

L 11 KA 16/99

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KA 11/98
Datum
25.11.1998
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 16/99
Datum
28.04.1999
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 40/99 B
Datum
04.10.1999
Kategorie
Urteil
Bemerkung
NZB d. Kl. zurückgenommen

Auf die Berufung des Beigeladenen zu 5) wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.11.1998 geändert. Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die außergerichtlichen Kosten des Beklagten für beide Rechtszüge. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Beendigung der Zulassung des Klägers.

Der Kläger wurde auf seinen bis zum 31.01.1993 gestellten Antrag mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 26.05.1993 als praktischer Arzt in M zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den Quartalen IV/1993 bis I/1995 rechnete er 3, 7, 7, 9, 9 und 7 Fälle gegenüber der Beigeladenen zu 5) ab. Wegen der Folgen eines Anfang 1994 erlittenen Skiunfalls ruhte antragsgemäß seine Zulassung vom 01.04.1995 bis 31.12.1995. In den Quartalen IV/1993 bis I/1995 rechnete er folgende Fallzahlen ab: 3, 7, 7, 9, 9 und 7. Durch Beschluss des Zulassungsausschusses vom 01.03.1996 wurde letztmalig das Ruhen der Zulassung bis zum 31.12.1996 verlängert. Auf den Widerspruch der Beigeladenen zu 5) hob der Beklagte mit Beschluss vom 04.09.1996 diesen Beschluss auf. Ein weiteres Ruhen der Zulassung komme nicht mehr in Betracht. Es seien keine Feststellungen zum Gesundheitszustand des Klägers und zum voraussichtlichen Zeitpunkt der Wiederherstellung seiner Leistungsfähigkeit möglich.

Mit Schreiben des Zulassungsausschusses vom 24.09.1996 wurde der Kläger bis zum 11.10.1996 um Mitteilung gebeten, ob er seine vertragsärztliche Tätigkeit wieder aufgenommen habe. Sollte dies nicht der Fall sein, müsse die Zulassung von Amts wegen beendet werden. Mit Schreiben vom 10.10.1996 teilte der Kläger mit, daß er die vertragsärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen werde. Am ärztlichen Notfalldienst könne er erst dann wieder teilnehmen, wenn seine Gesundheit zu 100 % wiederhergestellt sei. Momentan könne noch nicht mitgeteilt werden, wann dies der Fall sei. Daraufhin teilte der Zulassungsausschuß dem Kläger mit Schreiben vom 30.10.1996 mit, daß er auch am Notfalldienst teilnehmen müsse. Es werde eine letzte Frist zur Beantwortung der Frage bis zum 05.11.1996 gesetzt. Mit Schreiben vom 02.11.1996, eingegangen am 06.11.1996, teilte der Kläger mit, daß er seit Oktober 1996 seine vertragsärztliche Tätigkeit wieder aufgenommen habe. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 06.11.1996 wurde festgestellt, daß die Zulassung zur Kassenpraxis des Klägers von Amts wegen mit dem 31.12.1995 beendet werde. Der Kläger habe seine vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufgenommen. Seine Zulassung sei daher von Amts wegen zu beenden. Zur Begründung seines Widerspruchs trug der Kläger vor, daß er seine Kassenpraxis geführt und dies auch mitgeteilt habe. Auf eine Anfrage des Vorsitzenden des Beklagten, welche Leistungen er abrechne, antwortete der Kläger sinngemäß, daß er nicht abrechnen dürfe.

Mit Beschluss vom 27.08.1997 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Der Kläger sei verpflichtet gewesen, seine vertragsärztliche Tätigkeit spätestens im Oktober 1996 wieder aufzunehmen. Er habe in dieser Zeit aber keine vertragsärztlichen Leistungen abgerechnet und auch keine Dokumentation angefertigt. In der mündlichen Verhandlung habe er lediglich einen Praxisterminkalender vorgelegt, aus dem sich keine Patientendaten ergeben hätten. Die Zulassung werde entzogen, weil der Kläger die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr ausübe und ein weiteres Ruhen nicht mehr in Betracht komme.

Zur Begründung der hiergegen erhobenen Klage hat der Kläger vorgetragen, daß er aus Datenschutzgründen keine Unterlagen vorgelegt habe, er habe vorab die Patienten um Einwilligung bitten wollen. In dem "Hin und Her" der Entscheidungen der Zulassungsgremien habe er keine vertragsärztliche Abrechnung durchgeführt. Später sei er fälschlicherweise davon ausgegangen, daß er mit der Beigeladenen zu 5) nicht mehr abrechnen dürfe. Er habe aber auch Kassenpatienten behandelt und zur vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung

gestanden. Da er sich viel Zeit für seine Patienten nehme, sei die Zahl begrenzt. Der Klageschrift hat er die Erklärungen von 20 Patienten beigelegt, die eine Behandlung durch ihn in den letzten zwei Jahren bestätigten. Im Quartal 1/1998 rechnete der Kläger mit der Beigeladenen zu 5) 21 Fälle ab und erhielt dafür eine Vergütung in Höhe von 1.468,- DM.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 19.11.1996 und den Bescheid des Beklagten vom 12.09.1997 (Beschluss vom 27.08.1997) aufzuheben.

Der Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat die Auffassung vertreten, daß für den Nachweis einer vertragsärztlichen Versorgung eine Dokumentation erforderlich sei, aus der sich ersehen lasse, welche Versicherten an welchem Tage aufgrund welcher Diagnosen mit welchen Leistungen vertragsärztlich versorgt worden seien. Daran fehle es hier.

Das Sozialgericht hat fünf Patienten des Klägers als Zeugen vernommen, die ärztliche Behandlungen durch ihn in den vergangenen Jahren bestätigt haben, und sodann mit Urteil vom 25.11.1998 den Bescheid des Beklagten aufgehoben. Der Kläger übe seine Tätigkeit zumindest seit 1998 wieder in vollem Umfang aus, ab 1999 nehme er auch wieder am Notfalldienst teil. Daß er mit der Beigeladenen zu 5) nicht abgerechnet habe, sei auf die unsichere Rechtslage zurückzuführen gewesen.

Mit der dagegen gerichteten Berufung hat die Beigeladene zu 5) weiter geltend gemacht, daß der Kläger einer vertragsärztlichen Tätigkeit nicht nachgegangen sei. Er sei insbesondere seiner Pflicht zur ordnungsgemäßen Dokumentation nicht nachgekommen.

Die Beigeladene zu 5) und der Beklagte beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25.11.1998 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise, für die Tatsache, daß er seine kassenärztliche Tätigkeit zum 01.10.1993 aufgenommen hat, Vernehmung seiner Ehefrau, Frau I F, als Zeugin.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die beigelegte Akte des Beklagten, die Arztregisterakte sowie die Gerichtsakte Bezug genommen. Ihr Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beigeladenen zu 5) ist begründet. Das Sozialgericht hat zu Unrecht den Bescheid des Beklagten aufgehoben. Die Bescheide der Zulassungsgremien sind im Ergebnis nicht zu beanstanden.

1) Die Zulassung des Klägers endete bereits zu einem früheren Zeitpunkt gemäß Art. 33 § 3 Abs. 1 Satz 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes, weil er seine vertragsärztliche Tätigkeit nicht bis zum 01.10.1993 aufgenommen hat. Der Senat folgt der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 19.12.1984 - [6 RKa 34/83](#) - USK 8472), wonach eine kassenärztliche Tätigkeit erst dann ausgeübt wird, wenn der Arzt die Gesamtheit seiner Pflichten im wesentlichen erfüllt. Mit einzelnen Maßnahmen der Versorgung von Berechtigten ist noch nicht nachgewiesen, daß der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Nach den Feststellungen des Senates hatte der Kläger seit der Zulassungsentscheidung von Mai 1993 nicht den Willen zur kontinuierlichen Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung und hat diese weder spätestens zum 01.10.1993 noch in den darauffolgenden sechs Quartalen aufgenommen. Bereits die vom Kläger abgerechneten Fallzahlen sprechen gegen eine nennenswerte vertragsärztliche Tätigkeit. Sie waren mit drei bis neun Fällen im Quartal verschwindend gering. Damit verkennt der Senat durchaus nicht, daß in der Anfangsphase der Aufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit nicht sofort zumindest ein durchschnittlicher Behandlungsumfang erwartet werden kann. Eine Zunahme des Umfangs der Tätigkeit war bis zum Ruhen der Zulassung nicht zu verzeichnen. Der Kläger hat selbst vor dem Disziplinarausschuß angegeben, daß er nur wenige Fälle betreue, wegen des geringen Praxisumfangs habe er auch das Praxischild, nachdem es entwendet worden sei, nicht mehr erneuert. Frau I F hat in einer schriftlichen Erklärung vom 20.04.1995 angegeben, daß sie bei den wenigen Patienten, die der Kläger betreue, als stille Helferin im Hintergrund stehe. Noch im Klageverfahren hat der Kläger die geringe Anzahl der abgerechneten Fälle mit der besonders intensiven Betreuung erklärt.

Selbst wenn er aber, was er mit der Vernehmung seiner Ehefrau unter Beweis stellen will, tatsächlich mehr Patienten behandelt hat, würde dies eine Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht begründen. Auf die entsprechende Beweiserhebung kommt es daher nicht mehr an. Denn zu den Pflichten des Vertragsarztes gehört es, die von ihm erbrachten Leistungen offenzulegen und bei der Kassenärztlichen Vereinigung ordnungsgemäß abzurechnen. Die peinlich genaue Abrechnung gehört zu den Grundpflichten des Kassenarztes (vgl. BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) - [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#) m.w.N.). Hiergegen verstößt nicht nur, wer nicht erbrachte Leistungen zu Unrecht abrechnet, sondern auch derjenige, der tatsächlich erbrachte Leistungen und Leistungsfälle nicht oder nicht vollständig abrechnet. Die Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung hängt entscheidend mit davon ab, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen auf die ordnungsgemäße Leistungserbringung und auf die peinlich genaue Abrechnung der zu vergütenden Leistungen vertrauen können (BSG aaO). Erst mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen wird eine Überprüfbarkeit der

ärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise in den gesetzlich vorgesehenen Verfahren gewährleistet. Nur sie ermöglicht auch eine gerechte Kostenverteilung unter den Krankenkassen entsprechend der von ihren jeweiligen Mitgliedern in Anspruch genommenen Leistungen. Unerlässlich ist die genaue Abrechnung schließlich auch im Verhältnis zu den übrigen Vertragsärzten. Der Vertragsarzt, der seine Kassenpatienten ohne eine Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung behandelt, verschafft sich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den übrigen Vertragsärzten (vgl. BSG, Urteil vom 25.11.1998 - [B 6 KA 75/97 R](#)). Er verfälscht die statistischen Daten, an denen die Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeitsweise und der Umfang und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt gemessen wird. Wenn der Kläger für die ärztliche Behandlung kein Entgelt beanspruchen möchte, steht es ihm frei, über sein Honorar zugunsten Dritter zu verfügen, es entbindet ihn nicht von der Pflicht zur Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zudem fehlt es an einer umfassenden vertragsärztlichen Tätigkeit des Klägers von Anfang an. Zwar hat er gegenüber der Beigeladenen zu 5) eine Reihe besonderer Behandlungsmethoden angegeben. Auch hat er im Klageverfahren die moderne technische Ausstattung seiner Praxis hervorgehoben. Davon hat er jedoch jedenfalls im vertragsärztlichen Bereich nichts angewendet und umgesetzt. Der in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat exemplarisch erörterte Fall der Patientin G zeigt ebenso wie die Aussagen der vom Sozialgericht gehörten Zeugen, daß der Kläger sich ausschließlich in einem sehr engen Behandlungsspektrum bewegt hat. Bei der Patientin G sind seit 1993 fast ausschließlich Beratungsleistungen und i.m. Injektionen dokumentiert. Die Zeugen haben außer von Beratungen von körperlichen Untersuchungen, insbesondere Blutdruckmessungen und dem Abhören von Herztönen berichtet. Verschrieben wurden Mineralstoffe, Vitamine u.ä. ... Lediglich bei der Zeugin C bleibt offen, welche Medikamente verschrieben wurden. Die für das Jahr 1998 vorliegenden Frequenztabellen bestätigen das Bild der Anfangsquartale. Der Kläger hat neben wenigen Besuchen ausschließlich Erörterungsleistungen nach Nummern 10 und 11 EBM, in zwei Quartalen auch Leistungen nach Nummer 19 EBM dokumentiert und abgerechnet. Der beispielhaft erörterte Fall der Patientin G zeigt eine über die Jahre gleichbleibende Behandlungsweise des Klägers. Es wurde entweder von ihm nicht das gesamte ärztliche Leistungsspektrum erbracht, oder es wurden nicht alle erbrachten Leistungen dokumentiert und abgerechnet und damit gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen.

Gegen die Aufnahme einer umfassenden vertragsärztlichen Tätigkeit spricht ferner, daß auch nach den Ausführungen des Klägers selbst zumindest zeitweise kein Praxisschild aufgestellt war, auf dem seine Sprechzeiten angegeben waren. Zwar hat er nach seinen Angaben, die von den Zeugen bestätigt wurden, nach Vereinbarung stets zur Verfügung gestanden. Gemäß § 17 des Bundesmantelvertrages ist der Vertragsarzt aber gehalten, seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben. Erst damit wird öffentlich und für die gesetzlich Versicherten erkennbar dokumentiert, daß der Arzt als Vertragsarzt seine Leistungen anbietet und zur Verfügung steht. Vor dem Disziplinausschuß hat der Kläger erklärt, er habe das Praxisschild, nachdem es ihm gestohlen worden sei, nicht mehr erneuert. Vor dem Berufungsausschuß hat der Kläger angegeben, er habe derzeit wegen Umbauarbeiten kein Praxisschild. Die Bereitschaft des Klägers, für eine kassenärztliche Versorgung zur Verfügung zu stehen, war damit jedenfalls nicht fortlaufend dokumentiert.

Schließlich zeigt auch der Umstand, daß der Kläger sich bereits im Juni 1994 außerstande sah, am Notdienst teilzunehmen oder einen Vertreter zu bestellen, daß er sich in das kassenärztliche Pflichtensystem nicht eingeordnet hat. Sein Befreiungsantrag wurde bestandskräftig zurückgewiesen, weil der Kläger keine Gründe nachgewiesen hat, die seine Befreiung rechtfertigen würde. Das anschließende Disziplinarverfahren wurde wegen Zweifeln an der Schuldfähigkeit des Klägers eingestellt.

2) Selbst wenn man aber davon ausgeht, daß der Kläger eine vertragsärztliche Tätigkeit zum 01.10.1993 aufgenommen hat, so hat er sie seit der Beendigung des Ruhenszeitraums ab dem 01.01.1996 bis zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat nicht mehr ausgeübt, so daß die Voraussetzungen für eine Entziehung gemäß [§ 95 Abs. 6 SGB V](#) vorliegen. Nach den von ihm vorgelegten schriftlichen Erklärungen und den Zeugenaussagen vor dem Sozialgericht hat der Kläger nach Beendigung des Ruhenszeitraums zwar eine Anzahl von Kassenpatienten behandelt. Eine umfassende vertragsärztliche Tätigkeit hat er aber bis zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat weiterhin nicht ausgeübt. Dagegen spricht in erster Linie erneut der durch die Abrechnung dokumentierte Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit. In den acht Quartalen der Jahre 1996 und 1997 hat der Kläger nach den Feststellungen des Senates vertragsärztliche Tätigkeit nicht abgerechnet. Die Zahl der Patienten, die bestätigt haben, von ihm 1996 und 1997 ärztlich, wenn auch nicht unbedingt vertragsärztlich, behandelt worden zu sein, ist gering. Im Jahre 1998 hat sich die Fallzahl nicht wesentlich erhöht. Sie betrug im Quartal I/1998 21, im Quartal II/1998 33, im Quartal III/1998 30 - nicht wie der Kläger dies vor dem Sozialgericht angegeben hat 50 - und im Quartal IV/1998 29 Fälle. Eine zunehmende Tendenz ist damit nicht festzustellen. Die Zeugen haben, wie bereits aufgezeigt, auch nur einen begrenzten Bereich ärztlicher Maßnahmen bestätigt. Auch die geringfügigen Abrechnungen im Jahr 1998 beruhen im wesentlichen auf Beratungs- und Betreuungsleistungen. Personal hat der Kläger bislang nicht beschäftigt. Auch nach 1996, zumindest zum Zeitpunkt der Verhandlung vor dem Beklagten im August 1997, hatte der Kläger nach seinen eigenen Angaben vorübergehend kein Praxisschild aufgestellt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat hat der Kläger zwar eine Patientenkartei vorlegen können, es fehlt jedoch wiederum an der ordnungsgemäßen Abrechnung der von ihm erbrachten Leistungen. So hat der Kläger für das Quartal IV/1996 keinerlei Leistungen abgerechnet, obwohl er vom Zulassungsausschuß nachdrücklich aufgefordert worden war, seine vertragsärztliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Selbst wenn insoweit noch Unsicherheiten hinsichtlich der Abrechnung bestanden hätten, hätte der Kläger eine verbindliche Klärung herbeiführen müssen. Die Dokumentation zeigt, wie bereits ausgeführt, entweder ein stark eingeschränktes Behandlungsspektrum, das gegen eine umfassende ärztliche, jedenfalls vertragsärztliche Betreuung spricht, oder weist Lücken auf, was mit der Pflicht zu genauer Dokumentation und Abrechnung der ärztlichen Behandlungsmaßnahmen nicht zu vereinbaren wäre. Von einer von dem Willen zur kontinuierlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung getragenen Tätigkeit kann der Senat sich damit nicht überzeugen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 183](#) und [193 SGG](#).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-12-12