S 12 KA 606/13

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 606/13

Datum

07.05.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 45/14

Datum

-

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 Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Monatsabrechnungen für Mai 2012 im Behandlungsfall der bei der BKK securvita versicherten Frau P1, geb. 1949 und hierbei um die Absetzung aller Leistungen im Wert von insgesamt 2.521,51 Euro wegen des sog. Splittingverbots und weil es sich nicht um eine Unfallversorgung, sondern um eine als Privatleistung abzurechnende geplante Implantatversorgung mit Augmentation eines Knochenspans handele.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz 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 bat die Klägerin unter Datum vom 12.06.2012 um die Einreichung verschiedener Unterlagen aufgrund der eingereichten KB-Abrechnung 05/2012 für den Behandlungsfall der Frau P1.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 28.06.2012 die strittigen Absetzungen vor. Zur Begründung führte sie aus, eine Abrechnung für den Behandlungsfall müsse sie wegen falscher Dokumentation ablehnen. OP-Gebiet und OP-Bericht stimmten nicht überein, die Zahnfilme stammten laut Beschriftung vom 12.09.2012, und das eine der OPG's vom 12.05.2012 stimme nicht mit den Befunden der beiden anderen überein und könne somit nicht von der Patientin stammen. Des Weiteren passe die Vielzahl der Nachbehandlungen und Hausbesuche nicht zum Behandlungsablauf.

Hiergegen legte die Klägerin am 26.07.2012 Widerspruch ein. Sie bat um konkrete Erläuterung, was die Klägerin unter "nicht passen" verstehe. Es treffe auch nicht zu, dass das OP-Gebiet und der OP-Bericht nicht übereinstimmten. Die Vestibulumplastik sei laut OP-Bericht in der Region 13 bis 23 durchgeführt worden. Gegenüber der Beklagten habe sie jedoch die Vestibulumplastik in der Region 12 bis 21 abgerechnet, d. h. in einer kleineren Region. Es habe nur die Möglichkeit zur Abrechnung in einer kleineren Region bestanden, denn nach einem Rundschreiben der Beklagten sei eine Vestibulumplastik im bezahnten Bereich nicht als Kassenleistung abrechenbar. Sie habe deshalb nur im nicht bezahnten Gebiet die Leistung abgerechnet, denn auch hier sei sie durchgeführt worden.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 30.06.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie an, gemäß dem vorliegenden Dokumentationen (Karteikartenauszug, OP-Bericht, Röntgendokumentation und Dokumentation des Zahnbefundes) handele es sich hier offensichtlich nicht um eine operative Versorgung eines Unfalles, sondern um eine geplante Implantatversorgung mit Augmentation eines Knochenspans bei Regio 13, 12 und 21. Eine Unfallversorgung mit gleichzeitiger Implantation sei fachlich unplausibel. Die vorliegende chirurgische Versorgung sei nicht im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung über die gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen, sondern dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Sie merkte an, bei der Abrechnung sei die Nr. 03 (Zu) BEMA am 12.05. 930x und am 19.05.2012 104x zum Ansatz gebracht worden. Die jeweilige Anzahl sei unplausibel, sie habe die Zuschläge auf je 1x gekürzt. Somit sei eine Punktedifferenz von 15.480 Punkten (13.774,05) zu der ermittelten Gesamtpunktzahl (17.338) entstanden.

Hiergegen hat die Klägerin am 28.11.2013 die Klage erhoben. Sie trägt vor, die Beklagte begründe nicht, weshalb es sich nicht um einen Unfall gehandelt habe oder weshalb eine Unfallversorgung mit gleichzeitiger Implantation unplausibel sei. Mit dem Vorwurf der Unplausibilität überschreite die Beklagte auch ihre Kompetenz, da Fragen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von den Prüfungsgremien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu prüfen seien. Im Übrigen weise sie darauf hin, dass in engem zeitlichen Zusammenhang mit der traumatologischen Versorgung eine Implantation im Oberkieferfrontzahnbereich erfolgt sei. Die Patienten sei gestürzt und habe sich mehrere Zähne im Bereich der Oberkieferfront ausgeschlagen und gleichzeitig eine Alveolarfortsatzfraktur zugezogen. Die Implantation sei nach Abschluss der traumatologischen Versorgung erfolgt. Ein längerer Zeitraum müsse dazwischen nicht liegen. Die Patientin habe mittlerweile auch eine prothetische Versorgung ihrer gut eingehheilten Implantate. Soweit die Beklagte selbst einräume, dass es sich um einen Unfall gehandelt habe, sei unverständlich, weshalb sie weiterhin von einer Implantatversorgung ausgehe. Ziff. B.VII.2 lit. a der Behandlungsrichtlinie sehe gerade für Unfälle eine Ausnahmeindikation vor. Zur Überprüfung des Splittingverbots bedürfe es nicht der Vorlage ihrer Dokumentation. Bei Operationen nach [§ 115b SGB V](#) handele es sich gerade nicht um stationäre Eingriffe. Die abgesetzten Besuche seien zur Durchführung der i.V.-Antibiose notwendig gewesen, da die Patientin die Praxis nicht habe aufsuchen können und unter erheblichen Schluckbeschwerden gelitten habe. Bei Operationen nach [§ 115b SGB V](#) handele es sich gerade nicht um stationäre Eingriffe. Ein Verstoß gegen das Splittingverbot liege dann nicht vor, wenn in einem Behandlungsfall ärztliche und zahnärztliche Leistungen erbracht würden, welche nicht dem jeweils anderen Versorgungsbereich zugeordnet werden könnten und daher dort nicht vergütet werden würden. Die durch den Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erbrachten Leistungen habe dieser in seiner Einzelpraxis erbracht und gegenüber der Beigeladenen abgerechnet. Diese hätten auch nicht bei der Beklagten abgerechnet werden können. Ihre zahnärztlichen Gesellschafter hätten die zahnärztlichen Leistungen erbracht.

Die Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 28.06.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die abgesetzten Leistungen in gesetzlicher Höhe zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, sie habe die Absetzungsentscheidungen auf der Grundlage der von der Klägerin vorgelegten Dokumentationen getroffen. Diese hätten ausschließlich (vertrags-)zahnärztliche Leistungen beinhaltet. Aufgrund des Vortrags der Klägerin habe sie auf Anfrage von der Beigeladenen die bei dieser eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten. Offenbar sei die Versicherte infolge eines Unfalls ohne Fremdverschulden auf das Gesicht gestürzt. Hierbei sei es u.a. zu einer Zahnfraktur an den Zähnen 12 und 21 gekommen sowie zu einer Alveolarfortsatzfraktur im Oberkiefer. Dieser Sturz habe nicht nur chirurgische Maßnahmen im zahnärztlichen Bereich, sondern schwerpunktmäßig im ärztlichen Bereich an der Nase der Versicherten erforderlich gemacht. Es seien am Tag der Operation (15.05.2012) in beiden Bereichen Leistungen abgerechnet worden. Die Behandlung der Alveolarfortsatzfraktur sei im Zusammenhang mit der plastischen Rekonstruktion des Nasenseptums erfolgt. Hier habe der Schwerpunkt des operativen Geschehens gelegen. Die Absetzungen seien daher auch deshalb gerechtfertigt, weil ein Verstoß gegen das Splittingverbot vorliege. Es handele sich um einen einheitlichen Behandlungsfall mit dem Schwerpunkt auf der ärztlichen Behandlung (plastische Rekonstruktion des Nasenseptums). Mit der Abrechnung der Kieferbruchleistungen über sie sei gegen das Splittingverbot verstoßen worden, da alle Leistungen über die Beigeladene abzurechnen gewesen wären. Zudem habe die durchgeführte Augmentation im Zusammenhang mit einer geplanten Implantatversorgung gestanden, für die eine ausdrückliche Ausnahmegenehmigung nicht vorgelegen habe. Die Klägerin sei auch ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen. Bei den über die Beigeladene abgerechneten Leistungen nach Nr. 88115 und 98115 EBM handele es sich um ambulante Operationen im Krankenhaus nach [§ 115b SGB V](#). Dies deute darauf hin, dass es sich bei dem gesamten Eingriff um eine stationäre Versorgung gehandelt habe.

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 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 28.06.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2013 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der abgesetzten Leistungen in gesetzlicher Höhe. Die Klage war abzuweisen.

Die Beklagte geht zutreffend davon aus, dass die durchgeführte Augmentation im Zusammenhang mit einer geplanten Implantatversorgung gestanden hat, für die eine ausdrückliche Ausnahmegenehmigung nicht vorgelegen hat. Zudem war sie wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt, 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, 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) bzw. § 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.1998 - [B 6 KA 34/97 R](#) - [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) = [USK 98155](#), juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - aaO.; BSG, Urt. 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, 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 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, 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 zutreffend davon aus, dass die durchgeführte Augmentation im Zusammenhang mit einer geplanten Implantatversorgung gestanden hat, für die eine ausdrückliche Ausnahmegenehmigung nicht vorgelegen hat. Insofern ist nicht streitig, dass eine Versorgung nach einem Unfall grundsätzlich möglich ist. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf zahnärztliche Behandlung. Nach [§ 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) umfasst die zahnärztliche Behandlung die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören gemäß [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Der GBA hat diese Ausnahmeindikationen in Abschnitt B Nr. VII Nr. 1. bis 4. der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) vom 04.06.2003/24.09.2003 (Bundesanzeiger 2003, S. 24966), in Kraft getreten am 01.01.2004, zuletzt geändert am 01.03.2006 (Bundesanzeiger 2006, S. 4466), festgelegt. Nr. VII Nr. 2. der Behandlungsrichtlinie definiert die Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle. Ein Ausnahmeindikation liegt bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache u. a. in Unfällen haben, vor. Nach Nr. 4 muss die Krankenkasse die in diesen Richtlinien genannten Behandlungsfälle mit dem Ziel begutachten lassen, ob die Ausnahmeindikationen vorliegen. Dies beruht darauf, dass die Krankenkasse die Leistung vor Behandlungsbeginn genehmigen muss ([§ 87 Abs. 1a SGB V](#)). Seitens der Klägerin wurde nicht behauptet, die Genehmigung eingeholt zu haben. Auch wurde eine Genehmigung nicht vorgelegt. Eine Genehmigung liegt aber auch der Beklagten nicht vor. Von daher konnte die Beklagte schon aus diesem Grund die Leistungen absetzen.

Die Beklagte war ferner 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, 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). 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 Kassenzahnärztliche 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 Kassenzahnärztlichen 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 Behandlern 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](#), 611/13 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 Beigeladene abrechenbar gewesen wäre. Im Übrigen ist hier 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 um eine MKG-chirurgische Leistung gehandelt hat. Sowohl bei der Operation der Nase als auch bei der Reposition des Knochens und der Fixation und Schienung handelt es sich um typische Leistungen eines MKG-Chirurgen. Bei den übrigen Leistungen handelt es sich um bloße Begleitleistungen. Die bei der KZV und bei der KV abgerechneten Leistungen fanden beide am 15.05.2012 statt. Es ist nicht erkennbar, warum es sich um zwei verschiedene Operationen gehandelt haben soll oder gar verschiedene Operateure die Operation durchgeführt haben sollten. Aufgrund der

Operation der Nase kam nur eine Abrechnung über die KV in Betracht, wobei die Kammer davon ausgeht, dass die damit in Zusammenhang stehenden übrigen Leistungen auch über diese abrechenbar wären, wenn auch nicht durchweg als weitere Einzelleistungen.

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

2014-07-24