,00 Euro.

Der Kläger ist Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt. Er ist als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist zugleich zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen und führt mit zwei zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten eine Berufsausübungsgemeinschaft.

Die beigeladene Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KZVH) nahm mit Bescheid vom 21.03.2013 für das Quartal III/09 eine sachlich-rechnerische Berichtigung gegenüber der Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers vor. Sie kürzte das Honorar um 4.098,75 Euro. Diesen Betrag reduzierte sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes für das Jahr 2009 auf 3.517,55 Euro. Zur Begründung führte sie aus, im Rahmen eines elektronischen Datenabgleichs nach [§ 285 Abs. 3 S. 5 i.V.m. § 106a SGB V](#) habe sie von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), der Beklagten, einen elektronischen Datenträger mit den Abrechnungsdaten für die Abrechnungszeiträume III/09 bis II/10 erhalten. Bei diesem Routineabgleich sei aufgefallen, dass es im Abrechnungszeitraum III/09 in 310 Behandlungsfällen, die sie in einer Patientenliste als Anlage aufführte, zur beidseitigen Abrechnungen gekommen sei. Hierbei sei die Einzelleistungsebene geprüft und seien tagesweise die Leistungen in den betroffenen Behandlungsfällen gegenübergestellt worden. Es sei dabei festgestellt worden, dass in diesen Fällen beiderseits gegen das bundesmantelvertraglich vereinbarte Splittingverbot verstoßen worden sei. Ein einheitlicher Behandlungsfall dürfe danach nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgerechnet werden. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die KV schließe die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die KZV aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalles in zwei Abrechnungsfälle sei nicht zulässig. Vor Beginn einer Behandlung habe der MKG-Chirurg das Wahlrecht, ob er die Leistungen in seiner Eigenschaft als Arzt oder als Zahnarztebringer abrechne. Sie sei zu dem Ergebnis gekommen, dass Berichtigungen in den Zuständigkeiten der Beigeladenen und ihr notwendig seien. In den 301 geprüften Behandlungsfällen könne nicht allein nach dem Abrechnungseingang verfahren werden. Sie habe die Berichtigung nach dem Leistungsschwerpunkt des Behandlungsfalles vorgenommen. In 292 Behandlungsfällen habe der Schwerpunkt im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung und in neun Behandlungsfällen im Bereich der ärztlichen Abrechnung gelegen. In diesen Fällen seien daher Berichtigungen durch sie vorzunehmen. In den übrigen neun Behandlungsfällen seien keine Datenübereinstimmungen festgestellt worden. Die Fälle mit zahnärztlichem Schwerpunkt habe sie an die Klägerin mit der Bitte um Korrektur der vertragsärztlichen Leistungen weitergeleitet. In den neun strittigen Behandlungsfällen kürzte sie die zahnärztlichen Leistungen mit der Begründung, der gesamte Behandlungsfall sei abgesetzt

worden, da gegen das Splittingverbot verstoßen worden sei. Hiergegen legte die Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers am 22.04.2013 Widerspruch ein. Sie trug vor, sie habe nicht in einem einheitlichen Behandlungsfall zahnärztliche Leistungen gegenüber der Beigeladenen und ärztliche Leistungen gegenüber der Beklagten abgerechnet. Der Begriff "einheitlicher" Behandlungsfall werde im BEMA nicht definiert, sondern nur in den Bundesmantelverträgen für Ärzte. Zu berücksichtigen sei auch, dass der Behandlungsfall nach § 9 BMV-Z nur die Teile 1 und 3 des BEMA umfasse. Ein einheitlicher Behandlungsfall liege nur dann vor, wenn alle erbrachten Leistungen entweder im Ganzen über die KV oder im Ganzen über die KZV abgerechnet werden könnten. Bei den von Zahnärzten abgerechneten Leistungen handele es sich ausschließlich um zahnärztliche Leistungen. Eine Teilung des Falles sei auch dann möglich, wenn Leistungen erbracht würden, die ausschließlich nur in dem anderen Vertragsbereich abgerechnet werden könnten. Die Beigeladene wies mit Widerspruchsbescheid vom 26.06.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Ergänzend zu ihren Darlegungen im Ausgangsbescheid führte sie an, der pauschale Widerspruchsvortrag, das Splittingverbot gehe vom Begriff des "einheitlichen Behandlungsfalles" aus, treffe zu, sei hier aber in allen nachstehenden Behandlungsfällen erfüllt. Leistungen für Kiefergelenkserkrankungen, prothetische Leistungen sowie Leistungen aus der Parodontologie seien von den nachstehenden Absetzungen nicht betroffen. Hiergegen hat die Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers am 25.07.2013 die Klage vor der Kammer zum Az.: [S 12 KA 438/13](#) erhoben.

Die Beigeladene nahm mit Bescheid vom 14.05.2013 eine weitere sachlich-rechnerische Berichtigung gegenüber der Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers für das Quartal IV/09 in 37 Behandlungsfällen in Höhe von insgesamt 2.862,79 Euro vor, die sie im Hinblick auf den HVM-Einbehalt auf 2.456,85 Euro reduzierte. Zur Begründung führte sie aus, von 330 geprüften Behandlungsfällen habe der Schwerpunkt in 287 Behandlungsfällen im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung und in 37 Behandlungsfällen im Bereich der ärztlichen Abrechnung gelegen. In den übrigen sechs Behandlungsfällen sei keine Datenübereinstimmung festgestellt worden. In den 37 Behandlungsfällen setzte sie die gesamte Abrechnung wegen des Verstoßes gegen das Splittingverbot ab. Dem hiergegen eingelegten Widerspruch vom 16.05.2013 gab die Beigeladene mit Widerspruchsbescheid vom 12.11.2013 in Höhe von 422,48 Euro statt. Im Übrigen wies sie den Widerspruch als unbegründet zurück. Insgesamt setzte sie die Honorarberichtigung auf 2.370,51 Euro bzw. unter Berücksichtigung des HVM-Einbehalts auf 2.034,37 Euro fest. Hiergegen hat die Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers am 25.07.2013 die Klage zum Az.: [S 12 KA 612/13](#) erhoben.

Zur Begründung ihrer Klagen gegen die Beigeladene trägt die Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers bisher vor, in den strittigen Behandlungsfällen habe der Patient im gleichen Quartal einmal den in der ärztlichen Einzelpraxis tätigen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zur Erbringung von ärztlichen Leistungen aufgesucht, die dieser bei der KV abgerechnet habe, in dem gleichen Quartal sei er bei anderen Zahnärzten, die zahnärztliche Leistungen gegenüber der Beigeladenen abgerechnet hätten, gewesen. Dies verstoße nicht gegen das Splittingverbot. Als Behandlungsfall nach § 9 BMV-Z würden nur die Leistungen nach den Teilen 1 und 3 des BEMA und damit die Abrechnungen KCH und KFO gelten. Darüber hinaus sei Behandlungsfall die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung (im Gegensatz zu der anders lautenden Vereinbarung bei der KV). Der Zahnarzt Dr. Dr. A. habe nicht gegenüber der Beklagten abgerechnet. Es bestehe kein Wahlrecht zur Abrechnung, gegenüber der Beigeladenen könnten sie nur zahnärztlich abrechnen. Sie bestreite, ärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen mit gleichem Leistungsinhalt abgerechnet zu haben. Ferner hat sie Ausführungen zu den einzelnen Behandlungsfällen gemacht.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 24.05.2013 gegenüber dem Kläger eine sachlich-rechnerische Berichtigung für die Quartale III und IV/09 in Höhe von 35.344,76 Euro bzw. 32.302,24 Euro, insgesamt in Höhe von 67.647,00 Euro vor. Sie wies darauf hin, dass das sog. Splittingverbot zum 01.04.2005 in den allgemeinen Bestimmungen des EBM fest verankert worden sei. Sie habe deshalb eine Korrektur in Form der Absetzung aller Leistungen für die entsprechenden Behandlungsfälle, bei denen der Schwerpunkt der Leistungserbringung im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzunehmen gewesen sei, vorgenommen. Insgesamt seien davon 292 Behandlungsfälle aus der Abrechnung für das Quartal III/09 und 288 Behandlungsfälle für das Quartal IV/09 betroffen. Sie verweise auf die Übersicht der betroffenen Behandlungsfälle sowie die korrigierten Honorarunterlagen, die sie als Anlage beifüge.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch vom 03.06.2013 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.10.2013 als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Überprüfung der Unterlagen habe ergeben, dass in verschiedenen Fällen bei ein und demselben Patienten Leistungen sowohl über Beigeladene als auch über sie abgerechnet worden seien. Es könnten z.B. für einen Patienten, bei dem eine klassische Kariestherapie über die KZV abgerechnet worden sei, in demselben Quartal keine kieferchirurgischen Leistungen mit der KV abgerechnet werden. In der Umsetzung des Splittingverbots wäre sie danach berechtigt gewesen, alle Leistungen, bei denen im gleichen Behandlungsfall ebenfalls Leistungen bei der KZV abgerechnet worden seien, zu berichtigen. Zu Gunsten des Arztes sei jedoch in Abstimmung mit der Beigeladenen eine Überprüfung dahingehend vorgenommen worden, ob der Schwerpunkt dieser Behandlungsfälle im vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Bereich liege. Im Quartal III/09 hätten von insgesamt 310 Fällen, bei welchen eine Doppelabrechnung vorgenommen worden sei, der Schwerpunkt in 292 Fällen im Bereich der Beigeladenen gelegen, im Quartal IV/09 von insgesamt 330 doppelt abgerechneten Fällen der Schwerpunkt in 288 Fällen im Bereich der Beigeladenen gelegen. Die Aufteilung eines Behandlungsfalles sei unzulässig auch dann, wenn keine Personenidentität zwischen Vertragsarzt und Vertragszahnarzt bestehe und ein Patient sowohl von einem MKG-Chirurgen als auch von einem Zahnarzt behandelt werde. Wäre eine doppelte Abrechnung in diesem Fall zulässig, würde dies uneingeschränkt eine Umgehung des Splittingverbots und damit einen Abrechnungsbetrug von Ärzten und Zahnärzten in Berufsausübungsgemeinschaft ermöglichen. Auch die Tatsache, dass Einzelgebührenordnungspositionen nicht exakt inhaltsgleich sowohl im EBM als auch im BEMA existierten, könne keine Sonderregelung rechtfertigen. Hinsichtlich des Vortrags, bei den streitgegenständlichen Fällen handele es sich um solche mit kassenzahnärztlichem Schwerpunkt, weise sie beispielhaft auf den Behandlungsfall der Patientin C. D. hin. Hier seien sowohl gegenüber der KV als auch gegenüber der KZV eine Beratungsleistung (Nr. 15211 EBM und 01 BEMA) abgerechnet worden, sodass hier ein und dieselbe Leistung doppelt zur Abrechnung gebracht worden sei. Die abgerechneten Leistungen zeigten auch, dass der Schwerpunkt des Behandlungsfalles im kassenzahnärztlichen Bereich liege, weshalb die nach BEMA zum Ansatz gebrachten Leistungen seitens der KZVH vergütet würden und eine Absetzung der nach EBM erbrachten Leistungen seitens der KV erfolgten. Ähnlich verhalte es sich in den übrigen abgesetzten Fällen.

Hiergegen hat der Kläger am 28.11.2013 die Klage erhoben. Zur Begründung trägt er vor, er habe als Vertragsarzt seine Leistungen nur gegenüber der Beklagten und keine weiteren Leistungen gegenüber der Beigeladenen abgerechnet. Nr. 6.3 EBM gelte nicht für Vertragszahnärzte. Die zahnärztlichen Leistungen könnten ihm nicht zugerechnet werden. Nr. 6.3 EBM sei personengebunden und könne nicht analog auf den Zusammenschluss verschiedener Vertragszahnärzte zu einer Berufsausübungsgemeinschaft erweitert werden. Seine im Rahmen seiner vertragsärztlichen Einzelpraxis erbrachten Leistungen könnten nicht als "einheitlicher Behandlungsfall" der

vertragszahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft angesehen werden. Das Splitting-Verbot beziehe sich nur auf solche Personen, die gleichzeitig an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnähmen. Bei den Beratungsleistungen handele es sich um unterschiedliche Leistungen, da ärztliche und zahnärztliche Leistungen erbracht worden seien und entsprechend von verschiedenen Personen unterschiedlich beraten und aufgeklärt worden sei. Nicht ersichtlich sei, wie die Gewichtung der Schwerpunkte in den einzelnen Behandlungsfällen vorgenommen worden sei. Es könne daher nur generell bestritten werden, dass es sich um Behandlungen mit vertragszahnärztlichem Schwerpunkt gehandelt habe. Zu berücksichtigen wäre auch, dass einzelne Leistungen überhaupt nicht vertragszahnärztlich hätten erbracht und abgerechnet werden können. In diesen Fällen scheide die Anwendbarkeit des Splitting-Verbots bereits denknotwendig aus, da nicht erwartet werden könne, dass der MKG-Chirurg dem Patienten eine notwendige ärztliche Leistung vorenthalte.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 24.05.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.10.2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und verweist nochmals auf die Regelungen in den Bundesmantelverträgen und dem EBM. Ergänzend weise sie auf § 1a Nr. 18 BMV-Ä hin, wonach Arztpraxis als Tätigkeitsort des Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten an seiner Betriebsstätte definiert werde, der auch die Nebenbetriebsstätten der Arztpraxis einschließe, sodass Arztpraxis in diesem Sinne auch die Berufsausübungsgemeinschaft oder ein Medizinisches Versorgungszentrum sei. Damit führe eine (auch fachübergreifende) Behandlung eines Versicherten durch unterschiedliche Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis oder MVZ nicht zum Entstehen eines weiteren Behandlungsfalles. Alle Leistungen eines Behandlungsfalles dürften daher nur entweder bei ihr oder der Beigeladenen abgerechnet werden. Grundsätzlich wäre sie daher berechtigt, alle Leistungen bei Verstoß gegen das Splittingverbot vollständig zu berichtigen. Zur Vermeidung unbilliger Härten habe sie in Abstimmung mit der Beigeladenen auf den Schwerpunkt abgestellt. Dies habe sie beispielhaft im angefochtenen Widerspruchsbescheid erläutert.

Die Beigeladene hat sich schriftsätzlich zur Sache nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 06.02.2014 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakten sowie der Verfahrensakten zum Az.: [S 12 KA 438/13](#) und [S 12 KA 612/13](#), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid vom 24.05.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.10.2013 ist rechtmäßig und war nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Die Beklagte war wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt, die Absetzungen in den strittigen Behandlungsfällen vorzunehmen. Es liegt ein einheitlicher Behandlungsfall bei allen Leistungen einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem MKG-Chirurgen für einen Patienten vor, unabhängig davon, ob sie von der Berufsausübungsgemeinschaft bei der KZV oder vom MKG-Chirurgen separat bei der KV abgerechnet werden.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört u. a. auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach [§ 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) bzw. [§ 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte \(EKV-Ä\)](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Dies wird nunmehr durch den ab 01.01.2004 geltenden [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) klargestellt, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte feststellt; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Dies galt auch bereits zuvor auf der Grundlage der genannten bundesmantelvertraglichen Regelungen.

Die Befugnis zu Richtigstellungen besteht auch für bereits erlassene Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung). Sie bedeutet dann im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheids. Die genannten, auf [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) beruhenden bundesmantelvertraglichen Bestimmungen stellen Sonderregelungen dar, die gemäß [§ 37 Satz 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des [§ 45](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verdrängen. Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil)Aufhebung des Honorarbescheids mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#), der Grundnorm des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs für den gesamten Bereich des Sozialrechts, eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 22](#) = [BSGE 96, 1](#) = Breith 2006, 715 = [MedR 2006, 542](#) = [GesR 2006, 499](#) = USK 2005-130, zitiert nach juris Rdnr. 11 m.w.N.)

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots -, erbracht und abgerechnet worden sind. Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage besteht danach nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat. Dementsprechend erfolgt eine sachlich-rechnerische Richtigstellung z. B. bei der Abrechnung fachfremder Leistungen oder qualitativ mangelhafter Leistungen, aber auch bei Leistungen eines nicht genehmigten Assistenten sowie bei der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs mit Hilfe eines Assistenten, bei der Abrechnung von Leistungen, die nach stationärer Aufnahme erbracht werden, bei der Nichtbeachtung der bereichsspezifischen Vorschriften zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung und schließlich bei einem Missbrauch vertragsarztrechtlicher Kooperationsformen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 7/09 R](#) - [BSGE 106, 222](#) = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 = [GesR 2010, 615](#) = [ZMGR 2010, 370](#) = [MedR 2011, 298](#) = USK 2010-73, juris Rdnr. 26 f. m.w.N.).

Die Beklagte geht zu Recht von einem Verstoß gegen das sog. Splittingverbot aus.

Nr. 6.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) "Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung" bestimmt, dass 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 Kassenärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen dürfen. Die Berechnung einzelner Leistungen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung schließt die Berechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig. Entsprechend bestimmt fast wortgleich Nr. 4 der Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß [§ 87 Abs. 2](#) und 2d SGB V (BEMA), Anlage A zum BMV-Z bzw. Anlage A zum EKVZ, dass 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 Kassenzahnärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen dürfen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

In den Bundesmantelverträgen für die vertragsärztliche Versorgung wird bestimmt, dass die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung jeweils als Behandlungsfall gilt. 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 (§ 21 Abs. 1 Satz 1 und 2 BMV-Ä/§ 25 Abs. 1 Satz 1 und 2 EKV-Ä). Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall (§ 21 Abs. 1 Satz 7 BMV-Ä/§ 25 Abs. 1 Satz 7 EKV-Ä).

Entsprechend bestimmt § 9 Abs. 1 BMV-Z "Behandlungsfall", 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-Teil 1 die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

Das sog. Splittingverbot in den genannten Bestimmungen des EBM und BEMA ist Folge der Rechtsprechung, die es zuvor als zulässig angesehen hat, dass ein Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch in seiner Eigenschaft als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, einheitliche Behandlungsfälle abrechnungsmäßig aufspaltet und seine Leistungen teilweise bei der KV und teilweise bei der KZV abrechnet. Solange dies nicht verboten wurde, lag darin keine Pflichtverletzung, die disziplinarisch geahndet werden konnte (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.10.1995 - [L 5 Ka 262/95](#) - [MedR 1996, 476](#)). Das LSG Baden-Württemberg sah aber bereits seinerzeit die Notwendigkeit einer Regelung im Gesetz oder in den Bundesmantelverträgen für beide Versorgungsbereiche. Es hielt selbst eine Regelung, dass nur bei der KZV abgerechnet werden könne, für zumutbar. Es könne schwerlich eingewandt werden, dass es Leistungen gebe, die nur im ärztlichen, nicht aber im zahnärztlichen Bereich abrechenbar seien, auch käme dies nicht sehr häufig vor. Die sich ergebenden Abrechnungsabstriche wären mithin durchaus zumutbar (a.a.O. S. 478).

Der klägerseitigen Auffassung, es müsse zwischen der vertragsarztrechtlichen Einzelpraxis und der rein vertragszahnarztrechtlichen Berufsausübungsgemeinschaft unterschieden werden mit der Maßgabe, dass zwei unterschiedliche und selbständige Behandlungsfälle vorliegen, vermochte die Kammer nicht zu folgen.

Zum Berufsbild des MKG-Chirurgen gehört es, dass er in seiner Praxis ärztliche und zahnärztliche Tätigkeiten anbietet und ausübt. MKG-Chirurgen müssen seit annähernd 90 Jahren sowohl ärztlich als auch zahnärztlich ausgebildet sein. Die Doppelqualifikation ist Ausdruck des gewachsenen Berufsbildes. Dessen Besonderheit besteht darin, dass die MKG-Chirurgie die Bereiche der Chirurgie und der Zahnheilkunde zu einem einheitlichen Beruf verbindet. Die Berufsausübung schließt typischerweise auch Leistungen ein, die nur Zahnärzte erbringen dürfen. So kann es medizinisch geboten oder jedenfalls sinnvoll sein und im Interesse der Patienten liegen, dass der MKG-Chirurg, bei dem ein Patient für einen chirurgischen Eingriff narkotisiert worden ist, ebenfalls fällige zahnärztliche Behandlungen vornimmt, die sonst eine erneute Anästhesie des Patienten erfordern würden. Dies gilt in besonderem Maße bei der Behandlung von Kindern und schwer behandelbaren Erwachsenen. Das gewachsene Berufsbild des MKG-Chirurgen ist nach allem durch die Doppelqualifikation und durch die Gestattung sowohl der ärztlichen als auch der zahnärztlichen Berufsausübung geprägt. Ihm wird im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Ebene der Zulassung grundsätzlich dadurch Rechnung getragen, dass MKG-Chirurgen typischerweise sowohl

zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen werden (vgl. BSG, Urt. v. 17.11.1999 - [B 6 KA 15/99 R](#) - [BSGE 85, 145](#) = [SozR 3-5525 § 20 Nr. 1](#) = [MedR 2000, 282](#) = NZS 2000, 520, juris Rdnr. 19 ff.). Die Zulassung in zwei Versorgungsbereichen bedeutet aber nicht, dass von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern auszugehen ist. Auch wenn MKG-Chirurgen gleichzeitig über eine vertragszahn- und vertragsärztliche Zulassung verfügen, haben sie nur einen Versorgungsauftrag. Auch bei einer zugelassenen Tätigkeit in zwei Fachgebieten handelt es sich stets um nur eine Zulassung - und ebenso um nur insgesamt einen vollen Versorgungsauftrag (vgl. BSG, Beschl. v. 09.02.2011 - [B 6 KA 44/10 B](#) - juris Rdnr. 10 m.w.N.). Das Bundessozialgericht geht ausdrücklich davon aus, das Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen mit sowohl vertragsärztlicher als auch vertragszahnärztlicher Zulassung nur einen Versorgungsauftrag haben (vgl. BSG, Beschl. v. 09.02.2011, [a.a.O.](#) Rdnr. 10). Bereits von daher ist davon auszugehen, dass auch bei MKG-Chirurgen jeweils nur ein Behandlungsfall pro Patient im Quartal vorliegt, unabhängig davon, wo die Behandlung abgerechnet wird. Dies ist unabhängig davon, ob der MKG-Chirurg in einer Einzelpraxis oder in einer ärztlichen oder zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft zugelassen ist.

Die Behandlungsfälle des Klägers und der seiner Berufsausübungsgemeinschaft sind auch dann als ein einheitlicher Behandlungsfall anzusehen, wenn Leistungen sowohl vertragsärztlich als auch vertragszahnärztlich abgerechnet werden.

Die Gemeinschaftspraxis ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts durch die gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit durch mehrere Ärzte der gleichen oder ähnlicher Fachrichtung in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxisausrichtung, gemeinsamer Karteiführung und Abrechnung sowie mit gemeinsamem Personal auf gemeinsame Rechnung geprägt. Sie ist berechtigt, ihre Leistungen unter einer einzigen Abrechnungsnummer gegenüber der zuständigen KV abzurechnen, und tritt dieser dementsprechend wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenüber. Rechtlich gesehen ist eine Gemeinschaftspraxis eine Praxis. Sie verfügt über eine gemeinschaftliche Patientendatei und rechnet die erbrachten Leistungen unter einem Namen ab. Die Behandlung eines Patienten in einem Quartal durch verschiedene Mitglieder der Gemeinschaftspraxis stellt sich als ein Behandlungsfall dar. Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise wird nicht bezogen auf den einzelnen Arzt, sondern bezogen auf die Gemeinschaftspraxis als Einheit geprüft; etwaige Honorarkürzungen und/oder Regresse hat die Gemeinschaftspraxis zu tragen. Auch die für Vertragsärzte geltenden Vertretungsregelungen beziehen sich auf die Praxis als Gesamtheit; der Vertretungsfall tritt nicht ein, solange auch nur ein Arzt der Gemeinschaftspraxis weiterhin tätig ist. Schließlich werden in einer Gemeinschaftspraxis die Behandlungsverträge nicht zwischen Patient und behandelndem Arzt, sondern zwischen ihm und der Gemeinschaftspraxis geschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 - [B 6 KA 15/04 R](#) - [SozR 4-1930 § 6 Nr. 1](#), juris Rdnr. 21 -; BSG, Urt. v. 20.10.2004 - [B 6 KA 41/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 6](#), juris Rdnr. 21 -; BSG, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 49/02 R](#) - [BSGE 91, 164](#) = [SozR 4-5520 § 33 Nr. 1](#), juris Rdnr. 34 -; vgl. auch BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) - [BSGE 96, 99](#) = [SozR 4-5520 § 33 Nr. 6](#), juris Rdnr. 14). Dies schließt es aus, MKG-Chirurgen hinsichtlich des sog. Splittingverbots unterschiedlich zu behandeln, je nachdem, ob sie in einer Einzelpraxis oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind. Werden MKG-Chirurgen in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit weiteren Zahnärzten tätig, so kommt es nicht darauf an, ob der MKG-Chirurg selbst oder sein vertragszahnärztlicher Partner die Leistungen erbracht hat. Sie gelten als von der Berufsausübungsgemeinschaft erbrachte Leistungen und damit auch als Leistungen jedes einzelnen Mitglieds der Berufsausübungsgemeinschaft. Auch von daher scheidet eine Trennung der Leistungen in einen zahnärztliche, und einen MKG-chirurgischen Behandlungsfall aus.

Die Beklagte war somit grundsätzlich berechtigt, wegen des Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot sämtliche Leistungen zu berichtigen. Es kommt hierbei nicht darauf an, wie sie im Einzelnen in Absprache mit der Beigeladenen die Behandlungsfälle nach Schwerpunkten abgegrenzt hat. Im Ergebnis hat die Beklagte die Leistungen der Behandlungsfälle nicht abgesetzt, in denen sie einen vertragsärztlichen Schwerpunkt gesehen hat. Hierzu war sie nicht verpflichtet. Im Ergebnis wird der Kläger hierdurch begünstigt und nicht beschwert.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung in [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Die Zulassung der Sprungrevision folgt aus [§ 161 Abs. 2 SGG](#) i.V.m. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Die Kammer misst der Rechtssache im Hinblick auf die Neuregelung des sog. Splittingverbots grundsätzliche Bedeutung zu.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-11-21