

S 12 KA 611/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)

Aktenzeichen
S 12 KA 611/13
Datum
07.05.2014

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 41/14

Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 434/13, [S 12 KA 612/13](#) -.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Monatsabrechnungen für März 2012 im Behandlungsfall P1 geb. 1951 (Barmer-GEK) und hierbei um die Absetzung von Leistungen nach Nr. 7500 (3x), 7502 (2x), 7503 (2x), 7504 (2x), 7505 (1x), 7840 (5x), 7841 (5x), 8252 (5x), 8253 (10x) und 8272 GOÄ-82 (12x) sowie 38 (N) BEMA (40x) im Wert von insgesamt 1.731,54 Euro.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxisnitz in A-Stadt Herr Dr. Dr. A1 ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt, die übrigen beiden Mitglieder sind Zahnärzte. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 11.04.2011 die strittigen Absetzungen vor. Sie erkannte die Abrechnung der Leistungen nach Nr. 38 (N) BEMA (Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff), Nr. 8272 GOÄ-82 (Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer), Nr. 7500 GOÄ-82 (Besuch), Nr. 7840 GOÄ-82 (Wegegeld), Nr. 8252 GOÄ-82 (Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär), Nr. 7502 GOÄ-82 (Wegegeld), Nr. 7841-GOÄ (Wegegeld), Nr. 8253 GOÄ-82 (Injektion intravenös), Nr. 7504 GOÄ-82 (Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung; incl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen), Nr. 7503 GOÄ-82 (Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung; incl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen), Nr. 7505 GOÄ-82 (Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung; incl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen, incl. Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen) für die einzeln aufgeführten Behandlungstage nicht an. Zur Begründung führte sie aus, die Patientin sei ambulant operiert und somit ärztlicherseits als potenziell mobil eingestuft worden. Der Besuch der Arztpraxis sei ihr insofern zuzumuten gewesen. Des Weiteren sei eine bis zu dreimalige Nachbehandlung am gleichen Tag für die durchgeführte OP unüblich und werde auch nicht durch die Schilderung eines außergewöhnlichen Umstandes gestützt. Da die Patientin aufgrund der ambulant durchgeführten OP als potenziell mobil eingestuft worden sei, sich somit habe bewegen könne, erscheine eine Thromboseprophylaxe entbehrlich. Des Weiteren würden die Leistungen nach Nr. 1485 GOÄ-82 (Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen) und Nr. 2584 GOÄ-82 (Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung) am 01.03.2012 nicht anerkannt werden, da eine Abrechnung im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 2694 GOÄ-82 (Operative Entfernung von Osteosynthese-Material aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur) nicht möglich sei.

Hiergegen legte die Klägerin am 09.05.2012 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Absetzung der Besuchsziffern und der Infusionsziffern sei nicht begründet und medizinisch auch nicht nachvollziehbar. Bei der Patientin sei ein komplexer Eingriff in Narkose durchgeführt worden. Der Eingriff habe mehrere Stunden gedauert. Der Hinweis, dass ambulante Patienten immer auch ambulant in der Praxis nachkontrolliert werden müssten, gehe fehl. Die Gebührenordnung sehe ja gerade vor, dass Patienten nach ambulanten Operationen zuhause besucht werden könnten und dass damit eine stationäre Aufnahme verhindert werde. Der Hausbesuch sei nicht zuletzt aufgrund des Alters der Patientin und ihrer Grunderkrankung notwendig geworden, da sie die Praxis nicht habe aufsuchen können. Es wäre ihr nicht zumutbar gewesen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln die Praxis aufzusuchen, dieses wäre auch medizinisch nicht vertretbar gewesen, da sie im Rahmen des Eingriffes nicht unerheblich Blut verloren habe. Die Thromboseprophylaxe im Rahmen eines mehrstündigen Eingriffes in

Intubationsnarkose sei medizinischer Standard. Die These, dass eine Kieferhöhlenrevision und eine Neurolyse im Zusammenhang mit der Entfernung von Osteosynthesematerial nicht abrechenbar sei, entbehre jeder intellektuellen Begründung. Immer dann, wenn im Rahmen eines operativen Eingriffes entzündliche Veränderungen, wie im vorliegenden Fall im Bereich der Kieferhöhle sich ergeben würden, seien natürlich eine Kieferhöhlenrevision abrechenbar. Die Neurolyse sei hier indiziert gewesen durch eine narbige Fixation des Nervus infraorbitalis zusammen mit einer Dysästhesie im Bereich des Innervationsgebietes dieses Nervens.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 23.10.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung machte sie umfangreiche Ausführungen zu den Grundlagen der Dokumentationspflicht sowie zu den Abrechnungsvoraussetzungen der Nr. 1485 und 1486 GOÄ-82 (Radikaloperation der Kieferhöhle) sowie der Nr. 2583 und 2584 GOÄ-82 (Neurolyse mit Nervenverlag u. Neueinbettung) und der Nr. 2584 GOÄ-82 im Zusammenhang mit Umstellungsosteotomien. Weiter führte sie aus, es fehle an einer chronologisch nachvollziehbaren und plausiblen Originaldokumentation. Es liege weder eine präoperative Fallplanung (zugrundeliegende Diagnosestellung zur Behandlungsplanung, Aufklärung des Patienten über das Ausmaß der Behandlung etc.) noch ein OP-Bericht vor. Lediglich zur KB-Abrechnung März 2012 sei ein QM-Bogen (Dokumentationsbogen) eingereicht worden. Die medizinische Notwendigkeit für die jeweiligen Abrechnungsziffern seien nur pauschal und nicht individuell für den jeweiligen Behandlungsfall dokumentiert worden. Überwiegend ergäben sich aus dem Widerspruchsvorbringen keine neuen Erkenntnisse. Die medizinischen Indikation und/oder die Therapiemaßnahmen für die umfangreichen Nachbehandlungen nach Nr. 38 (N) BEMA seien nicht dokumentiert worden. Befund und/oder Diagnosen zu den umfangreichen Nachbehandlungen fehlten gänzlich. Die Leistung sei damit nicht nachgewiesen. Die medizinische Indikation für die Abrechnung der Nr. 2584 GOÄ-82 sei keine eigenständige Indikation im Sinne eines Mehraufwandes, die die Abrechnung der Leistung rechtfertigen könnte. Auch diese Leistung sei nicht nachgewiesen. Die medizinische Indikation für die Abrechnung der Nr. 1485 GOÄ-82 sei im Zusammenhang mit der Nr. 2694 GOÄ-82 fachlich unplausibel. Es liege keine medizinische Indikation im Sinne eines Mehraufwandes vor, die die Abrechnung der Leistung rechtfertigen könnte. Die Notwendigkeit für die umfangreichen Hausbesuche (Nrn. 7500 - 7505 GOÄ) (10x an 5 Behandlungstagen) sei unzureichend dokumentiert. Die Leistungen seien nicht nachgewiesen. Das Wegegeld sei zwar auf dem KB-Abrechnungsschein dokumentiert worden, aber nicht abgerechnet worden. Vor diesem Hintergrund seien die Nrn. 7040 und 7041 GOÄ-82 mit 0,00 Euro ausgewiesen. Die medizinische Notwendigkeit und/oder Therapiemaßnahmen zur Nr. 8252 GOÄ-82 seien stereotyp dokumentiert. Individuelle Befunde und/oder Diagnosen zu den umfangreichen Maßnahmen fehlten gänzlich.

Hiergegen hat die Klägerin am 28.11.2013 die Klage erhoben. Sie trägt vor, sie lege die Karteikarte vor. Der Vorwurf, es fehle an einer chronologisch nachvollziehbaren Dokumentation sei nicht verständlich. Der weitere Vorwurf, es fehle an einer präoperativen Fallplanung, sei erstmals im Widerspruchsbescheid erhoben worden und sei nicht nachvollziehbar. Die Dokumentation enthalte auch individuelle Anmerkungen unter dem Kürzel "KZVintern". Auch hinsichtlich der gekürzten Nr. 38 (N) BEMA fänden sich in der beigelegten Karteikarte Anmerkungen. Ein Abrechnungsausschluss der Nr. 1485 GOÄ-82 und Nr. 2694 GOÄ-82 ergebe sich nicht aus der Kommentierung. Sie habe bereits im Widerspruchsverfahren auf die Notwendigkeit der Hausbesuche hingewiesen. Die Patientin habe nicht unerheblich Blut verloren gehabt, zudem habe sie an Schwellungen und Schluckbeschwerden gelitten. Die Schluckbeschwerden seien auch Grund für die Verabreichung einer intravenösen Schmerztherapie und Antibiose gewesen. Sie sei weiterhin der Auffassung, die Thromboseprophylaxe, hier durch subkutane Heparininjektion, sei medizinischer Standard. Die Patientin sei zudem starke Raucherin und übergewichtig. Der Beklagten obliege es auch nicht, Sinn und Zweck einer Leistung zu überprüfen. Ergäben sich im Rahmen eines operativen Eingriffes entzündliche Veränderungen im Bereich der Kieferhöhle, sei eine Kieferhöhlenrevision abrechenbar. Die Neurolyse sei aus den bereits dargelegten Gründen indiziert gewesen. Im Jahr 2012 hätten mit dem KB-Formular Wegegelder nicht abgerechnet werden können. Es habe der Praxis der Beklagten entsprochen, diese hinzuzusetzen.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 11.04.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.10.2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, die Klägerin habe in einem einheitlichen Behandlungsfall gegen das Splittingverbot verstoßen. Neben der Abrechnung bei der KV Hessen liege noch eine KCH-Abrechnung vor. Der Fall sei erst jetzt nach Vorlage der gesamten Abrechnung nachvollziehbar. Die Klägerin habe eine Umstellungsosteotomie und Nachbehandlungen im Zeitraum August und September 2011 durchgeführt. Zeitgleich seien über die KV Hessen im Quartal III/11 umfangreiche chirurgische Maßnahmen abgerechnet worden. Auch bei den 3. Folgeleistungen sei gegen das Splittingverbot verstoßen worden. Zeitgleich seien über die KV Hessen im Quartal I/12 umfangreiche chirurgische Maßnahmen abgerechnet worden. Es seien Leistungen mit gleichem oder ähnlichem Leistungsinhalt abgerechnet worden. Die Klägerin habe im Übrigen zum wiederholten Mal eine "ausschließlich aus KB-Leistungen" segmentierte Karteikarte nachgereicht. Der Auszug beginne am 02.03.2012. Die Leistungen vom 01.03.2012 seien nicht beigelegt. Eine chronologisch nachvollziehbare und plausible Originaldokumentation sei nicht vorgelegt worden. Ferner hat sie zu den einzelnen Leistungen ausgeführt, worauf verwiesen wird (Schriftsatz vom 30.04.2014).

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragszahnärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 S. 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 angefochtene Bescheid der Beklagten vom 11.01.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.10.2013 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben.

Es spricht Einiges dafür, dass die Beklagte zutreffend davon ausgeht, dass die abgesetzten Leistungen nicht nachgewiesen sind. Dies kann aber letztlich dahingestellt bleiben, da die Beklagte wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt war, die Absetzungen in dem

strittigen Behandlungsfall vorzunehmen.

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

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](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen (vgl. BSG, Ur. v. 10.05.1995 - [6 RKA 30/94](#) - [SozR 3-5525 § 32 Nr. 1](#) = [NZZ 1996, 134](#) = [Breith 1996, 280](#) = [USK 95120](#), juris Rdnr. 12; BSG, Ur. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 5](#), juris Rdnr. 15; BSG, Ur. 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](#) = [NZZ 2005, 549](#), juris Rdnr. 17) bzw. [§ 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z](#) (vgl. BSG, Ur. v. 13.05.1998 - [B 6 KA 34/97 R](#) - [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) = [USK 98155](#), juris Rdnr. 13; BSG, Ur. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - a.a.O.; BSG, Ur. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - a.a.O.).

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, Ur. 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 Vertrags(zahn)arztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertrags(zahn)arztrechts - 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 Vertrags(zahn)arzt 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 vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnung und schließlich bei einem Missbrauch vertrags(zahn)arztrechtlicher Kooperationsformen (vgl. zuletzt BSG, Ur. 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.).

Bei den Absetzungen handelt sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen. Die Beklagte geht bereits davon aus, dass der Leistungsinhalt wegen fehlender Dokumentation nicht nachgewiesen sei. Von daher war sie für die Berichtigung zuständig.

Die Kammer hat bereits wiederholt in Urteilen zwischen den Beteiligten auf die Bedeutung der Dokumentationspflichten hingewiesen (vgl. zuletzt Ur. der Kammer v. 25.09.2013 - [S 12 KA 107/13](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: [L 4 KA 66/13](#); v.20.06.2012 - [S 12 KA 137/11](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: [L 4 KA 40/12](#)).

Grundsätzlich ist für die Erbringung einer zahnärztlichen Leistung der Vertragszahnarzt als Leistungserbringer nachweispflichtig. Im vertragszahnärztlichen Leistungssystem reicht hierfür im Regelfall der Nachweis durch die Angaben des Vertragszahnarztes auf dem Behandlungsausweis aus. Bestehen allerdings Zweifel an der ordnungsgemäßen und/oder vollständigen Erbringung der Leistung, so ist der Vertragszahnarzt wiederum nachweispflichtig. Ein Mittel für den Nachweis der Leistungserbringung sind seine Aufzeichnungen in der Karteikarte, die auch elektronisch geführt werden kann, oder die angefertigten technischen Aufzeichnungen wie z. B. Röntgenbilder.

Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen (vgl. SG Marburg, Ur. v. 03.06.2009 - [S 12 KA 521/08](#) - juris Rdnr. 27, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Ur. v. 21.09.2011 - [L 4 KA 50/09](#) -, Nichtzulassungsbeschwerde abgewiesen durch BSG, Beschl. v. 27.06.2012 - [B 6 KA 84/11 B NZB](#) -). Es obliegt insb. nicht dem einzelnen Vertragszahnarzt zu entscheiden, ob er eine Dokumentation unterlässt, weil es sich um eine vermeintliche Routinemaßnahme handelt. Die Dokumentation muss mindestens so umfassend sein, dass ein anderer Zahnarzt im Einzelnen die Behandlungsmaßnahme nachvollziehen kann (vgl. SG Marburg, Ur. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 73/09](#) - juris Rdnr. 49).

Die Klägerin hat keine ausreichende zahnärztliche Dokumentation, auch nicht im Gerichtsverfahren, vorgelegt, die die strittigen Leistungen belegen. Die von ihr vorgelegten Unterlagen entbehren einer dem zahnmedizinischen Standard entsprechenden Dokumentation und ist zudem unvollständig. Im Übrigen ist die Klägerin auch als vertragszahnärztliche Leistungserbringerin zum Leistungsnachweis bei Zweifeln verpflichtet, die vollständige Dokumentation vorzulegen und steht es nicht in ihrem Belieben, wann sie welche Teile gegenüber der Beklagten offenlegt.

Die Kammer hat bereits in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass die Leistungen nach Nr. 1485 und 2584 GOÄ-82 in der vorgelegten Karteikarte für den 01.03.2012 nicht aufgeführt werden, woraus im Umkehrschluss gefolgert werden muss, dass sie gerade nicht erbracht worden sind. Auch aus dem QM-Bogen wird ein Nachweis für die Erbringung der Leistungen nicht ersichtlich. Die im Gerichtsverfahren vorgelegten Unterlagen beginnen erst mit dem 02.03.2012.

Dies kann aber letztlich dahingestellt bleiben. Die Beklagte war wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt, die Absetzungen in dem strittigen Behandlungsfall vorzunehmen. Sie geht zu Recht von einem Verstoß gegen das sog. Splittingverbot aus. 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. Dies hat die Kammer bereits mit Urteil vom 02.04.2014 - [S 12 KA 609/13](#) - für den vertragsärztlichen Bereich und mit weiterem Urteil vom heutigen Tag zum Az.: [S 12 KA 438/13](#) und 612/13 für den vertragszahnärztlichen Bereich entschieden.

Nr. 4 der Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen bestimmt 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. Entsprechend bestimmt fast wortgleich Nr. 6.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) "Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung", 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.

Soweit § 9 Abs. 1 BMV-Z "Behandlungsfall" bestimmt, 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, handelt es sich nicht um eine Ergänzung oder Einschränkung der Nr. 4 der Allgemeine Bestimmungen des BEMA. Mit § 9 Abs. 1 BMV-Z werden konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen (Teil 1) und kieferorthopädische Leistungen (Teil 3) "innerhalb desselben Kalendervierteljahres" vertragszahnrechtlich 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). Der Sinn dieser Regelung beschränkt sich darauf, für die Leistungen nach Teil 1 und 3 BEMA das Quartalsprinzip als Regelfall (zu Ausnahmen s. Abs. 2 des § 9 BMV-Z) zu bestimmen. Bei den anderen Leistungen des BEMA gilt dieses Prinzip nicht, da Leistungen allgemein erst nach vollständiger Erbringung abgerechnet werden und diese Leistungen sich nicht auf den Zeitraum innerhalb eines Quartals beschränken lassen. Eine Einschränkung des sog. Splittingverbots lässt sich daraus nicht herleiten. Dies würde auch zu widersprüchlichen Ergebnissen führen. Das sog. Splittingverbot zielt gerade auf die Tätigkeit der MKG-Chirurgen mit ihrer Zulassung als Arzt und Zahnarzt ab, deren Haupttätigkeitsfeld abgesehen von den chirurgischen Leistungen nicht in den Leistungsbereichen nach Teil 1 und 3 BEMA liegt, sondern auch im Bereich Kieferbruch (Teil 2 BEMA). Entsprechend ist § 14 Abs. 1 Nr. 1 EKV-Z zu verstehen, wonach Behandlungsfall im Sinne des Vertrages bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 1 die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung ist. Auch hier ist der Sinn der Regelung darauf beschränkt, für die Leistungen nach Teil 1 das Quartalsprinzip als Regelfall zu bestimmen. Von daher gilt das sog. Splittingverbot auch für die Abrechnung im Bereich Kieferbruch und konnte die Beklagte daher im hier streitigen Behandlungsfall die Absetzungen vornehmen.

Entsprechend wird in den Bundesmantelverträgen für die vertragsärztliche Versorgung 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).

Aus dem Quartalsprinzip in der vertragsärztlichen Versorgung folgt aber auch für den vertragszahnärztlichen Bereich, dass immer dann, wenn Leistungen im vertragsärztlichen Bereich abgerechnet werden, nicht in demselben Quartal Leistungen auch im vertragszahnärztlichen Bereich abgerechnet werden können.

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, Ur. 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). Folge hiervon war, wenn auch mit erheblicher zeitlicher Verzögerung, die zum 01.01.2005 erfolgte Aufnahme der Bestimmungen in den BEMA bzw. zum 01.04.2005 mit dem EBM 2005 in den EBM. Der Gesetzgeber hat dann, worauf der Beklagtenvertreter in der mündlichen Verhandlung zutreffend darauf hingewiesen hat, die Datenübermittlung zwischen der KV und der KZV ermöglicht. Er hat zunächst durch Art. 1 Nr. 17 Buchst. b Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 wegen der Neuregelung der Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum (§ 33 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV) [§ 285 Abs. 3 SGB V](#) dahingehend ergänzt (Satz 4 a.F.), dass ein Datenabgleich in Bezug auf solche Medizinische Versorgungszentren zum Zweck der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung (z. B. Verhinderung von Doppelabrechnungen) möglich wurde. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 wurde dann die jetzt geltende Fassung nach [§ 285 Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) verabschiedet, wonach die zuständige Kassenärztliche und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die nach Abs. 1 und 2 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten der

Leistungserbringer, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, auf Anforderung untereinander übermitteln dürfen, soweit dies zur Erfüllung der in Abs. 1 Nr. 2 sowie in § 106a genannten Aufgaben erforderlich ist. Diese erst in den Ausschussberatungen aufgenommene Regelung soll einen Austausch von Abrechnungsdaten zwischen beiden Vereinigungen für sämtliche vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungserbringer (Ärzte bzw. Zahnärzte in Einzelpraxis, deren Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren) auf Anforderung für Zwecke der Vergütung und Abrechnungsprüfung zulassen. Es sollen künftig auch Datenübermittlungen in den Fällen zulässig sein, in denen einzelne Ärzte und Zahnärzte mit doppelter Zulassung oder deren Berufsausübungsgemeinschaften sowohl mit der Kassenärztlichen als auch mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abrechnen (vgl. [BT-Drs. 16/4247, S. 56](#)). Damit sollte gerade auch die Gruppe der MKG-Chirurgen in eine Überprüfung mit einbezogen werden, da innerhalb dieser Gruppe der größte Teil in beiden Bereichen zugelassen ist.

Der klägerseitigen Auffassung, es müsse zwischen der vertragsarztrechtlichen Einzelpraxis und der rein vertragszahnrechtlichen 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, dass 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). Auch bei MKG-Chirurgen liegt somit jeweils nur ein Behandlungsfall pro Patient im Quartal vor, 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 der Klägerin und ihres MKG-Chirurgen 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 ähnlichen 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 Ordnungsweise 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 zahnärztlichen und einen MKG-chirurgischen Behandlungsfall aus.

Daraus folgt, dass Leistungen, die vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich abgerechnet werden können, nur einheitlich gegenüber der KV oder KZV abgerechnet werden dürfen. Werden auch Leistungen erbracht, die nicht in beiden, sondern nur in einem Bereich abgerechnet werden können, muss sich die Abrechnung nach den Leistungen richten, die nur in einem Bereich abgerechnet werden können. In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis wie hier ist zu beachten, dass immer dann, wenn Leistungen von ausschließlich als Zahnarzt zugelassenen Behandelern erbracht werden, eine Abrechnung nur über die KZV in Betracht kommt (vgl. Harneit, Das Splittingverbot oder Was ist ein Behandlungsfall?, MKG-Chirurg 2010-3, S. 163 ff., 164). Soweit darüber hinaus Fälle denkbar sind, in denen nicht sämtliche erbrachte Leistungen in einem der beiden Bereiche erbracht worden und abrechenbar sind (vgl. Harneit, ebd.), geht die Kammer mit dem LSG Baden-Württemberg (a.a.O.) davon aus, dass diese Fälle wegen der geringen Häufigkeit vernachlässigbar sind und die sich evtl. ergebenden Abrechnungsabstriche mithin durchaus zumutbar wären. Ein solcher Fall ist vorliegend nicht ersichtlich.

Das sog. Splittingverbot beruht gerade auch auf der unterschiedlichen Abrechnungssystematik einerseits des vertragsärztlichen und andererseits des vertragszahnärztlichen Leistungsbereichs. Im Unterschied zur ärztlichen Abrechnung nach dem EBM, bei der abgesehen

von der Grundpauschale und Zusatzpauschalen - eine Gesamtvergütung für einen Eingriff, aber außerhalb des Regelleistungsvolumens, erfolgt, wird bei der vertragszahnärztlichen Abrechnung jeder Teilschritt einzeln vergütet (vgl. T. Appel, Einleitung zu 16.5 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, in Thomas Standl/Christoph Lussi, Ambulantes Operieren: Rahmenbedingungen, Organisation, Patientenversorgung, 2. Aufl. 2012, S. 211 f.) und unterliegt aber im Bereich der Beklagten verschiedenen Budgetgrenzen (sog. Restvergütungsquote und Degressionsregelung). Die Kammer hat aufgrund der Erörterung der Einzelfälle in der mündlichen Verhandlung am 07.05.2014 in diesem Verfahren und zu den Verfahren mit Az.: [S 12 KA 610/13](#), 606/13 und 646/13 den Eindruck gewonnen, dass die Nichteinhaltung des Splittingverbots der Kumulation der Vorteile beider Abrechnungssysteme dient, indem eine chirurgische Hauptleistung vertragsärztlich und Begleitleistungen in z. T. nicht unerheblichem Umfang vertragszahnärztlich abgerechnet wurden. In diesen Verfahren hat die Beklagte für die streitbefangenen Zeiträume noch keinen systematischen Datenabgleich mit der KV Hessen vorgenommen und hat erst eine Nachfrage der Beklagten bei der KV Hessen im laufenden Gerichtsverfahren ergeben, dass der Behandlungsfall auch bei der KV Hessen abgerechnet worden ist. In diesem Kontext muss auch gesehen werden, dass die Klägerin in keinem der Verfahren ihre vollständige Dokumentation vorgelegt hat, was auch bereits in früheren Verfahren Gegenstand der Erörterungen und der Kammerentscheidungen war. Damit wird gerade die Klärung des Behandlungsverlaufs z. T. erheblich erschwert. Die Kammer brauchte dem aber weder in diesem noch in den Parallelverfahren im Einzelnen nachzugehen, weil es hierauf in Bezug auf den Streitgegenstand letztlich nicht ankam.

Die Kammer geht auch davon aus, dass der gesamte Behandlungsfall über die Beklagte oder über die KV Hessen abrechenbar gewesen wäre. Im Übrigen ist ihr nicht ersichtlich, dass die am selben Tag erfolgten operativen Eingriffe von verschiedenen Behandlern erbracht wurden. Hierfür fehlt es bereits an einem substantiierten Vortrag des Klägers. Die Kammer geht davon aus, dass es sich insgesamt bei den operativen Leistungen um MKG-chirurgische Leistungen gehandelt hat. Bei den übrigen Leistungen handelt es sich um bloße Begleitleistungen. Die bei der KZV und bei der KV abgerechneten Leistungen fanden beide am 01.03.2012 statt. Es ist nicht erkennbar, warum es sich um zwei verschiedene Operationen gehandelt haben soll oder gar verschiedene Operateure die Operation durchgeführt haben sollten.

Die Beklagte war somit grundsätzlich berechtigt, wegen des Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot sämtliche Leistungen zu berichtigen.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-06-27