

L 5 KA 3077/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 4434/05
Datum
24.04.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 3077/06
Datum
07.03.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.4.2006 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen eine Disziplinarmaßnahme (Geldbuße von 5.000 EUR).

Der 1944 geborene Kläger wurde am 2.9.1974 als Arzt approbiert und nach Absolvierung einer entsprechenden Ausbildung durch Urkunde der Bezirksärztekammer Südbaden vom 27.4.1979 als Anästhesist anerkannt. Seit dem Jahr 1981 nimmt er als praktischer Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit Urkunde der Bezirksärztekammer Südbaden vom 14.1.1994 erhielt der Kläger die Genehmigung zur Führung der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" und mit Urkunde vom 19.5.1995 die Anerkennung als Facharzt für Allgemeinmedizin. Mit Beschluss vom 15.9.1995 wandelte der Zulassungsausschuss die Zulassung des Klägers als praktischer Arzt in eine Zulassung als Facharzt für Allgemeinmedizin/Psychotherapie um. Seit 1.12.1998 (Praxisaufnahme zum 1.5.1999) nimmt der Kläger als Facharzt für Allgemeinmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung mit Vertragsarztsitz in F. teil.

Mit Schriftsatz vom 2.6.2003 (Verwaltungsakte - VA - S. 126) beantragte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Südbaden als Rechtsvorgängerin der Beklagten (im folgenden nur: Beklagte), gegen den Kläger ein Disziplinarverfahren einzuleiten und das Ruhen der Zulassung für zwei Quartale auszusprechen. Zur Begründung führte sie aus, bei routinemäßiger Überprüfung zum Jahresende 2001 seien Häufigkeit und teils auch die Unausgewogenheit bei der Abrechnung psychotherapeutisch-psychosomatischer Leistungen aufgefallen. Man habe den Kläger deshalb unter Hinweis auf die der Mitwirkungspflicht zu Grunde liegenden Rechtsvorschriften zur Vorlage seiner Praxisdokumentation in 18 Fällen (bezogen auf die Quartale 2/99 bis 2/01) aufgefordert (Schreiben vom 15.11. und 2.12.2002, VA S. 120,122). Auf wiederholte Nachfragen habe der Kläger mit Bedingungen und Gegenfragen reagiert, die Dokumentationen aber nicht vorgelegt. Damit habe er deren Auswertung pflichtwidrig verhindert. Die Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungsspektrums sei in weiten Teilen nicht nachvollziehbar.

Aus diesem Grund habe man die Abrechnung des Klägers eingehend überprüft mit folgenden Ergebnissen:

1. Der Kläger habe Leistungen nach Gebührennummer 860 EBM (a.F., Erhebung des psychodynamischen Status mittels der biografischen Anamnese unter neurosenpsychologischen oder verhaltensanalytischen Gesichtspunkten mit schriftlichen Aufzeichnungen, einschließlich Beratung des Kranken, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen, insgesamt mindestens 50 Minuten; im Krankheitsfall nur einmal berechnungsfähig) zu Unrecht mehrfach abgerechnet und dadurch seine Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung jedenfalls grob fahrlässig verletzt. Ein schlichtes Versehen liege nicht vor. Vielmehr nehme der Kläger einen hausärztlichen Versorgungsauftrag wahr und habe mit der Gebührennummer 860 EBM eine für hausärztliche Verhältnisse außerordentlich hoch bewertete Gebührennummer abgerechnet. Unter medizinischen Gesichtspunkten handele es sich um eine Basisleistung, die so gründlich und umfangreich erbracht werden müsse, dass sie eine Grundlage für das gesamte nachfolgende Behandlungsgeschehen abgeben könne. Ohnehin stelle die Erbringung fachärztlicher Leistungen durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt einen Sonderfall dar, der besondere Sorgfalt bei der Leistungserbringung und der Leistungsabrechnung gebiete.

2. Weiterhin habe der Kläger Leistungen nach der Gebührennummer 861 EBM abgerechnet, ohne, was notwendig gewesen wäre, zuvor Leistungen nach Gebührennummer 860 EBM erbracht zu haben. Einzelheiten der dem Kläger in diesem Zusammenhang vorzuwerfenden

Abrechnungsfehler hätten (wiederum) mangels ausreichender Mitwirkung nicht aufgeklärt werden können.

3. Der Kläger habe außerdem Leistungen nach Gebührennummer 870 EBM (probatorische Sitzung, Dauer mindestens 50 Minuten, gegebenenfalls Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer) entgegen der aus den Psychotherapie-Richtlinien folgenden Begrenzung mehr als fünf Mal im Krankheitsfall bzw. bei Bestehen desselben Krankheitsbildes abgerechnet; der Richtlinienggeber gehe davon aus, dass in maximal fünf Sitzungen geklärt werden könne, ob das jeweilige Leiden tatsächlich durch Psychotherapie gelindert oder beseitigt werden könne. Auch hierbei gehe es um außerordentlich hoch bewertete Einzelleistungen, weshalb dem Kläger, der seit vielen Jahren Leistungen des Kapitels G IV EBM "Psychotherapie" erbringe und abrechne, erneut grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen sei.

4. Die Gebührennummer 42 EBM (Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobenen Befunde, höchstens zwei Mal im Behandlungsfall) sei ebenfalls fehlerhaft abgerechnet worden. Insoweit sei seit Jahren bekannt, dass diese Gebührennummer nicht angesetzt werden dürfe, wenn Operateur und Anästhesist sich hinsichtlich der Durchführung einer Operation berieten, erst recht nicht, wenn nicht einmal eine operative Behandlung, sondern beispielsweise eine Gastroskopie, anstehe. Bei der Überprüfung der Quartale 1/01 und 2/01 habe man eine Reihe von Fällen gefunden, bei denen der Kläger gleichwohl die Konsultation zeitgleich mit dem gastroskopierenden Arzt bei demselben Patienten abgerechnet habe. Wiederum sei jedenfalls von grober Fahrlässigkeit auszugehen. Außerdem seien die auf den Abrechnungsscheinen angegebenen Zeiten in manchen Fällen derart weit voneinander abgewichen, dass ein Konsilium gar nicht habe stattfinden können. In einem Fall sei das Konsilium durch die Abrechnung des Kollegen nicht einmal durch Gebührennummer 42 EBM belegt.

5. Die Erbringung einer Leistung nach Gebührennummer 461 EBM (intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschließlich Anlegen eines i.v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde etc.) sei bei der Durchführung einer Endoskopie weder medizinisch nötig noch sinnvoll; insoweit genüge bei kurzzeitiger Vereisung des Rachenraumes zur Unterdrückung des Brechreizes die vereinzelte Gabe leichter Sedativa. Die teilweise festgestellte Gabe von Dormicum (Wirkstoff Midazolam) sei für den Ansatz einer Leistung nach Gebührennummer 461 EBM nicht ausreichend. In einzelnen Fällen habe der Praxisgemeinschaftskollege des Klägers bei Durchführung von Gastroskopen solche Leistungen abgerechnet. Da die gerügte Abrechnung auf das Behandlungsverhalten des Praxisgemeinschaftskollegen weitgehend abgestimmt sei und durch minutengenaue Zeitangabe offenbar der Anschein besonderer Zuverlässigkeit habe erweckt werden sollen, gehe man auch hier zumindest von grober Fahrlässigkeit aus.

Insgesamt zeige das Abrechnungsverhalten des Klägers einen systematischen Fehlgebrauch der Gebührenordnung, wodurch das Vertrauen in seine Abrechnungsweise erschüttert sei. Gezieltes Vorgehen könne man angesichts der Vielzahl der dargestellten Fälle, der langen Dauer und des besonderen Zusammenwirkens zwischen den Ärzten nicht ausschließen.

Mit Schreiben vom 18.7.2003 (VA S. 132) gab die Beklagte dem Kläger Gelegenheit, zum Antrag auf Einleitung des Disziplinarverfahrens Stellung zu nehmen. Unter dem 28.8.2003 trug der Kläger vor, richtig sei, dass er zur Vorlage seiner Praxisdokumentation aufgefordert worden sei, freilich habe er keine Bedingungen oder Gegenfragen gestellt, sondern nur eine rechtsverbindliche Auskunft zu seiner Befugnis, sensible Patientendaten weiterzugeben, erbeten; hierfür legte der Kläger unter anderem ein Antwortschreiben des Landesbeauftragten für den Datenschutz Baden-Württemberg vom 28.8.2003 vor (VA S. 153), in dem ausgeführt ist, nach Maßgabe seines eigenen Vortrags, sei der Kläger berechtigt und verpflichtet, der Beklagten personenbezogene Auskünfte über Patienten zu erteilen, wenn nachvollziehbar dargelegt sei, dass die Beklagte andernfalls ihre gesetzlichen Aufgaben, hier die Überprüfung seiner therapeutischen Leistungen, nicht erfüllen könne. Der Kläger machte weiter geltend, er sei bereit, einem kompetenten Gremium von Psychotherapeuten die Qualität seiner Arbeit darzulegen, weshalb von einer Verletzung seiner Mitwirkungspflichten keine Rede sein könne. Aus datenschutzrechtlichen Gründen führe er Aufzeichnungen (zur Gebührennummer 860 EBM) handschriftlich, damit sie im Computer nicht von Dritten eingesehen werden könnten. Jeder Psychotherapeut wisse im Übrigen, dass man eine biografische Anamnese nicht in 50 Minuten erheben könne. Sofern er möglicherweise versehentlich an Stelle der Gebührennummer 861 EBM die Gebührennummer 860 EBM erneut aufgeschrieben haben sollte, bedauere er das. Fehler dieser Art hätte die Beklagte von sich aus berichtigen können; das sei, wie er gesprächsweise erfahren habe, offenbar wegen eines Systemfehlers im Computer unterblieben. Er bedauere auch, dass er offenbar die Gebührennummer 870 EBM (probatorische Sitzung) in manchen Fällen fälschlicherweise mehr als fünfmal angesetzt habe. Auch das hätte die Beklagte aber korrigieren können. Was die angebliche Falschabrechnung der Gebührennummer 42 EBM angehe, träfen die Vorwürfe nicht zu; sie beruhten offenbar auch auf mangelnder Sachkenntnis. Bei den Konsilien anlässlich einer Sedoanalgesie im Zuge einer Gastroskopie sei es um den korrekten Austausch von Patienteninformationen gegangen. Die von der Beklagten monierten Zeitangaben bezögen sich lediglich auf die Eintragung und nicht die Erbringung der Leistung. Auch den Darlegungen zur Endoskopie fehle es an der notwendigen Fachkenntnis. Die Anästhesieleistungen seien von der Beklagten genehmigt worden und er habe sie korrekt ausgeführt. Insgesamt habe er sich, abgesehen von Fehllansätzen der Gebührennummern 860 und 870 EBM, die die Beklagte hätte berichtigen müssen, einwandfrei verhalten.

Nachdem der Kläger weitere Unterlagen (u.a. Anästhesieprotokolle) eingereicht hatte, teilte ihm die Beklagte mit Schreiben vom 9.8.2004 mit, es sei aufgefallen, dass in vielen Fällen die Versichertenkarten von Patienten bei ihm bzw. seinem Gemeinschaftspraxispartner am gleichen Tage eingeleistet worden seien, obwohl die Behandlung durch den zweiten Arzt erst einige Tage später erfolgt sei. Außerdem seien in den Quartalen 1/01 und 2/01 beim Ansatz der Gebührennummer 17 EBM Überschreitungen von 785 Prozent bzw. 935 Prozent (Gemeinschaftspraxispartner) sowie 444 Prozent beziehungsweise 381 Prozent (Kläger) aufgefallen (VA S. 189). Bereits Jahre zuvor war beabsichtigt gewesen, Honorarbescheide des Klägers ab dem Quartal 2/99 aufzuheben und das Honorar auf den Fachgruppendurchschnitt zu kürzen, u. a. wegen an Hand von Tagesprofilen nicht nachvollziehbaren Arbeitszeiten (Arbeitszeiten zwischen 15,52 und 17,34 Stunden) sowie wegen Abrechnungsfehlern, die den dem Kläger im Disziplinarverfahren vorgeworfenen Fehlern weitgehend entsprachen (VA S. 199, 190).

Am 10.11.2004 beschloss der Disziplinarausschuss, ein Disziplinarverfahren gegen den Kläger einzuleiten (VA S. 216). Die mündliche Verhandlung fand am 19.1.2005 statt; der Kläger nahm daran teil (Sitzungsniederschrift VA S. 219).

Mit Beschluss vom 31.1.2005 legte der Disziplinarausschuss dem Kläger eine Geldbuße in Höhe von 5.000 EUR auf. Zur Begründung führte er aus, die vorgelegten Unterlagen und die Anhörung des Klägers in der mündlichen Verhandlung hätten ergeben, dass die gegen ihn

erhobenen Vorwürfe weitgehend zuträfen. Lediglich hinsichtlich des gerügten Ansatzes der Gebührennummer 42 EBM für Konsultationen mit dem gastrokopierenden Arzt habe ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten nicht festgestellt werden können.

Der Kläger, der erstmals zu Beginn des Jahres 2002 unter Hinweis auf die einschlägigen Bestimmungen aufgefordert worden sei, seine Patientendokumentation zur Abrechnungsprüfung vorzulegen, habe seine Mitwirkungspflichten verletzt. Die Aufforderung sei rechtmäßig gewesen und hätte vom Kläger erfüllt werden müssen. Dieser habe insoweit auch schuldhaft gehandelt. Die mit Prüfungsaufgaben betrauten Bediensteten unterlägen, was der Kläger bei seinen datenschutzrechtlichen Bedenken außer acht lasse, ebenfalls der Schweigepflicht. Außerdem sei nicht verlangt worden, die Namen der Patienten voll anzugeben. Ungeachtet dessen seien etwaige Zweifel jedenfalls seit August 2003 nicht mehr berechtigt gewesen, nachdem der Landesbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg dem Kläger unmissverständlich mitgeteilt habe, dass eine Offenbarungspflicht bestehe. Seit dieser Zeit habe der Kläger mit der Weigerung, die Dokumentationen vorzulegen, vorsätzlich gehandelt.

Dem Kläger seien außerdem Falschabrechnungen vorzuwerfen. Unter Missachtung der Unterscheidung zwischen Krankheitsfall und Behandlungsfall (der Behandlungsfall betreffe die gesamte, vom Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung; der Krankheitsfall beziehe sich auf die Krankheit als solche über die Quartalsgrenze hinweg) habe er Leistungen nach Gebührennummer 860 EBM bei 9 Patienten zu Unrecht zweimal angesetzt.

Auch hinsichtlich der Gebührennummer 861 EBM habe der Kläger fehlerhaft abgerechnet. Diese Gebührennummer betreffe die vertiefte Exploration unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbst erbrachten Leistung nach Gebührennummer 860 EBM und könne höchstens zweimal im Behandlungsfall berechnet werden. Aus den Abrechnungsunterlagen gehe aber hervor, dass der Kläger in den Quartalen 2/99 bis 2/01 bei 20 Patienten die Gebührennummer 861 EBM zum Teil mehrfach angesetzt habe, ohne zuvor eine Leistung nach Gebührennummer 860 EBM erbracht zu haben. Mehrfachabrechnungen als solche könne man dem Kläger jedoch nicht vorhalten, da Leistungen nach der Gebührennummer 861 EBM in keinem Quartal mehr als zweimal angesetzt worden seien. In zwei Fällen habe der Kläger Leistungen nach Gebührennummer 860 EBM erst im nachfolgenden Quartal erbracht, so dass eine Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbst erbrachten Leistung nach Nummer 860 EBM nicht möglich gewesen sein könne.

Auch bei der Abrechnung der Gebührennummer 870 EBM sei der Kläger nicht korrekt verfahren und habe namentlich die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinien verletzt. Nach Abschnitt E Nr. 1.1.1 dieser, für den Kläger verbindlichen Richtlinie seien vor der ersten Antragstellung bis zu fünf probatorische Sitzungen möglich. Der Kläger habe in den Quartalen 2/99 bis 2/01 bei 18 Patienten aber 6 bzw. 10 probatorische Sitzungen abgerechnet.

Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragsarzthonorare sachlich-rechnerisch berichtigen könnten, entbinde den Vertragsarzt nicht davon, seinerseits (von vornherein) richtig abzurechnen. Er dürfe sich nicht darauf verlassen, Abrechnungsfehler würden von Amts wegen korrigiert. Mit Abgabe seiner Abrechnung bestätige der Vertragsarzt vielmehr, die Leistungen persönlich erbracht und richtig abgerechnet zu haben. Letzteres sei hier nicht der Fall gewesen.

Dem Kläger sei zumindest grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen. Was die Abrechnung von Leistungen nach Gebührennummer 461 EBM angehe, komme es nicht darauf an, ob die Durchführung einer Narkose bei Endoskopien medizinisch nötig und sinnvoll sei oder nicht; hierzu seien Ermittlungen nicht anzustellen gewesen. Ausschlaggebend sei allein, ob der Kläger die abgerechneten Leistungen vollständig erbracht habe. Das sei jedoch nicht der Fall gewesen. Der Kläger habe die Unterlagen von über 50 Patienten vorgelegt, bei denen er die Gebührennummer 461 EBM und sein Praxismitskollege zeitgleich die Gebührennummer 741 EBM abgerechnet habe. Leistungen nach Gebührennummer 461 EBM (intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschließlich Anlegen eines i.v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, gegebenenfalls einschließlich Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde, ...) habe der Kläger aber schon deshalb nicht vollständig erbracht, weil in allen Fällen ein EKG-Monitoring nicht durchgeführt worden sei. In der mündlichen Verhandlung habe er auf ausdrückliche Frage eingeräumt, bei Endoskopien ein kontinuierliches EKG-Monitoring nicht vorzunehmen. Die stattdessen durchgeführte kontinuierliche Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung genüge für die korrekte Abrechnung der Gebührennummer 461 EBM nicht. Davon abgesehen habe der Kläger auch eine Narkoseleistung im Sinne der genannten Gebührennummer nicht erbracht. Das habe die ausführliche Diskussion in der mündlichen Verhandlung ergeben, wonach der Kläger in allen Fällen Dormicum und Buscopan verabreicht habe; für eine Narkose im eigentlichen Sinne genüge das nicht.

Die festgestellten Verletzungen seiner vertragsärztlichen Pflichten habe der Kläger schuldhaft begangen; ihm sei zumindest grobe Fahrlässigkeit, wenn nicht sogar Vorsatz vorzuwerfen. Die Richtigkeit der Angaben auf den Behandlungsausweisen könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen nur in engen Grenzen überprüfen. Kontrollen seien mit erheblichem Aufwand und unsicheren Ergebnissen verbunden. Deshalb beruhe das System der Abrechnung in großem Maße auf dem Vertrauen, dass der Vertragsarzt die Behandlungsausweise richtig ausfülle bzw. durch sein Personal richtig ausfüllen lasse. Der nicht nur in Einzelfällen, sondern in auffällender Weise mehrfach erfolgte Ansatz der Gebührennummern 860 und 870 EBM, der vielfache Ansatz der Gebührennummer 861 EBM ohne vorhergehende Leistungen nach Gebührennummer 860 EBM und der Ansatz der Gebührennummer 461 EBM bei praktisch allen von seinem Gemeinschaftspraxismitskollegen durchgeführten Endoskopien lasse einen grob fahrlässigen Umgang mit dem einschlägigen Regelwerk erkennen. Insbesondere gelte das für die Gebührennummer 461 EBM, da der Kläger ausgebildeter Anästhesist sei. Für grobe Fahrlässigkeit spreche auch die Einlassung des Klägers, Abrechnungsfehler werde die Kassenärztliche Vereinigung ohnehin feststellen und entsprechend korrigieren.

Bei der Bemessung der zu verhängenden Disziplinarmaßnahme seien Vielfalt und Häufigkeit der begangenen Verstöße berücksichtigt worden. Obwohl der Kläger bereits einmal, wenn auch nicht einschlägig, disziplinarrechtlich in Erscheinung getreten sei (Beschluss vom 21.1.1998, 334.024/3/94) halte man es nicht für angebracht, dem auf das Ruhen der Zulassung für zwei Quartale gerichteten Hauptantrag der Beklagten zu folgen. Vielmehr genüge die Verhängung einer Geldbuße von 5.000 EUR, um den Kläger dazu anzuhalten, die von ihm erbrachten Leistungen künftig korrekt abzurechnen.

Am 18.3.2005 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Freiburg. Mit Beschluss vom 8.7.2005 erklärte sich das Sozialgericht für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das örtlich zuständige Sozialgericht Stuttgart.

Der Kläger trug vor, seinen Irrtum hinsichtlich der Abrechnung der Gebührennummern 860, 861 EBM - die keineswegs exorbitant hoch bewertet seien - und der Gebührennummer 870 EBM habe er zugegeben. Sowohl sein Fehlersuchprogramm wie dasjenige der Beklagten habe die Falschansätze offenbar übersehen. Jeder Arzt erhalte mit der endgültigen Quartalsabrechnung eine sachlich-rechnerische Berichtigung, bei der Abrechnungsfehler korrigiert würden. Das müsse zur Wahrung der Gleichbehandlung auch in seinem Fall geschehen. Er habe sich nie geweigert, Patientendokumentationen vorzulegen, sondern nur um ergänzende Erläuterung der Beklagten gebeten, ob er zur Weitergabe sensibler Patientendaten ohne Einwilligung der Patienten überhaupt berechtigt sei. Außerdem habe er um Aufklärung gebeten, ob es quantitative oder qualitative Beanstandungen gebe. Beidem sei die Beklagte nicht nachgekommen. Es sei wohl selbstverständlich, dass psychotherapeutische Leistungen auch nur von Psychotherapeuten qualitativ beurteilt werden könnten. Im übrigen habe der Landesbeauftragte für den Datenschutz zusätzliche Erläuterungen der Beklagten für notwendig erachtet. Ihn beruhige es keineswegs, dass die Bediensteten der Beklagten ebenfalls der Schweigepflicht unterlägen, zumal sie mangels Fachkompetenz zu qualitativen Aussagen gar nicht befähigt seien. Er sei daher immer bereit gewesen, unabhängigen Psychotherapeuten die Behandlungsdaten offen zu legen. Was die Abrechnung der Gebührennummer 461 EBM angehe, hätten die Mitglieder des Disziplinausschusses als Allgemeinmediziner nicht die Qualifikation zur Beurteilung der maßgeblichen Fragen bzw. zur Beurteilung von Narkoseprotokollen. Insoweit sei ein entsprechendes Fachgutachten notwendig zu der Frage, ob eine Sedoanalgesie bei Durchführung der Gastroskopie medizinisch notwendig und sinnvoll sei. Zu Unrecht berufe sich der Disziplinausschuss auch darauf, dass er die Leistungslegende der Gebührennummer 461 EBM nicht vollständig erfüllt habe. Bei Erfüllung der Leistungslegende wäre die Untersuchung nämlich gar nicht möglich. Die Gebührennummer 461 EBM sei insgesamt unschlüssig und unlogisch und könne jedenfalls von einem Allgemeinmediziner nicht auf ihre Praktikabilität geprüft werden. Etwaige Abrechnungsfehler habe er schließlich weder schuldhaft noch grob fahrlässig begangen. Vielmehr hätte die Beklagte hier korrigierend eingreifen müssen. Er verfüge wegen seiner zusätzlichen Qualifikationen über die Berechtigung, mehr abzurechnen als ein Allgemeinmediziner ohne Zusatzqualifikation; das werde ihm offenbar geneidet. Mittlerweile sei er 32 Jahre ärztlich tätig und nehme seit 24 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Bis jetzt habe es keinerlei Beanstandungen gegeben.

Die Beklagte trug vor, unstreitig habe der Kläger die im angefochtenen Bescheid näher bezeichneten Fehler bei der Abrechnung zum Teil hoch bewerteter Diagnosegrundleistungen begangen. Diese hätten nicht mit Hilfe der üblicherweise verfügbaren Dokumentationen geklärt werden können, weshalb man den Kläger (nach § 13 Abs. 3 Satz 2 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden) zur Vorlage weiterer Unterlagen aufgefordert habe; auf die hierfür maßgeblichen Rechtsgrundlagen sei der Kläger in Schreiben vom 23.1. und 25.11.2002 hingewiesen worden. Außerdem habe man gebeten, die Patientendokumentationen anonymisiert einzureichen. Spätestens seit dem Aufklärungsschreiben des Landesbeauftragten für den Datenschutz vom August 2003 habe der Kläger die Vorlage der Unterlagen vorsätzlich verweigert. Ihm komme es auch nicht zu, die Erfüllung seiner Mitwirkungspflichten von der Beantwortung einzelner Fragen abhängig zu machen; auf welche Weise sie den Sachverhalt prüfe, sei ihre Sache. Dem Kläger sei es in Wahrheit auch nicht um den Datenschutz gegangen. Vielmehr habe er sich der Überprüfung durch die zuständigen Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung entziehen und sich statt dessen nur von - so sein Klagevorbringen - unabhängigen Psychotherapeuten kontrollieren lassen wollen.

Den Leistungsinhalt der Gebührennummer 461 EBM habe der Kläger in den gerügten Fällen nicht vollständig erfüllt und im Wissen darum gleichwohl - vorsätzlich falsch - abgerechnet. Es sei nicht seine Sache, die Logik einer Abrechnungsnummer zu beurteilen und er sei auch nicht dazu befugt, sie nach eigenem Gutdünken entgegen ihres klaren Wortlauts anzuwenden. Die Bestimmungen des EBM seien vielmehr für jeden Vertragsarzt bindend.

Geklärt sei auch, dass das Medikament Buscopan nur ein Spasmolytikum sei und seine Anwendung keine Narkose/Analgesie im medizinischen Sinne darstelle. Der ärztliche Beisitzer im Disziplinausschuss habe das zutreffend eingeschätzt. Von schlichten Versehen, die im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigung auszuräumen seien, könne angesichts der Vielzahl der Fälle und der Dauer des Fehlverhaltens keine Rede mehr sein. Den Kläger treffe wie jeden Vertragsarzt die Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung, die er zu erfüllen habe. Demgegenüber dürfe er nicht einfach annehmen, bei jeglicher Falschabrechnung werde die Kassenärztliche Vereinigung im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung korrigierend eingreifen, und weitergehende Maßnahmen würden nicht ergriffen.

Der Kläger wandte abschließend ein, das Vorbringen der Beklagten sei nicht richtig. Außerdem sei der Wortlaut der Leistungslegende zu Gebührennummer 461 EBM keineswegs eindeutig. Er bliebe dabei, dass der Beklagten die Kompetenz zur Beurteilung seiner psychotherapeutischen Abrechnungen fehle; so habe er etwa den Unterschied zwischen der Erhebung einer biografischen Anamnese und Psychotherapie - als ehemaliger Lehrer mit fünfjähriger Berufserfahrung didaktisch einwandfrei - dargelegt, was man bei der Beklagten offenbar dennoch nicht verstanden habe.

Mit Urteil vom 24.4.2006 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Bescheid des Disziplinausschusses sei rechtmäßig. Gem. [§ 81 Abs. 5 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) müssten die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen, bestimmen. Maßnahmen nach Satz 1 seien je nach der Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren. Das Höchstmaß der Geldbuße könne bis zu 10.000 EUR betragen. § 10 der Disziplinarordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden, die als Satzungsbestandteil für den Kläger verbindlich sei, sehe die in [§ 81 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) genannten Maßnahmen vor.

Die Beklagte habe das Disziplinarverfahren ordnungsgemäß durchgeführt. Der angefochtene Disziplinarbescheid sei auch inhaltlich nicht zu beanstanden.

Gem. [§ 75 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in [§ 81 Abs. 5 SGB V](#) vorgesehenen Maßnahmen zur Pflichterfüllung anzuhalten. In [§ 81 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) seien die Disziplinarmaßnahmen in einer Stufenfolge festgelegt, wobei die Verhängung einer Einzelmaßnahme jeweils an die Intensität des vertragsärztlichen Pflichtenverstößes anknüpfe (BSG [SozR 3-2500 § 81 Nr. 6](#) sowie Urteil vom 11.9.2002, - [B 6 KA 36/01 R](#) -). Kern jeder Disziplinarmaßnahme sei die Missbilligung eines Verhaltens und der Vorwurf der schuldhaften, mindestens fahrlässigen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten. Disziplinarrechtliche Maßnahmen bezweckten, den Vertragsarzt zur ordnungsgemäßen Erfüllung seiner vertragsärztlichen Pflichten zu veranlassen, dienten jedoch nicht der Vergeltung oder Sühne. Ob der Vertragsarzt seine Pflichten verletzt habe, sei gerichtlich voll überprüfbar. Dagegen habe der Disziplinausschuss bei der

Auswahl der Disziplinarmaßnahmen grundsätzlich ein gerichtlich nur eingeschränkt nachprüfbares Ermessen, das durch den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit allerdings erheblich eingeschränkt sei. Der Disziplinarbescheid sei daher nach [§ 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) nur bei Ermessensüberschreitung oder Ermessensfehlgebrauch rechtswidrig. Das Gericht habe insbesondere zu prüfen, ob der Disziplinarausschuss von einem vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen sei und sich von sachgerechten Erwägungen habe leiten lassen. Dabei sei es auf die im Verwaltungsakt mitgeteilten Ermessenserwägungen beschränkt. Die Gerichte hätten nicht die Befugnis, ihrerseits an Stelle des Disziplinarausschusses die nach Maßgabe der Entscheidungsspielräume erforderlichen entscheidungserheblichen Feststellungen, Gewichtungen und Abwägungen nachzuholen.

Daran gemessen sei der angefochtene Bescheid nicht zu beanstanden. Der Kläger habe seine vertragsärztlichen Pflichten schuldhaft nicht ordnungsgemäß erfüllt.

Mit der zunächst verweigerten und sodann sehr verspätet erfolgten Vorlage der angeforderten Patientendokumentationen habe der Kläger seine vertragsärztlichen Pflichten verletzt. Nach [§ 285 Abs. 2 SGB V](#) dürfe die Kassenärztliche Vereinigung Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse einer in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Person speichern und erheben, soweit dies zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#), einer Qualitätsprüfung nach [§ 136 SGB V](#) oder einer Plausibilitätskontrolle auf der Grundlage von Stichproben nach [§ 83 Abs. 2 SGB V](#) erforderlich sei. Zur Ermöglichung der Abrechnungsprüfung sei der Vertragsarzt gem. [§ 295 Abs. 1 Arzt SGB V](#) verpflichtet, der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen. Dies folge auch aus [§ 13 Abs. 2](#) der Satzung der Beklagten. Ohne Zweifel dürfe diese im Rahmen von Stichprobenprüfungen die Vorlage von Dokumentationen zu einzelnen, namentlich genannten Patienten anfordern. Andernfalls könnten auffällige Behandlungsausweise nicht überprüft werden. Selbst wenn man dem Kläger zugute halten wolle, er habe mit seinen zahlreichen Nachfragen einen Verstoß gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen vermeiden wollen, sei spätestens mit der Stellungnahme des Landesbeauftragten für den Datenschutz vom 28.8.2003 geklärt, dass eine Verpflichtung zur Auskunftserteilung bestehe. Rechtlich unbeachtlich sei, wer vorgelegte Dokumentationen beurteile. Die Kassenärztliche Vereinigung sei verpflichtet, Daten nur an diejenigen Bediensteten zu übermitteln, die sie für ihre Aufgaben benötigten. Dabei handele es sich aber um eine interne Organisationsfrage, die die Auskunftspflicht des Klägers nicht berühre. Dieser könne auch keineswegs erzwingen, dass die Dokumentationen von einem unabhängigen Gremium aus Psychotherapeuten an Stelle der Beklagten beurteilt würden.

Der Kläger habe zudem durch Falschabrechnung gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen. Hinsichtlich der Gebührennummern 860, 861 und 870 EBM habe er Abrechnungsfehler eingeräumt. Gleiches gelte für die Leistung nach Gebührennummer 461 EBM. Insoweit sei unerheblich, ob die vom Kläger angewandte Medikation mit Dormicum als Narkose einzustufen sei, da der Kläger auch in der mündlichen Verhandlung erneut bestätigt habe, ein (wie in der Leistungslegende zu Gebührennummer 461 EBM verlangt) kontinuierliches EKG-Monitoring nicht durchgeführt zu haben. Damit sei der Leistungsinhalt dieser Gebührennummer nicht vollständig erbracht worden und der Kläger habe keinen Vergütungsanspruch. Da er entsprechende Leistungen gleichwohl abgerechnet habe, habe er seine Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung verletzt.

Insgesamt habe der Kläger in vielfältiger und teilweise nachhaltiger Weise gegen seine Pflichten als Vertragsarzt verstoßen. Ihm sei auch Verschulden vorzuwerfen. Was die Weigerung zur Vorlage von Patientendokumentationen angehe, habe er mindestens seit der Stellungnahme des Landesbeauftragten für den Datenschutz vom 28.8.2003 um seine gesetzliche Pflicht zur Datenübermittlung gewusst. Spätestens ab diesem Zeitpunkt habe er daher wider besseres Wissen und damit vorsätzlich gehandelt. Auch hinsichtlich der Verletzung des Gebots zur peinlich genauen Leistungsabrechnung liege zumindest grobe Fahrlässigkeit vor. Zu Unrecht wende der Kläger insoweit ein, fehlerhafte Abrechnungen müssten im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigung korrigiert werden. Bezogen auf Leistungen nach Gebührennummer 461 EBM liege darüber hinaus sogar eine vorsätzliche Falschabrechnung vor. Denn der Kläger habe im Rahmen der mündlichen Verhandlung deutlich gemacht, dass er ein kontinuierliches EKG-Monitoring, das die Leistungslegende dieser Gebührennummer verlange, bei anlässlich von Gastroskopen erfolgten Narkosen nicht für erforderlich halte. Unglaublich sei demgegenüber sein Vorbringen, er habe die Leistungslegende der Gebührennummer 461 EBM nicht verstanden, zumal er andererseits auf seine besondere Qualifikation und seine Ausbildung als Anästhesist sowie seine didaktischen Fähigkeiten als ehemaliger Lehrer anführe. Im Übrigen stehe es dem Kläger nicht zu, Leistungsbestandteile einer Gebührennummer nach eigenem Gutdünken wegfällen zu lassen, wenn er eine ärztliche Leistung als zu niedrig bewertet empfinde. Alles in allem habe die Beklagte hinreichende Veranlassung gehabt, gegen den Kläger disziplinarrechtlich vorzugehen.

Die Verhängung einer Geldbuße von 5.000 EUR sei rechtlich nicht zu beanstanden. Insoweit stehe dem Disziplinarausschuss ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbares Ermessen zu. Die Verwarnung als mildeste Form komme nur bei äußerst geringfügigen Verfehlungen in Betracht. Der Verweis als schärfere Form der Maßregelung könne bei wiederholt begangenen, aber sehr geringfügigen Verstößen oder bei einmaligen, kurzzeitigen, nicht völlig geringfügigen Verfehlungen ausgesprochen werden. Eine Geldbuße bis zu 10.000 EUR stelle demgegenüber die Regelsanktion dar, wobei eine Differenzierung hinsichtlich der Schwere der Verfehlung des Vertragsarztes durch die Höhe der Geldbuße erfolge. Voraussetzung sei der Eintritt eines gewissen Schadens für die Gemeinschaft der Versicherten oder einzelne Patienten. Die Anordnung des Ruhens der Zulassung komme in Betracht, wenn die Verfehlung das Vertrauensverhältnis zu den Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung empfindlich gestört habe und bereits an die Grenzlinie heranreiche, ab der die Zulassung zu entziehen wäre, gleichwohl das zeitweise Ruhen aber noch ausreiche. Hier habe der Disziplinarausschuss in der Begründung seines Bescheides dargelegt, dass er die Vielfalt und Häufigkeit der begangenen Verstöße berücksichtigt habe. Weiter habe er bedacht, dass der Kläger bereits einmal, wenn auch nicht einschlägig, disziplinarrechtlich in Erscheinung getreten sei. Schließlich seien spezialpräventive Erwägungen in Rechnung gestellt worden, nachdem man den Kläger nachhaltig an die Erfüllung seiner vertragsärztlichen Pflichten habe erinnern wollen. Damit sei das Ermessen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben rechtlich einwandfrei ausgeübt worden. Die ausgesprochene Disziplinarmaßnahme bewege sich trotz der teilweisen Hartnäckigkeit der Pflichtverstöße im mittleren Bereich der möglichen Sanktionen. Von einem geringfügigen Fehlverhalten, das mit einer Verwarnung oder einem Verweis zu ahnden wäre, sei der Disziplinarausschuss zu Recht nicht ausgegangen.

Auf das ihm am 15.5.2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 6.6.2006 Berufung eingelegt. Er bekräftigt und vertieft sein bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, er halte die am angefochtenen Urteil mitwirkenden ehrenamtlichen Richter für befähigt, da sie auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung berufen worden seien. Außerdem seien sie weder Anästhesisten noch Psychotherapeuten. Nach wie vor habe er keine klare Auskunft dazu erhalten, ob er die Daten seiner Patienten ohne deren Einwilligung weitergeben dürfe und ob eine

quantitative oder qualitative Beurteilung seiner psychotherapeutischen Leistungen durchgeführt werden solle. Auch angesichts des Schreibens des Landesbeauftragten für den Datenschutz sei es Aufgabe der Beklagten, ihm nachzuweisen, dass nur mit den angeforderten Unterlagen eine weitere Prüfung möglich sei. Insgesamt seien seine Befürchtungen, bei der Beklagten sei die notwendige Sachkompetenz nicht vorhanden und man werde nicht korrekt vorgehen, bestätigt. Die vorgelegten Anästhesieprotokolle seien nicht von Fachkollegen geprüft worden, sondern von Allgemeinmedizinerinnen, die noch nie eine Anästhesie durchgeführt hätten. Dass er zur peinlich genauen Abrechnung verpflichtet sei, verstehe sich von selbst und werde nicht bestritten. Trotzdem komme es zu unvermeidlichen Fehlern. Seine Abrechnungsfehler bedauere er. Von Fahrlässigkeit oder gar grober Fahrlässigkeit oder Absicht könne aber keine Rede sein. Er verlange, dass seine Abrechnungsunterlagen hinsichtlich psychotherapeutischer Leistungen durch unabhängige Psychotherapeuten und die Narkoseprotokolle durch Anästhesisten beurteilt würden. Außerdem wolle er nunmehr eine rechtsverbindliche Auskunft darüber haben, dass er sensible Patientendaten ohne deren Einwilligung an anonyme Stellen weitergeben dürfe. Schließlich sei er ein "Musterknabe" der Krankenkassen, weil er hinsichtlich der Medikamentenverordnung im Durchschnitt 20 und 30 Prozent unterhalb seiner Kollegen liege und auch erheblich weniger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstelle.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.4.2006 und den Bescheid der Beklagten (Beschluss des Disziplinarausschusses) vom 31.1.2005 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Hinsichtlich der geltend gemachten Befangenheit ehrenamtlicher Richter habe der Kläger in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts einen Befangenheitsantrag nicht gestellt. Ein Befangenheitsgrund liege auch nicht vor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegt nicht vor. Disziplinarbescheide, die eine Geldbuße verhängen, stellen keine auf eine Geldleistung gerichteten Verwaltungsakte dar (BSG Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 36/01 R](#) -).

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Senat kann deshalb im Wesentlichen auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug nehmen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), zumal der Kläger zur Begründung seiner Berufung wesentlich Neues nicht vorgetragen hat. Ergänzend ist anzumerken:

Das Vorbringen des Klägers, die am angefochtenen Urteil mitwirkenden ehrenamtlichen Richter seien - da auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung berufen - befangen gewesen, liegt neben der Sache. Die Besetzung der Kammer in Angelegenheiten der Vertragsärzte ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)) - wozu auch Disziplinarsachen gehören - mit 2 auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung ernannten Vertragsärzten in einem gegen die Kassenärztliche Vereinigung gerichteten Verfahren verstößt nicht gegen Prinzipien der Unabhängigkeit und richterlichen Neutralität ([BVerfGE 27, 312](#)). Ein Befangenheitsgesuch, mit dem jede Mitwirkung von Vertragsärzten in einem Rechtsstreit über Angelegenheiten der Vertragsärzte abgelehnt werden soll, ist (schon) offensichtlich unzulässig (Meyer-Ladewig, [SGG § 12](#) Rdnr. 8 m.N.). Im Übrigen liegt in der gesetzlich vorgesehenen (vgl. etwa [§§ 10 Abs. 2, 14 Abs. 2 SGG](#)) Berufung eines ehrenamtlichen Richters auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung kein Grund, der gem. [§ 60 SGG](#) i.V.m. [§ 42 Abs. 2 ZPO](#) geeignet wäre, Misstrauen in seine Unparteilichkeit zu rechtfertigen. Davon abgesehen wäre eine entsprechendes Ablehnungsgesuch ohnehin verspätet, weil es nicht bis zur Beendigung der Instanz angebracht wurde (Meyer-Ladewig, [SGG § 60](#) Rdnr. 11; [BSGE 68,133](#)). Der Kläger hat sich vor dem Sozialgericht auch offenbar zur Sache eingelassen, ohne den jetzt vorgebrachten und ihm auch seinerzeit bekannten Ablehnungsgrund geltend zu machen (vgl. [§ 60 SGG](#) i.V.m. [§ 43 ZPO](#)).

Der Disziplinarbescheid vom 31.1.2005 ist auch nach Auffassung des Senats rechtmäßig. Er beruht auf [§ 81 Abs. 5 S. 1 SGB V](#), wonach die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder bestimmen müssen, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Maßnahmen nach S. 1 sind je nach Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße - bis höchstens 10.000,00 EUR - oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu 2 Jahren (Sätze 2 und 3). Die gesetzlichen Vorgaben für die Festsetzung von Disziplinarmaßnahmen sind ausreichend (vgl. BSG SozR 3-2500 § 81 Nrn. 6 und 7). In Erfüllung dieser Verpflichtung sieht die Satzung der Beklagten (vgl. jetzt in § 3 Abs. 2 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg - KVBW) vor, dass gegen einen Vertragsarzt ein Disziplinarverfahren eingeleitet werden kann, wenn er gegen seine aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erwachsenen Verpflichtungen verstößt. Die Voraussetzungen, die Maßnahmen und das Verfahren werden in der von der Vertreterversammlung zu beschließenden Disziplinarordnung geregelt (vgl. jetzt: § 3 Abs. 2 i.V.m. §§ 1, 5 ff. der Disziplinarordnung der KVBW).

Der Bescheid des Disziplinarausschusses vom 31.1.2005 ist formalrechtlich nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde dem Kläger die Einleitung des Verfahrens ordnungsgemäß eröffnet und dem Kläger Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Er wurde zur mündlichen Verhandlung des Disziplinarausschusses ordnungsgemäß geladen und hat daran auch teilgenommen.

Mit dem Sozialgericht hält auch der Senat den Disziplinarbescheid für materiell rechtmäßig. Der Disziplinarausschuss hat zu Recht angenommen, dass der Kläger die im Disziplinarbescheid im einzelnen festgestellten Pflichtverletzungen begangen hat. Er hat sich zu Unrecht geweigert, die von der Beklagten angeforderten Patientendokumentationen vorzulegen und seine Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung durch die festgestellten Falschabrechnungen verletzt.

Das Sozialgericht hat im angefochtenen Urteil zutreffend dargelegt, dass der Kläger die angeforderten Patientendokumentationen hätte vorlegen müssen; hierauf wird verwiesen. Der Senat nimmt dem Kläger sein beharrliches und auch im Berufungsverfahren fortgesetztes Pochen auf datenschutzrechtliche Bedenken nicht ab. Vielmehr liegt klar zu Tage, dass er seine Behandlungs- und Abrechnungsweise nicht von der Beklagten, sondern - wie er vorträgt - (nur) von einem unabhängigen Psychotherapeutengremium - kontrollieren lassen will. Aus diesem Grund sträubt er sich hartnäckig und offenbar unbelehrbar, seine Mitwirkungspflichten gegenüber der Beklagten zu erfüllen. Von einer fahrlässigen Pflichtverletzung kann keine Rede sein. Spätestens nach der Auskunft des Landesbeauftragten für den Datenschutz in dessen Schreiben vom 28.8.2003 - nach Überzeugung des Senats aber auch schon zuvor - hat der Kläger die Pflicht zur Vorlage der Dokumentationen vorsätzlich, und keineswegs nur grob fahrlässig, verletzt. Ihm kommt es auch nicht zu, die Erfüllung seiner vertragsärztlichen Pflichten gegenüber der Beklagten von der - durch ihn selbst beurteilten - Sachkunde ihrer Mitarbeiter abhängig zu machen. Wenn der Kläger, was in seinem Gebaren anklingt, meinen sollte, sich den Pflichten eines Vertragsarztes gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nicht unterwerfen zu sollen, stellt er seine weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Frage.

Auch die im angefochtenen Bescheid im einzelnen festgestellten Falschabrechnungen hat der Kläger begangen; hierfür sei ebenfalls auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils und ergänzend auf die Begründung des Disziplinarbescheids ([§§ 153 Abs. 1, 136 Abs. 3 SGG](#)) verwiesen. Der Kläger hat dem mit der Berufung auch nichts mehr entgegen gesetzt, sondern nur sein Bedauern über die Abrechnungsfehler geäußert.

Mit der Befugnis der Beklagten, vertragsärztliche Abrechnungen auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit zu prüfen und ggf. zu berichtigen, kann sich der Kläger nicht entlasten; das Sozialgericht hat auch das bereits richtig dargelegt. Es versteht sich von selbst und ist nach Überzeugung des Senats dem Kläger entgegen anders lautender Beteuerung auch bewusst, dass die Prüfungsbefugnis der Beklagten keinen Vertragsarzt von peinlich genauer Abrechnung entbindet oder die damit zusammenhängenden Pflichten auch nur lockert und dass Falschabrechnungen hinreichenden Gewichts - neben der (selbstverständlichen) Berichtigung der Abrechnung - disziplinarische Folgen haben können.

Der Kläger hat insgesamt schuldhaft gehandelt, auch hinsichtlich der Falschabrechnungen. Von bloßen Versehen kann nicht die Rede sein. Das gilt für alle dem Kläger vorgeworfenen Abrechnungsverstöße. Auch insoweit folgt der Senat der zutreffenden Einschätzung des Disziplinarausschusses und des Sozialgerichts. Stichhaltiges hat der Kläger nicht mehr eingewendet, lediglich ohne weitere Begründung den Fahrlässigkeitsvorwurf abgestritten. Dabei hat er, wie aus seinem eigenen Vorbringen hervorgeht, den Leistungsinhalt der Gebührennummer 461 EBM (schon mangels EKG-Monitoring) nur teilweise erbracht, die Leistung aber dennoch wider besseres Wissen als vollständig erbracht abgerechnet und damit vorsätzlich gehandelt. Hinsichtlich der ohne vorausgehende Leistung nach Gebührennummer 860 EBM erbrachten Leistungen nach Gebührennummer 861 EBM folgt der Fahrlässigkeitsvorwurf aus der Zahl der Falschabrechnungen bei 20 Patienten. Gleiches gilt hinsichtlich der Leistung nach Gebührennummer 870 EBM, die der Kläger bei 18 Patienten rechtswidrig (unter Verletzung der einschlägigen Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien) in zu großer Zahl abgerechnet hat bzw. hinsichtlich der bei 9 Patienten zu Unrecht mehrfach im Krankheitsfall abgerechneten Leistung nach Gebührennummer 860 EBM. Dabei fällt ins Gewicht, dass der Kläger infolge seiner unbestrittenen Zusatzqualifikationen für die in Rede stehenden Leistungen besondere Sachkunde für sich in Anspruch nimmt, was Versehen wegen entschuldbaren Irrtums ausschließt, und außerdem offenbar auf dem Standpunkt steht, es sei Sache der Beklagten, seine Abrechnung für ihn zu überprüfen und seine Fehler sodann von sich aus - ohne weitere Folgerungen daraus zu ziehen - richtig zu stellen. Wenn die Beklagte (der Disziplinarausschuss) daraus - neben Eigenmächtigkeit bei der Erbringung von Leistungen nach Gebührennummer 461 EBM - auf einen insgesamt nachlässigen Umgang mit dem Regelwerk schließt, ist dagegen nichts einzuwenden.

Was Auswahl und Bemessung der verhängten Disziplinarmaßnahme angeht, hat das Sozialgericht zu Recht darauf abgestellt, dass die gerichtliche Rechtskontrolle wegen des dem Disziplinarausschuss zukommenden Ermessens beschränkt ist ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)) und nur geprüft werden kann, ob der Disziplinarausschuss von einem richtigen und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist und sich von sachgerechten Erwägungen hat leiten lassen, namentlich sein Ermessen nicht überschritten bzw. rechtsmissbräuchlich angewandt hat; das Gericht ist dabei auf die im Disziplinarbescheid mitgeteilten Ermessenserwägungen beschränkt (vgl. BSG Urt. v. 6.11. 2002 - [B 6 KA 9/02](#)). Einen danach rechtlich beachtlichen Ermessensfehler kann auch der Senat nicht feststellen. Insbesondere hat der Disziplinarausschuss, der von einem richtigen und vollständigen Sachverhalt ausgegangen ist, sein Ermessen hinsichtlich der Auswahl der zu verhängenden Maßnahme rechtsfehlerfrei unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes ausgeübt; die im angefochtenen Bescheid dargelegten Ermessenserwägungen sind rechtlich nicht zu beanstanden. Der Ausschuss war aus Rechtsgründen namentlich nicht verpflichtet, lediglich eine Verwarnung oder einen Verweis auszusprechen, nachdem von geringfügigen Pflichtverletzungen vorliegend keine Rede sein kann. Angesichts des erheblichen Fehlverhaltens des Klägers hat der Disziplinarausschuss mit der Verhängung der Geldbuße eher zum unteren Rand der in Betracht kommenden Disziplinarmaßnahmen gegriffen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#) ...

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-04-16