

S 12 KA 349/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 349/07

Datum
07.05.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Verhängung einer Disziplinarbuße von 5.000 Euro gegen einen Vertragsarzt, der unzulässigerweise ein Privatrezept ausgestellt, eine Kassenleistung privat abgerechnet und in einem dritten Fall eine Unkostenpauschale von 20 Euro erhoben hat, ist nicht unverhältnismäßig.
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Verhängung einer Disziplinarbuße in Höhe von 5.000,00 EUR wegen des Vorwurfs einer unzulässigen privatärztlichen Behandlung bei gesetzlich krankenversicherten Patienten.

Der 1953 geborene und jetzt 55-jährige Kläger wurde zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt seit 1996 als Facharzt für HNO-Krankheiten zugelassen.

Mit Schreiben vom 23.02.2007 an den Disziplinarausschuss beantragte die juristische Geschäftsführung der Beklagten die Durchführung eines Disziplinarverfahrens. Darin führte sie aus, die bei der Sancura BKK versicherte Frau D habe am 30.05.2006 aufgrund starker Schmerzen im linken Backenknochen einen Termin bei dem Kläger gehabt. Nach der Untersuchung habe der Kläger ein Rezept für das Antibiotikum AMOXI ausgestellt. Frau D sei erst bei Einlösung des Rezepts in der Apotheke klageworden, dass es sich dabei um eine Privatverordnung gehandelt habe. Eine Anfrage der Apothekerin in der Praxis des Klägers habe insoweit ergeben, dass der Kläger bereits sein Budget übertraffen habe und daher kein Kassenrezept mehr ausgestellt werden könne. Hierüber sei sie von dem Kläger nicht informiert worden. Der Kläger habe hierzu mit Schreiben vom 09.08.2006 erklärt, dass ein "schwachsinniges Hausarztmodell die Konsequenz dafür sei, das gegen Ende eines Quartals von Hausärzten kostenintensive Patienten an den Facharzt abgeschoben würden. Zu diesem Zeitpunkt sei aber auch sein Budget aufgebraucht gewesen. Für diese "dämliche Budgetierung usw." habe unter anderem auch die KV Hessen die Verantwortung zu tragen und deshalb solle man aus der Situation machen, was man wolle. Frau D habe den Kläger nicht auf den Grund einer Überweisung durch einen Hausarzt in Anspruch genommen. Es handele sich vielmehr um einen Originalfall, was auch mit der Angabe der Pseudo-Ziffer 80030 über die Zahlung der Praxisgebühr dokumentiert worden sei. Nach dem Behandlungsschein habe bei der Frau D eine akute Sinusitis maxillaris vorgelegen. Somit habe eine antibiotika-bedürftige Infektionskrankheit vorgelegen, die eindeutig unter den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung falle. Ferner wies sie auf eine Mitteilung der Techniker-Krankenkasse Braunschweig vom 27.09.2005 hin, wonach der Kläger für eine durchgeführte Operation (UPPP bei Schnarchen) eine Privatrechnung für den Patienten AT. E ausgestellt habe. Da es sich jedoch um eine Kassenleistung gehandelt habe, sei der Arzt aufgefordert worden, seine Privatrechnung zurückzuziehen und die Operation über die Krankenversichertenkarte abzurechnen. Hierzu sei der Kläger nach Mitteilung der Techniker-Krankenkasse nicht bereit gewesen. Der Kläger habe dann mit Schreiben vom 12.12.2005 hierzu erklärt, die Problematik der Vergütung einer Schnarchoperation werde von jeder Krankenkasse nach unterschiedlichen Kriterien entschieden. Die Patienten würden daher von der Entscheidung zur Operation gebeten werden, sich an die jeweilige Krankenkasse zu wenden um sich dort zu informieren, ob z.B. noch eine Voruntersuchung im Schlaflabor oder anderes gewünscht werde und ob die Krankenkasse die Kosten nach EBM 2005 übernehme oder nach GOÄ abrechnen möchte oder hiervon z.B. nur 50 % übernehme. So sei auch mit dem Patienten E geschehen, was durch eine Mitarbeiterin bestätigt werden könne. Der Patient habe sich aber ohne seine Krankenkasse vorher zu fragen für die Operation entschieden. Am 27.04.2005 seien dann unter anderem die Septumplastik und die Schnarchoperation durchgeführt worden. Die Bezirksstelle habe den Kläger mit Schreiben vom 22.12.2005 gebeten, die für die Schnarchoperation anfallenden Leistungen im Rahmen seiner nächsten Quartalsabrechnung anzusetzen und den im Rahmen der Privatrechnung enthaltenen Betrag in Höhe von 565,84 EUR an Herrn E

zurückzuerstatten, da es sich nach der ärztliche Bescheinigung vom 27.04.2005 bei der erfolgten Schnarchoperation um einen medizinisch erforderlichen Eingriff gehandelt habe und der Kläger nicht zur Abrechnung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt gewesen sei.

Der Disziplinarausschuss lud den Kläger unter Datum vom 02.05.2007 zu einer mündlichen Verhandlung vor ihm am 23.05.2007. An dieser nahm der Kläger nicht teil.

Mit Beschluss vom 23.05.2007 verhängte der Disziplinarausschuss gegen den Kläger wegen Verstoßes gegen vertragsärztliche Pflichten eine Geldbuße in Höhe von 5.000,00 EUR und setzte die Verwaltungsgebühr auf 1.500,00 EUR fest. Zur Begründung führte er aus, neben in der Antragschrift genannten beiden Vorfällen sei ein weiterer Vorwurf aktenkundig geworden. Gemäß einer Beschwerde der AOK Hessen vom 09.02.2007 habe der Kläger anlässlich einer operativen Nasenscheidewandkorrektur von dem Patienten eine Zuzahlung für Verbrauchmaterial in Höhe von 20,00 EUR verlangt und auch erhalten. Er sei der Überzeugung, dass der betroffene Arzt in dreifacher Hinsicht gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen habe. Soweit der Kläger bei der Patientin D einerseits die Behandlung über Behandlungsschein abgerechnet habe und andererseits die Verordnung auf Privatrezept ausgestellt habe, handele sich um eine unzulässige Aufspaltung der ärztlichen Leistung und ein Verstoß gegen das Sachleistungsprinzip. Nach dem die behandlungsbedürftige Infektionskrankheit eindeutig vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sei, hätte die Verordnung auf eine Muster 16 Arzneiverordnungsblatt vorgenommen werden müssen. Die Privatverordnung sei unzulässig gewesen. Dies war oder hätte dem Kläger auch bekannt sein müssen, sodass er soweit mindestens grob fahrlässig, wenn nicht vorsätzlich gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen habe. Seine im Übrigen unqualifizierte und seinen Status als Vertragsarzt absolut nicht entsprechende Einlassung, er habe aus Budgetgründen keine andere Wahl zu handeln gehabt, sei nicht akzeptabel, zumal seine Argumentation, Hausärzte würden kostenintensive Patienten an Fachärzte abschieben, vorliegend gerade nicht zutreffend gewesen sei. Es habe sich um einen Originalfall gehandelt. Im Fall des Patienten E habe der Kläger unzulässigerweise eine Operation, bei der es sich um eine Kassenleistung gehandelt habe, privat abgerechnet. Unabdingbare Voraussetzung hierfür sei jedoch, dass der Patient vor Beginn der Behandlung entsprechend aufgeklärt werde und er einen schriftlichen Behandlungsvertrag abschließe. Auf die von dem Kläger geschilderten Umstände anlässlich der Behandlung komme es hierbei nicht an. Der Kläger habe somit gegen § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä bzw. § 12 Abs. 1 Nr. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen (EKV) verstoßen, wonach ein Vergütungsanspruch gegenüber einem Patienten nur besteht, wenn und soweit der Patient vor Beginn der Behandlung eine privatärztliche Behandlung auf eigene Rechnung verlange und dies dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt habe, mit ihm also einen schriftlichen Behandlungsvertrag abschließe. Der Kläger habe dies gewusst bzw. hätte dies wissen müssen, nicht zuletzt deshalb, nachdem diese Thematik ausführlich sowohl in der Öffentlichkeit insbesondere innerhalb der Ärzteschaft diskutiert worden sei und diskutiert werde. Insoweit sei das Verschulden nicht mehr nur als gering anzusehen. Der Kläger verstoße gegen einen Grundpfeiler des Vertragsarztprinzips, Versicherte nicht grundsätzlich auf Behandlungsausweis zu behandeln, es sei denn, diese wünschten ausdrücklich eine privatärztliche Behandlung. Erschwerend kommen hinzu, dass der Kläger sich geweigert habe, dem Patienten die gezahlten Beträge zurückzuerstatten und die Leistung im Nachhinein als Kassenleistung zur Abrechnung zu bringen. Auch in Angelegenheit des Patienten H habe der Kläger sich vertragswidrig verhalten, indem er zu der Kassenleistung eine Zuzahlung für Verbrauchmaterial in Höhe von 20,00 EUR gefordert und erhalten habe. Auch hier sei dem Kläger bewusst bzw. er hätte sich dies bewusst machen müssen, dass eine derartige Zuzahlung zu einer Kassenleistung nicht zulässig sei. Es liege ein zumindest grob fahrlässiger Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten vor. Anfragen um eine Stellungnahme habe er mehrfach unbeantwortet gelassen, auch der Hinweis in der Ladung hätte den Kläger offensichtlich unbeeindruckt gelassen. Er habe hierzu keine Stellungnahme abgegeben, obwohl er Anfragen der KV unverzüglich zu beantworten habe (§ 5 Abs. 3 der Satzung der KVH). Zugunsten des Betroffenen gehe er in den drei Fällen von einem lediglich grob-fahrlässigen Verhalten aus. Der Kläger habe in drei Fällen in erheblich vorwerfbarer Weise gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen, einerseits im Fall H gegen das vertragliche Zuzahlungsverbot, andererseits gegen seine Auskunftspflicht der KV gegenüber, im Fall D gegen das Verbot der Leistungssplittung und schließlich im Fall des Patienten E gegen sein Pflicht, einen medizinisch notwendigen Eingriff nicht außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zur Abrechnung zu bringen, es sei denn der Patient wünsche dies ausdrücklich und schließe mit dem Arzt einen schriftlichen Vertrag. Der Ausschuss halte deshalb eine Verwarnung oder Verweis nicht mehr für ausreichend, um einerseits die Pflichtverstöße zu ahnden und andererseits den Kläger zu zukünftig vertragsgerechtem Verhalten anzuhalten. Er habe es deshalb als erforderlich angesehen, aber auch als ausreichend, eine Geldbuße auszusprechen, die noch im mittleren Bereich angesiedelt werden könne. Zugunsten des Klägers habe lediglich gesprochen, dass er disziplinarrechtlich bislang nicht auffällig gewesen sei.

Hiergegen hat der Kläger am 02.08.2007 die Klage erhoben, die er mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 28.04.2008 begründet hat. Er trägt vor, für die Patientin D habe er bzgl. Amoxicillin ein Kassenrezept ausgestellt. Auf Privatrezept habe er Livocab Nasenspray und Tebonin-Tabletten verordnet, da diese Mittel nicht auf Kassenrezept verordnet werden könnten. Im Fall E habe er die Schnarchoperation nach bestem Wissen und Gewissen abgerechnet. Die Operation sei am 28.04.2005 erfolgt. Bis zum EBM 2005 habe es sich nicht um eine Kassenleistung gehandelt. Die Gespräche mit dem Patienten seien vor dem 01.04.2005 erfolgt. Der Patient habe zugestimmt, die Schnarchoperation selbst zu zahlen. Zum Zeitpunkt der Nasenscheidenwandkorrektur habe es einen vertragslosen Zustand bzgl. des ambulanten Operierens gegeben. Der Patient habe lediglich 20 Euro für das Verbrauchsmaterial bezahlen sollen, da nicht zu erwarten war, dass die Krankenkasse diese Kosten übernehmen werde. Der Disziplinarausschuss habe mit der Nichterteilung von Auskünften im Fall F Gesichtspunkte berücksichtigt, die Gegenstand eines anderen Verfahrens seien. Insoweit sei daher die Höhe der Buße zu beanstanden. Er habe auch nicht aus Gewinnstreben gehandelt. Die Höhe der Buße sei ganz wesentlich übersetzt.

Der Kläger beantragt,
den Beschluss des Beklagten vom 23.05.2007 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist in der mündlichen Verhandlung der Klage entgegengetreten.

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 2 Vertretern 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 zulässige Klage ist aber unbegründet. Der Beschluss des Disziplinarausschusses vom 23.05.2007 war rechtmäßig und daher nicht aufzuheben.

Die Beklagte ist zuständig für die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen gegen Vertragsärzte.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die vertragsärztliche Versorgung in dem durch [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Hierzu haben sie nach [§ 75 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte unter Anwendung der in [§ 81 Abs. 5 SGB V](#) vorgesehenen Sanktionen zur Pflichterfüllung anzuhalten. Der skizzierte gesetzliche Rahmen wird ausgefüllt von der entsprechend [§ 81 SGB V](#) beschlossenen Satzung der Beklagten und ihrer Disziplinarordnung.

Der Disziplinarausschuss der Beklagten hat die Verfahrensbestimmungen der Disziplinarordnung in der maßgeblichen Neufassung der Disziplinarordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der von der Vertreterversammlung am 22.01.2005 beschlossenen Fassung eingehalten.

Der Bescheid ist auch materiell rechtmäßig.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, sprechen gegen die grundsätzliche Geltung des Disziplinarrechts im Bereich des Vertragsarztrechts keine Gesichtspunkte des Verfassungsrechts. Die gesetzlichen Vorgaben für die Festsetzung von Disziplinarmaßnahmen sind hinreichend bestimmt. Der Umfang der Befugnisse ist in [§ 81 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) festgelegt. Disziplinarmaßnahmen in diesem Sinne sind nach der Aufzählung des [§ 81 Abs. 5 Satz 2](#) und 3 SGB V je nach der Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis 10.000 EUR oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren (vgl. BSG, Urt. v. 06.11.2002 - [B 6 KA 9/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 81 Nr. 9](#) = [MedR 2003, 422](#) = [NZS 2003, 613](#) m. w. N., zitiert nach juris, Rdnr. 20). Bei der Auswahl der Maßnahme ist der Disziplinarausschuss grundsätzlich berechtigt, nach seinem Ermessen zu handeln, sodass die Entscheidung insoweit nur einer eingeschränkten gerichtlichen Prüfung zugänglich ist. Der Verwaltungsakt ist daher nach [§ 54 Abs. 2 SGG](#) nur bei Ermessensüberschreitung oder bei Ermessensmissbrauch rechtswidrig. Das Gericht hat dazu die Voraussetzungen des Ermessens festzustellen, d. h. insbesondere zu prüfen, ob die Behörde von einem vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist und sich von sachgerechten Erwägungen hat leiten lassen; dabei ist es auf die im Verwaltungsakt mitgeteilten Ermessenserwägungen beschränkt (vgl. BSG, a. a. O., Rdnr. 23).

Der Disziplinarausschuss stützt die Disziplinarmaßnahme auf die drei Behandlungsfälle D, E und F. In der mündlichen Verhandlung hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers eingeräumt, dass im Fall der Patientin D ein Privat Rezept ausgestellt wurde. Ein solches, ausgestellt vom Kläger über "AMOXI WOLFF 1000" befindet sich auch in Kopie in der Verwaltungsakte. Hinsichtlich der rechtlichen Bewertungen der auch im Übrigen vom Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestandenen tatsächlichen Feststellungen des Disziplinarausschusses verweist die Kammer zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Bescheidgründe des angefochtenen Disziplinarbescheides ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Der Kläger ist den Bewertungen des Disziplinarausschusses nicht ernsthaft entgegengetreten. Es ist nicht ersichtlich, weshalb der Kläger nicht auch aus Gewinnstreben gehandelt haben sollte, soweit er eine Zuzahlung von 20 Euro verlangt und eine kassenärztliche Leistung als privatärztliche abgerechnet hat. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verstößt ein Arzt, der vom Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen Zuzahlungen fordert, gegen vertragsärztliche Pflichten (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 36/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 81 Nr. 7](#) = [MedR 2002, 42](#) = [SGB 2003, 37](#) = USK 2001-125; BSG, Beschl. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 76/00 B](#) - juris; BSG, Beschl. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 77/00 B](#) - juris; s. a. BSG, Beschl. v. 17.05.2001 - [B 6 KA 8/00 B](#) - juris = [MedR 2003, 242](#); BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 54/00 R](#) - [BSGE 88, 20](#) = [SozR 3-2500 § 75 Nr. 12](#) = [NJW 2002, 238](#)).

Mit seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung übernahm der Kläger die Pflicht, an ihr unter Beachtung der dafür geltenden Vorgaben teilzunehmen. Der Inhalt der Teilnahmeverpflichtung wird vor allem durch [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) konkretisiert, wonach die vertragsärztliche Versorgung u. a. die ärztliche Behandlung umfasst, die wiederum mit einem entsprechenden umfassenden Leistungsanspruch des Versicherten korrespondiert ([§ 11](#) i. V. m. [§§ 20 ff., 27 SGB V](#)). Die ärztlichen Leistungen werden den Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt ([§ 2 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 1 Satz 3 SGB V](#)), und zwar grundsätzlich als Naturalleistungen ([§ 2 Abs. 2 Satz 1, § 13 Abs. 1 SGB V](#)). Nach der Konzeption des Gesetzes soll also - von besonders geregelten Ausnahmen abgesehen - den Versicherten der GKV die gesamte Krankenbehandlung als Sach- bzw. Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden. Die leistungserbringenden Ärzte erhalten die Vergütung für ihre Tätigkeit - vermittelt über die Kassenärztlichen Vereinigungen - von den Krankenkassen als Leistungsträgern der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Pflicht der Krankenkassen zur Leistungserbringung in Natur und die Einbindung der Leistungserbringer in diese Aufgabe ist nicht bloßer Selbstzweck, sondern hat zum einen den Schutz der Versicherten vor mangelnder ärztlicher Versorgung infolge der damit eintretenden finanziellen Belastungen des einzelnen zum Ziel; zum anderen dient das Naturalleistungsprinzip der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung mittels Einflussnahme auch der das System finanzierenden Krankenkassen auf die Ausgestaltung des Inhalts und insbesondere der Honorierung des Leistungsgeschehens. Zahlungen der Versicherten an die Leistungserbringer - außerhalb der im SGB V geregelten Ausnahmen - widersprechen dem gesetzlich vorgegebenen Naturalleistungssystem. Den Versicherten sollen finanzielle Aufwendungen vielmehr grundsätzlich nur in Gestalt der Sozialversicherungsbeiträge entstehen. Machen daher Leistungserbringer Behandlungsmaßnahmen von (zusätzlichen) Zahlungen der einzelnen Versicherten abhängig, so verstoßen sie gegen ein zentrales Prinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung und handeln der von ihnen mit ihrer Zulassung bzw. Ermächtigung übernommenen Verpflichtung zuwider, die ärztlichen Leistungen gemäß den Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung zu erbringen. Die sich schon aus der vertragsärztlichen Teilnahme i. V. m. dem Naturalleistungsprinzip ergebende Verpflichtung, die Versicherten grundsätzlich ohne gesonderte (Zu-)Zahlungen zu behandeln, ist zusätzlich in den Bundesmantelverträgen normiert. Nach [§ 13 Abs. 6 Satz 1 BMV-Ä](#) und [§ 13 Abs. 4 Satz 1 EKV-Ä](#) darf der Vertragsarzt die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Nach [§ 18 Abs. 3 BMV-Ä](#) und [§ 21 Abs. 3 EKV-Ä](#) darf für vertragsärztliche Leistungen vom Versicherten zudem grundsätzlich keine Zuzahlung gefordert werden; anderes gilt entsprechend den Vorgaben des [§ 32](#)

[Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nur für Massagen, Bädern und Krankengymnastik, soweit der Arzt diese als Teil seiner ärztlichen Behandlung erbringt. Bei den Bestimmungen des BMV-Ä und des EKV-Ä handelt es sich um sog. Normverträge, die allgemein und damit insbesondere auch für den Vertragsarzt verbindlich sind. Missachtet ein Vertragsarzt deren Inhalt, so verletzt er damit seine vertragsärztlichen Pflichten (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 36/00 R](#) - aaO., juris Rdnr. 19 ff.). Das BSG hat bereits 1993 für den Fall eines im Delegationsverfahren tätigen Diplom-Psychologen betont, insbesondere bei der Abrechnung von zusätzlichem Privathonorar bei Kassenpatienten handele es sich um schwerwiegende Pflichtverletzungen (vgl. BSG, Urt. v. 12.05.1993 - [6 RKA 8/92](#) - [BSGE 72, 238](#) = [SozR 3-2500 § 15 Nr. 3](#) = [NZS 1993, 509](#) = [SGb 1994, 384](#) = USK 93113, juris Rdnr. 17).

Angesicht dieser eindeutigen Rechtslage ist es seit langem geklärt, dass Zuzahlungen nach geltendem Recht, von den gesetzlich geregelten Ausnahmen abgesehen, nicht verlangt werden dürfen. Von daher kann sich der Kläger jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum nicht auf eine Rechtsunsicherheit oder einen Rechtsirrtum berufen. Selbst wenn die Krankenkassen eine Unkostenpauschale für das ambulante Operieren nicht erstattet hätten, hätte es keinerlei Grund gegeben, eine solche vom Patienten zu verlangen. Hierfür fehlt es an jeglichem Rechtsgrund. Gleiches gilt für die Abrechnung der Schnarchoperation. Ein zivilrechtlicher Zahlungsanspruch gegenüber den Patienten konnte auch deshalb nicht entstehen, weil der Kläger die bundesmantelvertraglich vorgeschriebene Form nicht eingehalten hat. Soweit der Kläger Unkenntnis hinsichtlich der Abrechnung der Schnarchoperation angibt, so obliegt es in erster Linie ihm selbst, sich ausreichende Kenntnis zu verschaffen. Der Kläger hat auch das Angebot der Krankenkasse, eine Abrechnung bei der Beklagten einzureichen und dem Patienten seine Zahlung zurückzuerstatten, ausgeschlagen. Ähnlich hat der Kläger sich nach Ausstellung des Privat Rezepts im Fall D nach Rücksprache des Apothekers verhalten. Von daher war die Annahme des Disziplinarausschusses, es liege zumindest grobe Fahrlässigkeit vor, von der Kammer nicht zu beanstanden.

Nicht zu beanstanden war von der Kammer auch, dass der Disziplinarausschuss auf die Nichterteilung von Auskünften im Fall F hingewiesen hat. Es ist die Aufgabe des Disziplinarausschusses, alle zum Zeitpunkt der Entscheidung bekannten Verfehlungen einzubeziehen. Mehrere Disziplinarmaßnahmen dürfen grundsätzlich nicht miteinander verbunden werden. Aufgrund des "Gebots der Einheitlichkeit der Disziplinarmaßnahme" darf immer nur eine einzige Maßnahme als Reaktion auf das Vergehen verhängt werden. Nur durch eine einheitliche Bewertung aller einzelnen Verhaltensweisen des Betroffenen kann die vom Disziplinarrecht geforderte Würdigung der Gesamtpersönlichkeit vorgenommen und die mit Hilfe seines Instrumentariums zu klärende Frage beantwortet werden, ob der Vertrags(zahn)arzt für das vertrags(zahn)ärztliche Versorgungssystem tragbar ist und - falls ja - in welcher Form erzieherisch auf ihn eingewirkt werden kann, um seine Untragbarkeit abzuwenden, was die Entziehung der Zulassung wegen gröblicher Pflichtverletzung entsprechen bedeuten würde. Dies schließt es grundsätzlich aus, mehrere Pflichtverletzungen isoliert zu würdigen und für jeden Pflichtverstoß eine gesonderte Disziplinarmaßnahme festzulegen. Es ist stattdessen geboten, das in einem inneren und äußeren Zusammenhang stehende Fehlverhalten eines Vertragsarztes "einheitlich zu würdigen und mit einer einheitlichen Disziplinarmaßnahme zu belegen" (vgl. BSG, Urteil vom 8. März 2000, Az: [B 6 KA 62/98 R](#), [SozR 3-2500 § 81 Nr. 6](#) = [NZS 2001, 50](#) = [MedR 2001, 49](#) = USK 2000-113, juris Rdnr. 27).

Die Höhe der Buße war ebf. nicht zu beanstanden. Sie ist nicht übersetzt. Der Disziplinarausschuss hat die Gründe hierfür dargelegt. Der Kläger hat kein "Wohlverhalten" an den Tag gelegt. Weder hat er an der Aufklärung des Sachverhalts wesentlich mitgewirkt, noch hat er dargelegt, inwieweit er den Patienten die Zahlungen rückerstattet hat, noch hat er sich den Vorwürfen durch Teilnahme an der Verhandlung vor dem Disziplinarausschuss gestellt.

Nach allem war die Klage daher 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
2008-10-09