

S 12 KA 15/05 ER

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 15/05 ER
Datum
23.03.2005
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 18/05 ER
Datum
14.07.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

1. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 04. März 2005 wird abgewiesen.

2. Der Antragsteller hat der Antragsgegnerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er trägt auch die Gerichtskosten.

3. Der Streitwert wird auf 4.700,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens um die Zahnersatz-Abrechnungen für die Monate August 2004 bis Januar 2005.

Der am ... geborene und jetzt xx jährige Antragsteller ist seit dem Jahr 2002 in Hessen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, zunächst in X., seit November 2004 am jetzigen Praxissitz. Nach Einreichung der Abrechnung für konservierende und chirurgische Behandlungen im Quartal I/04 stellte die Antragsgegnerin die gehäufte Abrechnung von Besuchen fest. Unter Datum vom 06.08.2004 schrieb sie den Antragsteller an und teilte mit, dass die in Rechnung gestellte (einfache) Kilometerleistung 11.385 km betrage. Unterstellt, so heißt es in dem Schreiben weiter, der Antragsteller interpretiere die Abrechnungsbestimmungen zu den Besuchen falsch und sei sich auch der Falschabrechnung nicht bewusst, so stelle sich die Frage, ob denn die sonstigen Abrechnungsbestimmungen korrekt interpretiert und angewandt werden würden. Sie stelle deshalb die Abschlagszahlungen für die Quartalsabrechnungen bis zur endgültigen Klärung ein und behalte die Restzahlung für I/04 zurück. Am 06.09.2004 fand ein Gespräch mit dem Antragsteller und dem juristischen Geschäftsführer der Antragsgegnerin statt. Mit Bescheid vom 24.09.2004 setzte die Antragsgegnerin die abgerechneten Besuche und Besuchsfahrten im Quartal II/04 insgesamt ab. Die bei den abgerechneten Besuchen erbrachten Leistungen setzte sie nicht ab. Zur Begründung führte sie aus, beim Erfassen der KCH-Abrechnungen II/04 sei die exorbitante Zahl von Besuchen und geltend gemachten km-Geldern aufgefallen. Die Besuchsfahrten beschränkten sich dabei nicht nur auf den Raum F., sondern reichten von H. bis S. am B., ließen aber auch Städte wie P., E. und St. nicht aus. Am 17.06. seien z. B. neben mehreren Patienten in S. am gleichen Tag weitere Besuche in Sx. und in St. sowie ein Besuch in H. zur Abrechnung gebracht worden. Die Kilometerangaben seien dabei offensichtlich sehr willkürlich und betrügen bei den abgerechneten Besuchen in S. mal 200 km, mal 300 km, H. sei auch nur 300 km entfernt usw. Die überschlägigen km-Leistungen im Quartal II/04 betrügen rund 11.500 km. Auch wenn es sich beim Gros der Besuchsfälle um alte bis sehr alte Patienten handele, rechtfertige dies nicht, dass von diesen Patienten nicht der nächste erreichbare Zahnarzt in Anspruch genommen werde. Zu bezweifeln sei auch, dass der Antragsteller auf "Anforderung" tätig geworden sei. Gegen diesen Bescheid hat der Antragsteller keinen Widerspruch eingelegt. Mit Schreiben vom 29.10.2004 an den Antragsteller teilte die Antragsgegnerin mit, unter Bezugnahme auf dieses Schreiben berichtige sie, da bezüglich der Abrechnung keine Änderung eingetreten sei, auch die KCH-Abrechnung III/04 wie bereits im Vorquartal.

Die Antragsgegnerin teilte dem Antragsteller unter Datum vom 17.01.2005 dann mit, sie habe über die KZV- Baden-Württemberg eine Stellungnahme der "P. Senioren- und Pflegezentren", hier des Hauses S., S. erhalten. In diesem Schreiben werde darauf hingewiesen, dass der Antragsteller ohne ausdrückliche Rücksprache mit Betreuern der Bewohner oder aber der Heimleitung prothetische Versorgungen durchgeführt habe. Nach dem ihm mitgeteilt worden sei, dass weder das Haus selbst noch Angehörige der Bewohner die entstandenen Kosten übernehmen würden, hätte er der Pflegedienstleiterin die Arbeiten "geschenkt". Seitdem habe man vom Antragsteller im Haus selbst nichts mehr gehört. Eine Auswertung der ZE-Abrechnung habe ergeben, dass der Antragsteller in der Tat für eine Vielzahl von den Heimbewohnern prothetische Arbeiten angefertigt und auch über die KZV-Hessen abgerechnet habe. Die Sachverhaltsschilderung der

Heimleitung als korrekt unterstellt, komme sie zum Ergebnis, dass die Arbeiten zu Unrecht abgerechnet worden seien. Eine gleich geartete Konstellation vermute sie auch in vier weiteren Fällen. Die Buchhaltung sei daher angewiesen worden, das Honorarkonto mit einem Betrag in Höhe 5.564,46 EUR zu belasten. Eine Auszahlung von Teil- Beträgen könne nur dann erfolgen, wenn von den einzelnen Patienten eine schriftliche Bestätigung beigebracht werde, dass die Arbeit als solche in Auftrag gegeben und ordnungsgemäß eingegliedert worden sei und ohne Beanstandung getragen werden könne. Durch Schriftsatz seines seinerzeitigen Bevollmächtigten mit Datum vom 20.01.2005 wies der Antragsteller die gegen ihn erhobenen Vorwürfe als haltlos und jeglicher tatsächlicher Grundlage entbehrend zurück. Er habe im Mai 2004 das Haus S., S. aufgesucht und ein Gespräch mit dem Leiter des Pflegeheims geführt. Dort sei ihm mitgeteilt worden, dass mehrere Patienten schlecht oder nicht sitzende Prothesen tragen würden und einer Behandlung bedürften. Nach Untersuchung habe er der Hausleitung mitgeteilt, für welche Patienten neue Prothesen angefertigt werden würden. Er habe bislang lediglich den Eigenanteil der Patienten noch nicht eingefordert. Ob die Patienten auf Grund von Altersdemenz oder anderen Gründen unter Vormundschaft, Betreuung oder Pflegschaft stünden, entziehe sich seiner Kenntnis. Die Arbeiten seien fachgerecht ausgeführt und die Prothesen den Patienten übergeben worden. Bislang habe es keine Beanstandungen seitens der Patienten gegeben. Für das Verlangen, für jeden Patienten eine schriftliche Bestätigung vorzulegen, gebe es keine rechtliche Grundlage, was im Schreiben im Einzelnen ausgeführt wird.

Die Antragsgegnerin wies unter Datum vom 02.02.2005 nochmals auf die hohe Zahl der geltend gemachten Entfernungskilometer hin und auf die unterschiedlichen Besuche am 17.06.2004. In dem kurzen Gespräch mit dem Antragsteller am 06.09.2004 sei klargestellt worden, dass die abgerechneten km-Sätze selbstverständlich gestrichen, die erbrachten Leistungen jedoch ausnahmsweise zugestanden werden würden in der Erwartung, dass weitere Abrechnungen dieser Art nicht erfolgen würden. Dieses Zugeständnis sei auch im Hinblick auf die Aussage des Antragstellers, dass er in Absprache mit den dortigen Pflegeheimen die Bewohner zahnärztlich untersucht und behandelt habe, ergangen. Diese Aussage sei durch das Schreiben des Hauses S. nur teilweise bestätigt worden, hinsichtlich der prothetischen Versorgung der Bewohner aber sehr relativiert worden.

Am 04. März 2005 hat der Antragsteller einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gegen die Antragsgegnerin gestellt. Er trägt darin vor, von der Antragsgegnerin sei die Honorarzahlung von ca. 14.100,00 EUR mit der Begründung verweigert worden, dass die ZE-Abrechnung Januar 05 eine Vielzahl von Patienten betreffe, die ihren Wohnsitz "außerhalb der Grenzen F." hätten. Hierzu merke er an, dass er auch ambulante Zahnbehandlungen anbiete und Alten- und Pflegeheime - auch über F. hinaus - betreue. Da er seinen Verpflichtungen gegenüber seinem Vermieter, seinen Mitarbeitern und diversen Stellen nachkommen müsse, könne die Zahlung der Hauptsache aus den genannten Gründen nicht abgewartet werden.

Der Antragsteller beantragt sinngemäß, die Antragsgegnerin vorläufig zu verpflichten, die Honorarzahlungen für seine Zahnersatz- Abrechnungen bis einschließlich der Abrechnung Januar 05 zu leisten.

Die Antragsgegnerin beantragt sinngemäß, den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzuweisen.

Sie führt aus, der Antragsteller versuche seit dem Quartal II/04 offensichtlich mit unkonventionellen Methoden seine Praxisführung zu finanzieren. So sei er bundesweit mit Pflegeheimen und anderen Institutionen in Kontakt getreten und habe offenbar dort seine Dienste angeboten. So seien in einer Vielzahl von Fällen Leistungen von Versicherten der GKV bei ihr abgerechnet worden, die ihren Wohnsitz zwischen dem Bodensee und der Nordseeküste hätten. Wegen der Problematik der abgerechneten km-Sätze sei auch die Abrechnung der prothetischen Leistungen nicht unproblematisch. Zweifelhaft sei, ob eine wirksame Auftragserteilung vorliege. Eine abschließende Entscheidung über den Honoraranspruch des Antragstellers sei damit noch nicht getroffen worden. Auch fehle es noch an einem Vorverfahren. Die Antragsgegnerin hat ferner sieben Bestätigungserklärungen von Patienten vorgelegt, die der Antragsteller bei ihr eingereicht hat. Ihrer Ansicht nach werden diese Erklärungen inhaltlich den gestellten Anforderungen nicht gerecht. Bestätigt werde dort lediglich, dass im Einzelfall Hausbesuche durchgeführt und die Behandlung, welche auch immer, abgeschlossen sei. Diese Erklärungen seien keinesfalls ausreichend.

Die Kammer hat mit den Beteiligten am 23. März 2005 einen über zweistündigen Erörterungstermin abgehalten. Wegen der Einzelheiten des Erörterungstermins wird auf die Sitzungsniederschrift verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, die auch Gegenstand des Erörterungstermins gewesen ist, verwiesen.

II.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 04. März 2005 ist grundsätzlich zulässig, aber unbegründet.

Das Gericht der Hauptsache kann auf Antrag einen Erlass einer einstweiligen Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint ([§ 86b Abs. 2 S. 1](#) u. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Es müssen ein Anordnungsanspruch und ein Anordnungsgrund glaubhaft gemacht werden ([§ 920](#) Zivilprozessordnung i. V. m. [§ 86b Abs. 2 S. 4 SGG](#)).

Ein Anordnungsanspruch ist nach Aktenlage gegenwärtig nicht ersichtlich.

Die Antragsgegnerin hat bisher eine Festsetzung des Honoraranspruchs des Antragstellers für die von ihm eingereichten Zahnersatz-Abrechnungen nicht vorgenommen. Dem Vorbringen des Antragstellers ist zu entnehmen, dass er eine Vergütung für die von ihm eingereichten Zahnersatzabrechnungen für die Monate August 2004 bis Januar 2005 begehrt, auch wenn er dies nicht im Einzelnen dargelegt hat. Die Antragsgegnerin hat über diese Abrechnungen noch nicht endgültig entschieden. Diese Verfahrensweise ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, da nach dem bisherigen Abrechnungsverhalten des Antragstellers nicht erwiesen ist, ob überhaupt ein

Honoraranspruch besteht. Es bestehen vielmehr begründete Zweifel, ob der Antragsteller überhaupt die abgerechneten Leistungen erbracht hat.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragszahnärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragszahnärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach [§ 19 des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte \(BMV-Z\)](#) bzw. [§ 12 Abs. 1 des Ersatzkassenvertrages-Zahnärzte \(EKV-Z\)](#) der Beklagten, die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Eine Berichtigung der Honorarabrechnung eines Vertragszahnarztes kann auch dann noch erfolgen, wenn aufgrund der eingereichten Honorarabrechnung bereits eine Auszahlung an den Vertragszahnarzt erfolgt ist. Der Vertragszahnarzt hat dann das zuviel erhaltene Honorar zurückzuzahlen bzw. die Beklagte ist dann berechtigt, Überzahlungen bei einer späteren Honorarabrechnung eines Vertragszahnarztes aufzurechnen (vgl. Landessozialgericht Bayern, Urteil vom 28.11.2001 - [L 12 KA 509/99](#) - juris; für den ärztlichen Bereich vgl. zuletzt Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02.04.2003 - [B 6 KA 30/02 R](#) - Breithaupt 2003, 793 = [GesR 2003, 284](#)). Der Zahnarzt, der von vornherein keine vertragsgemäße Leistung erbringt, hat keinen Honoraranspruch für seine Behandlungsmaßnahme. Die Einhaltung der Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist nicht nur im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot von Bedeutung, sondern vor allem auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung (vgl. Landessozialgericht Bayern, Urteil vom 28.11.2001 - [L 12 KA 509/99](#) - juris).

Zweifel an dem Honoraranspruch des Antragstellers ergeben sich zunächst dadurch, dass fraglich ist, ob eine wirksame Auftragserteilung in jedem Einzelfall vorliegt. Der Antragsteller hat in der mündlichen Verhandlung selbst eingeräumt, dass es sich zum Teil um sehr alte und altersdemente Patienten gehandelt hat, die nicht in der Lage seien, zu beurteilen, ob und falls ja welche Art von Zahnersatz sie benötigten. Der Antragsteller hat ferner eingeräumt, dass es sich seiner Kenntnis entziehe, ob gegebenenfalls ein Betreuer bestellt sei und ob dieser der Anfertigung von Zahnersatz zugestimmt habe. Er hat weiter eingeräumt, dass er jedenfalls in vielen Fällen weder einen Auftrag durch die Patienten noch durch einen Betreuer erhalten hat. Im Erörterungstermin hat er die jetzt von der Antragsgegnerin unternommene Befragung insoweit beanstandet, als die Patienten nicht zur Auftragsvergabe befragt werden könnten, da sie größtenteils gar nicht in der Lage seien zu entscheiden, ob und welchen Zahnersatz sie benötigten. Er habe oft einen Auftrag von der im Heim den Patienten pflegende Person erhalten. Bereits von daher bestehen erhebliche Zweifel, ob ein wirksamer Auftrag vorliegt. Ohne einen solchen Auftrag besteht aber nach Auffassung der Kammer kein Honoraranspruch.

Ein Honoraranspruch ist weiter deshalb zweifelhaft, weil der Antragsteller offensichtlich von sich aus mit den Altenheimen in Kontakt getreten ist und die zahnärztlichen Behandlungsmöglichkeiten auch in solchen Altenheimen angeboten hat, die weit außerhalb des Einzugsbereichs seiner Praxis in F. bestehen. Soweit der Antragsteller weiter dargelegt hat, es sei so, dass er in der F. Praxis keine Patienten habe, sondern lediglich Patienten habe, die er besuche, ist ferner zweifelhaft ob überhaupt eine eigene Praxistätigkeit vorliegt. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Zahnarzt (Vertragszahnarztsitz) ([§ 24 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Zahnärzte - Zahnärzte-ZV](#)). Der Vertragszahnarzt muss am Vertragszahnarztsitz seine Sprechstunde halten. Er hat seine Wohnung so zu wählen, dass er für die zahnärztliche Versorgung der Patienten an seinem Vertragszahnarztsitz zur Verfügung steht ([§ 24 Abs. 2 Zahnärzte-ZV](#)). Damit beschränkt sich die Zulassung und damit die Erlaubnis für eine vertragszahnärztliche Betätigung auf den Praxissitz. Entsprechend sind Besuche in der Regel auf die räumlich nähere Umgebung des Vertragszahnarztsitzes beschränkt, auch wenn grundsätzlich die freie Arztwahl bei Besuchsbehandlungen gilt (vgl. [§ 76 SGB V](#); [§ 7 Abs. 1 BMV-Z](#); [§ 7 EKV-Z](#)). Wie die Grenze im Einzelnen zu ziehen ist, kann hier dahinstehen, jedenfalls bestehen erhebliche Bedenken, wenn ein Vertragszahnarzt in größerem Umfang in einer räumlichen Entfernung von mehreren hundert Kilometern tätig wird. Die Antragsgegnerin hat in sofern zutreffend im Verwaltungsverfahren darauf hingewiesen, dass ein Umherziehen des Vertragszahnarztes gesetzlich nicht zugelassen ist.

Diese Frage kann aber letztlich dahinstehen, da berechtigte Zweifel bestehen, ob der Antragsteller in jedem Einzelfall tatsächlich auch die geltendgemachte Leistung erbracht hat. Die Kammer hat bereits mit Schriftsatz vom 17.03.2005 den Antragsteller darauf hingewiesen, dass im Fall der Patientin A. R., geb. 1913, der Neffe und damalige Betreuer angegeben hat, dass eine zahnprothetische Versorgung weder in Auftrag gegeben noch angefertigt worden sei. Auch im Altersheim habe niemand die Angaben des Antragstellers bestätigen können. Der Antragsteller hat sich im Erörterungstermin lediglich allgemein dahingehend eingelassen, es komme auch vor, dass altersdemente Patienten den Zahnersatz wegwerfen oder verstecken würden. Er hat ferner angegeben, bei der Anfertigung sei niemand anwesend gewesen, so dass auch ein Zeugenbeweis für die Eingliederung nicht angeboten werden könne. Hinzu kommt, dass der Antragsteller für alle von ihm eingereichten Unterlagen, soweit sie sich in der Verwaltungsakte befinden, Eigenbelege für die Anfertigung durch sein eigenes Labor vorgelegt hat. Der Antragsteller hat auch in dem Erörterungstermin nicht ansatzweise versucht, die Eingliederung durch Schilderung des Eingliederungsvorgangs plausibel zu machen.

Die Kammer konnte ferner die vom Antragsteller bei der Antragsgegnerin eingereichten Bestätigungen in sieben Behandlungsfällen mit den in der Verwaltungsakte befindlichen Unterlagen in sechs Fällen abgleichen. In fünf von den sechs Fällen hat sich ergeben, dass die Bestätigungen Behandlungsdaten vor Einreichung eines Heil- und Kostenplans und/oder der Eingliederung von Zahnersatz betreffen und die Patienten bzw. die Heime zugleich bestätigen, dass die Behandlung abgeschlossen sei. Auch wird in keinem Fall bestätigt, dass überhaupt Zahnersatz eingegliedert wurde. Auch im sechsten Fall sind die Angaben widersprüchlich. In vier der sechs Fälle wird ferner lediglich ein Hausbesuch angegeben, so dass schon technisch eine Eingliederung von Zahnersatz nicht erfolgen konnte. Hinzu kommt, dass der Antragsteller auf diesen und fast allen übrigen Fällen auf dem Heil- und Kostenplan vermerkt hat, den Heil- und Kostenplan an seine Praxis in F. zu schicken, abweichend von dem üblichen Verfahren, nach Genehmigung den Plan dem Patienten selbst zu übersenden. Die Erklärung des Antragstellers, dies liege daran, dass die Patientenadresse nach der Versicherungskarte der Patienten mit der aktuellen Heimadresse nicht übereinstimme, traf bereits in den im Erörterungstermin besprochenen Fällen nicht zu. Der Antragsteller hat weiter, worauf bereits hingewiesen wurde, für sämtliche Laborleistungen Eigenbelege vorgelegt, was rechtlich grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, was aber eine weitere Möglichkeit zur Überprüfung der Leistung ausschließt.

Im Einzelnen: Im Fall der Patientin K., geb. 1912, hat der Antragsteller eine Bestätigung für Behandlungen am 20. und 25.11.2004 vorgelegt (Bl. 41 der Gerichtsakte). Der Heil- und Kostenplan (Bl. 149 der Verwaltungsakte) trägt das Antragsdatum vom 25.11.2004 und das

Eingliederungsdatum vom 08.12.2004, wobei die Genehmigung seitens der Krankenkasse am 07.12.2004 erteilt wurde. Die Widersprüche zwischen dem Bestätigungsschreiben der Patientin und den Angaben im Heil- und Kostenplan konnte der Antragsteller im Erörterungstermin nicht ansatzweise aufklären. Gleiches gilt für den Behandlungsfall der Frau L., geb. 1913. Bestätigt wird ein Hausbesuch am 17.11.2004 und dass die Behandlung abgeschlossen sei (Bl. 40 der Gerichtsakte). Der Heil- und Kostenplan trägt das Antragsdatum vom 18.11.2004 und gibt für die Eingliederung das Datum vom 20.12.2004 an, die Genehmigung der Krankenkasse erfolgte am 15.12.2004 (Bl. 132 der Verwaltungsakte). Auch hier war der Antragsteller nicht in der Lage, die Widersprüche im Erörterungstermin aufzuklären. Für die Aufklärung der Widersprüche in den übrigen Behandlungsfällen sah der Antragsteller keine Notwendigkeit. So wird im Behandlungsfall der Frau E., geb. 1938, ein Hausbesuch am 29.11.2004 bestätigt (Bl. 38 der Gerichtsakte), datiert der Heil- und Kostenplan aber vom 30.11.2004 und wird als Eingliederungsdatum der 30.12.2004 angegeben (Bl.153 der Verwaltungsakte). Im Behandlungsfall der Frau H., geb. 1924, wird ein Hausbesuch am 29.11.2004 bestätigt (Bl. 35 der Gerichtsakte), trägt der Heil- und Kostenplan das Antragsdatum vom 30.11.2004 und als Eingliederungsdatum das Datum vom 29.12.2004 (Bl. 151 der Verwaltungsakte). Im Behandlungsfall des Herrn W., geb. 1934, wird die vom Alten- und Pflegeheim unterzeichnete Bestätigung für einen Hausbesuch am 10.12.2004 abgegeben; danach ist der Patient auch am 21.12.2004 verstorben (Bl. 34 der Gerichtsakte). Im Heil- und Kostenplan vom 10.12.2004 wird als Eingliederungstag der 21.12.2004 angegeben (Bl. 124 der Verwaltungsakte), also der Todestag. Im Behandlungsfall der Frau P., geb. 1908, werden Hausbesuche am 06. und 07.09.2004 bestätigt (Bl. 32 der Gerichtsakte), trägt der Heil- und Kostenplan das Antragsdatum vom 06.08.2004 und wird als Eingliederungsdatum der 06.09.2004 angegeben. Genehmigungsdatum der Krankenkasse ist der 19.08.2004 (Bl. 155 der Verwaltungsakte). Auch wenn hier abweichend von den übrigen Fällen Antragsdatum und Eingliederungsdatum nicht nach den bescheinigten Hausbesuchen liegen, so sind auch diese Daten nicht frei von Widersprüchen, da eine Behandlung für den August 2004 nicht bestätigt wird.

Von daher ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt von der Unrichtigkeit der Heil- und Kostenpläne auszugehen. Dies betrifft damit auch die zur Abrechnung gebrachten Leistungen. Die Vielzahl der Unrichtigkeiten berechtigt nach Auffassung der Kammer zu der Annahme, dass die mit der Bescheinigung der Eingliederung durch den Antragsteller abgegebene Erklärung, die Leistungen auch tatsächlich erbracht zu haben, nicht ohne weiteres ausreichend ist, um einen Gebührentatbestand zu erfüllen. Auf Grund der zahlreichen Unrichtigkeiten ist es nunmehr Sache des Antragstellers, weitere Nachweise zu erbringen. Dieser Pflicht ist der Antragsteller bisher nicht nachgekommen. Auch im Erörterungstermin vor der Kammer hat er keine entsprechenden Nachweise vorgelegt. Im Hinblick darauf, dass die Beanstandungen von der Antragsgegnerin seit längerem geltend gemacht werden und, bezüglich des Gerichtsverfahrens, dass die Kammer den Antragsteller zum Teil vor dem Erörterungstermin darauf hingewiesen hat, fehlte es bisher am Nachweis dafür, dass ein Anspruch für diese Zahnersatzleistungen besteht.

Für die Frage, ob eine Honorarabrechnung unrichtig erstellt und abgegeben und der auf ihr beruhende Honorarbescheid deshalb ebenfalls unrichtig, d.h. rechtswidrig ist, hat die Erklärung des Vertragsarztes über die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der geltend gemachten Leistungen eine grundlegende Bedeutung. Mit seiner Unterschrift und der Angabe des Eingliederungsdatums bestätigt der Vertragszahnarzt, dass er zu diesem Zeitpunkt den Zahnersatz auch tatsächlich eingegliedert hat.

Die Abgabe dieser Erklärung ist eine eigenständige Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs eines Vertragsarztes auf Vergütung der von ihm erbrachten ZE-Leistungen. Mit ihr garantiert der Vertragsarzt, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Heil- und Kostenplänen zutreffen. Diese Garantiefunktion ist gerade wegen der aufgrund des Sachleistungsprinzips im Vertragsarztrecht auseinander fallenden Beziehungen bei der Leistungserbringung (Verhältnis Arzt zum Patienten) und der Vergütung (Verhältnis Arzt zur KV) und den damit verbundenen Kontrolldefiziten unverzichtbar. Die Richtigkeit der Angaben auf den Heil- und Kostenplänen kann nur in engen Grenzen überprüft werden, und Kontrollen sind mit erheblichem Aufwand und unsicheren Ergebnissen verbunden. Das System der Abrechnung beruht deshalb in weitem Maße auf dem Vertrauen, dass der Arzt die Behandlungsausweise und Heil- und Kostenpläne zutreffend ausfüllt bzw. durch sein Personal ausfüllen lässt. Insoweit kommt der Angabe des Eingliederungsdatums mit der Unterschrift des Vertragszahnarztes auf den Heil- und Kostenplänen eine gleiche Funktion wie der Abrechnungs-Sammelerklärung als Korrelat für das Recht des Arztes, allein aufgrund eigener Erklärungen über Inhalt und Umfang der von ihm erbrachten Leistungen einen Honoraranspruch zu erwerben, eine entscheidende Funktion bei der Überprüfung der Abrechnung zu. Aus dieser Funktion der Abrechnungs-Sammelerklärung sowie der Heil- und Kostenpläne als Voraussetzung der Vergütung der vom Vertragsarzt abgerechneten Leistungen folgt zugleich, dass die Erklärung in den Fällen, in denen sie sich wegen abgerechneter, aber nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen als falsch erweist, ihre Garantiewirkung nicht mehr erfüllt, es sei denn, es läge lediglich ein Fall schlichten Versehens vor.

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass die Abrechnungs-Sammelerklärung als Ganzes bereits dann unrichtig ist, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält. Damit entfällt für die KÄV grundsätzlich die Verpflichtung, als Voraussetzung der Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Sie ist rechtlich nicht gehalten, in allen Behandlungsfällen, in denen sie unrichtige Abrechnungen vermutet, den Nachweis der Unrichtigkeit zu führen. Im Ergebnis liegt somit das Honorar-Risiko auf der Seite des Arztes, der in seiner Honorarabrechnung unrichtige Angaben zumindest grob fahrlässig - also bei Verletzung der erforderlichen Sorgfalt in besonders schwerem Maße - gemacht hat; eine vorsätzlich falsche Abrechnung muss nicht vorliegen (vgl. BSG, Urt. v. 17.09.1997 - [6 RKa 86/95](#) - [SozR 3-5550 § 35 Nr. 1](#) = [MedR 1998, 338](#)).

Die Garantiefunktion der Heil- und Kostenpläne entfällt nach Auffassung der Kammer auch dann, wenn sich, wie vorliegend in den sechs genannten Fällen bzgl. der vom Antragsteller der Antragsgegnerin vorgelegten Bestätigungen sowie im Behandlungsfall R., offensichtliche Zweifel am Eingliederungsdatum und der Erbringung der ZE-Leistungen ergeben. Die Garantiefunktion entfällt dann auch für die übrigen eingereichten Fälle, da es sich offensichtlich nicht um ein bloßes Versehen oder sonstige unerhebliche Abrechnungsfehler handelt, sondern Anlass zu der Vermutung besteht, dass die Angaben auf den Heil- und Kostenplänen unzutreffend sind und nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass die ZE-Leistungen überhaupt oder unter Einhaltung eines ordnungsgemäßen Verfahrens erbracht worden sind. Es kann hier dahinstehen, ob dem Antragsteller ein Betrugsvorwurf im strafrechtlichen Sinne gemacht werden muss. Es obliegt zunächst der Antragsgegnerin und den Leistungsträgern zu überprüfen, ob sich ein Verdacht soweit erhärtet, wofür die dargestellten Anzeichen sprechen, dass eine Abgabe an die Staatsanwaltschaft erforderlich ist. Für den Anordnungsanspruch ist allein entscheidend, dass es nunmehr dem Antragsteller obliegt, in jedem Einzelfall die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten ZE-Leistungen nachzuweisen. Hieran fehlt es aber in allen streitigen Abrechnungsfällen. Bis zum Nachweis entsteht aber kein Honoraranspruch.

Von daher kann dahinstehen, ob der Antragsteller einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht hat. Soweit er am Ende des

Erörterungstermins nach wiederholter Erörterung der Problematik eine Zahlungsaufforderung des Finanzamts F. mit Datum vom 16.03.2005 über einen Betrag von 28.298,19 EUR zur Gerichtsakte eingereicht hat, wird hieraus lediglich ersichtlich, dass Schulden des Antragstellers aufgelaufen sind und die Vollstreckung droht. Soweit der Antragsteller weiter geltend gemacht hat, er müsse einen Insolvenzantrag stellen, hat er dies lediglich unter Hinweis auf allgemeine, mit einem Praxisbetrieb einhergehende Zahlungsverpflichtungen dargelegt, ohne im Einzelnen die Zahlungsverpflichtungen und aufgelaufenen Schulden zu benennen. Von daher bestehen Zweifel über das Vorliegen eines Anordnungsgrundes, denen die Kammer aber im Hinblick auf die fehlende Glaubhaftmachung eines Anordnungsanspruchs nicht weiter nachzugehen brauchte.

Nach allem war der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 VwGO](#).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf den gesetzlichen Vorgaben.

Für das Klageverfahren gilt das Gerichtskostengesetz i. d. F. des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (Kostenrechtsmodernisierungsgesetz - KostRMoG) vom 05.05.2004, [BGBl. I S. 718](#), da der Antrag nach dem 30.06.2004 anhängig wurde (vgl. [§ 72 Nr. 1 GKG](#)). Soweit eine Entscheidung nach § 62 Satz 1 nicht ergeht oder nicht bindet, was hier der Fall ist, setzt das Prozessgericht den Wert für die zu erhebenden Gebühren durch Beschluss fest, sobald eine Entscheidung über den gesamten Streitgegenstand ergeht oder sich das Verfahren anderweitig erledigt ([§ 63 Abs. 2 Satz 1 GKG](#)). In Prozessverfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit wird die Verfahrensgebühr mit der Einreichung der Klage-, Antrags-, Einspruchs- oder Rechtsmittelschrift oder mit der Abgabe der entsprechenden Erklärung zu Protokoll fällig ([§ 6 Abs. 1 Nr. 4 GKG](#)). In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Der Antragsteller beehrte eine einstweilige Verfügung wegen ausbleibender Honorarzahlungen in Höhe von ca. 14.100 Euro. Hierauf ist sein Begehren gerichtet. Der wirtschaftliche Wert war im einstweiligen Anordnungsverfahren auf 1/3 zu reduzieren. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-09