

S 12 KA 656/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 656/06

Datum

29.11.2006

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychotherapeutin verstößt gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten, wenn sie die Zuzahlung von 5 Euro pro Sitzung verlangt. Die Verhängung einer Geldbuße von 3.000 Euro bei einem nachgewiesenen Zuzahlungsverlangen in zwei Behandlungsfällen sowie der Abrechnung von zwei nicht durchgeführten Therapiesitzungen ist nicht unverhältnismäßig.

2. Lässt sich ein Vertragsarzt mit Erklärungen zum Abrechnungsverhalten in einem Disziplinarverfahren ein, so muss er sich jedenfalls an den bis zum Abschluss des Disziplinarverfahrens gemachten Aussagen festhalten lassen. Eine fehlerhafte Sachverhaltsermittlung des Disziplinarausschusses allein deshalb liegt nicht vor. Das Gericht muss den Sachverhalt nicht weiter aufklären.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Sie hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer Geldbuße in Höhe von 3.000 Euro, die die Beklagte als Disziplinarmaßnahme wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten verhängt hat.

Die 1952 geb. Klägerin ist approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 27.09.2001 wurde sie nach [§ 95 Abs. 11 SGB V](#) zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Sie führt ihre Praxis in A-Stadt.

Unter Datum vom 22.10.2004 wandte sich Frau C. T. an ihre Krankenkasse DAK und beschwerte sich bei dieser über Zuzahlungen, die die Klägerin von ihr für die Behandlung ihres Sohnes, geb. 1994 verlangt habe. Unter Vorlage einer Quittung trug sie vor, für 25 Therapiesitzungen jeweils 5 Euro, insgesamt 125 Euro, zugezahlt zu haben. Ferner hätte sie eine weitere Vereinbarung unterschrieben, die Ausfallstunden zu bezahlen. Für die Sitzungen am 09.03.2004 und 02.04.2004 habe sie jeweils 60 Euro bezahlt.

Unter Datum vom 01.11.2004 wandten sich die Eheleute S. Z. B. und I. Z. an ihre Krankenkasse DAK und beschwerte sich über eine Vereinbarung der Klägerin, die ihre Tochter nach zwei probatorischen Sitzungen mitgebracht habe. Sie sei nicht bereit, eine Zuzahlung oder Zahlung für Ausfallstunden zu leisten.

Die Klägerin erklärte zu dem Schreiben der Eheleute unter Datum vom 20.01.2005, mit ihrer Kassenzulassung sei ihr Honorar deutlich gesenkt worden. Seit März 2004 habe sie eine Zuzahlung erhoben, die, wie ihr jetzt bekannt geworden sei, gesetzlich ungesichert sei. Bei den weiteren Rahmenbedingungen gehe es um die Absicherung des therapeutischen Settings. Eine entsprechende Vereinbarung für Ausfallzeiten sei bei Kollegen keineswegs unüblich.

Die Beklagte hörte unter Datum vom 16.02.2005 die Klägerin zu beiden Schreiben und ferner zu dem Umstand an, dass die Klägerin die von Frau T. angegebenen beiden Ausfallstunden sowie Therapiesitzungen am 25.02. und 26.03.2004, die in der Aufstellung der Frau T. nicht enthalten seien, mit der Nr. 871 EBM abgerechnet habe.

Die Klägerin erklärte hierzu unter Datum vom 10.03.2005, sie sehe nunmehr von einer Zuzahlung, die sie seit März 2004 erhoben habe, wegen der unsicheren Gesetzeslage ab. Die Honorarausfallvereinbarung werde weiterhin Teil ihres Behandlungsrahmens bleiben. Die am 09.03.2004 abgerechnete Ausfallleistung sei im Schein handschriftlich korrigiert worden, aber leider von der Beklagten abgerechnet

worden. Die am 25.02.2004 abgerechnete Leistung sei als Elternsitzung durchgeführt worden und auch in der Aufstellung der Versicherten enthalten. Die von Frau T. aufgeführte Sitzung vom 02.04.2004 habe sie in das 2. Quartal genommen. Es habe sich um eine Sitzung am 26.03.2004 gehandelt. Dies sei die letzte Sitzung mit gewesen. Die beiden Sitzungen am 13. und 16.04.2004 seien nicht wahrgenommen worden. Sie habe diese entgegen der Vereinbarung nicht abgerechnet.

Unter Datum vom 27.04.2005 beantragte die Beklagte bei dem Disziplinarausschuss die Einleitung eines Disziplinarverfahrens. Sie führte u. a. aus, aus dem Abrechnungsschein ergebe sich nicht, dass die Ausfallstunde am 09.03.2004 nicht hätte abgerechnet werden sollen. Es sei lediglich das Datum überschrieben worden. Auch hinsichtlich der Leistung am 26.03.2004 ergebe sich eine Doppelabrechnung. Soweit für diese die Sitzung am 02.04.2004 abgerechnet worden sei, so habe Frau T. die Sitzung am 02.04.2004 bezahlt. Der Termin am 02.04.2004 habe nicht stattgefunden.

Der Disziplinarausschuss führte am 15.02.2006 eine Sitzung durch, an der der Prozessbevollmächtigte der Klägerin teilnahm.

Der Disziplinarausschuss verhängte mit Bescheid vom 15.02.2006, der Klägerin zugestellt am 22.03.2006, eine Geldbuße in Höhe von 3.000,- EUR. Die Verwaltungsgebühr setzte er auf 1.000,- EUR fest. Zur Begründung führte der Disziplinarausschuss aus, die Klägerin habe in den Behandlungsfällen T. und B./Z. zu Unrecht eine Zuzahlung verlangt. Hierbei habe die Klägerin mindestens grob fahrlässig gehandelt. Ferner habe sie Leistungen am 09.03. und 26.03.2004 abgerechnet, die sie nicht erbracht habe. Eine Streichung für den 09.03.2004 sei nicht vorgenommen worden. Zudem sei eine Ausgleichszahlung erfolgt. Es sei zumindest von einer grob fahrlässigen, wenn nicht vorsätzlichen Falschabrechnung auszugehen. Die Sitzung am 26.03.2004 habe bereits nach dem Vortrag der Klägerin nicht stattgefunden. Für den 02.04.2004 habe sie ein Ausfallhonorar erhalten. Es handele sich um eine vorsätzliche Falschabrechnung. Die Klägerin habe gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung verstoßen. Die Klägerin habe eine wesentliche Pflicht in erheblich vorwerfbarer Weise verletzt. Eine Verwarnung oder ein Verweis seien nicht ausreichend. Die Geldbuße werde im unteren Drittel angesetzt, nachdem es sich um eine erstmalige Verfehlung der Klägerin gehandelt habe.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.04.2006 die Klage erhoben. Sie trägt vor, entgegen der Disziplinarordnung habe die Ladung nicht die behauptete Verfehlung enthalten. Es habe auch ein Rechtsreferendar an der mündlichen Verhandlung teilgenommen, obwohl die Anwesenheit weiterer Personen nur mit Zustimmung der Beteiligten möglich sei. Eine ausdrückliche Zustimmung des Vertreters des Vorstands ergebe sich nicht aus dem Sitzungsprotokoll. Im Beschluss werde der Rechtsreferendar nicht genannt, obwohl § 15 Abs. 5 der Disziplinarordnung dies vorsehe. Die Verletzung der Disziplinarordnung sei auch wesentlich. Der Bescheid sei auch materiell rechtswidrig. Aus ihm werde nicht ersichtlich, ob die Beklagte davon ausgehe, die Klägerin habe nur in zwei Fällen zu Unrecht Zuzahlungen verlangt, oder ob sie nicht auch von weiteren Fällen ausgehe. Die Vermutung liege nahe, dass sie von letzterem ausgehe. Das mache die Entscheidung ermessensfehlerhaft, da sie von falschen Tatsachen ausgegangen sei und ihr ein viel zu hohes Maß an Verschulden angelastet habe. Es liege ferner allenfalls einfache Fahrlässigkeit vor, sie habe sich lediglich in einem Rechtsirrtum befunden. Aufgrund der in der Öffentlichkeit geführten Diskussionen zum Thema Zuzahlungen, der nur spärlichen Informationen seitens der Krankenkassen und seitens der Beklagten, sowie insbesondere aufgrund der Tatsache, dass auch andere Psychotherapeuten entsprechende Zuzahlungen regelmäßig erheben würden, sei sie davon ausgegangen, die Zuzahlungen seien gesetzlich so vorgesehen und abgesichert. Grobe Fahrlässigkeit liege deshalb nicht vor. Zu ihren Gunsten hätte berücksichtigt werden müssen, dass sie, nachdem sie den Irrtum erkannt und auf die Rechtslage hingewiesen worden sei, keine Zuzahlungen mehr erhoben habe. Auch ohne Disziplinarmaßnahme habe sie sogleich ihr Verhalten geändert. Einer Geldbuße habe es nicht mehr bedurft. Es komme auch auf ihre Beweggründe an. Sie habe mit den Zuzahlungen nicht zusätzliche Einnahmen erzielen wollen, im Vordergrund habe vielmehr der therapeutische Effekt gestanden. Hierzu fehlten Ausführungen im Disziplinarbescheid. Hinsichtlich der Abrechnung vom 09.03.2004 sei unklar, ob die Beklagte von einer grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Falschabrechnung ausgehe. Bei beiden Falschabrechnungen sei ihr allenfalls einfache Fahrlässigkeit vorzuwerfen. Sie habe diese Tage nur versehentlich abgerechnet. Sie habe nicht in ihrem Terminkalender, sondern anderer Stelle vermerkt, dass es sich um Ausfalltage handele. Bei der Abrechnung habe sie lediglich vergessen, bei der Abrechnung die Termine in ihrem Terminkalender mit der Liste der Ausfalltage zu vergleichen. Ein Verweis wäre angemessen und völlig ausreichend gewesen. Ermessensfehlerhaft sei auch die Festsetzung der Verwaltungsgebühr unter Hinweis auf umfangreiche Recherchen. Im Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung habe die Verwaltungsakte gerade einmal 58 Seiten umfasst. Der Ausschuss selbst habe keine Recherchen angestellt. Diese seien durch die Beklagte selbst erfolgt und hätten darin bestanden, die Klägerin anzuschreiben und die Abrechnungsunterlagen beizuziehen. Zeugen und Sachverständige seien nicht angehört worden.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 15.02.2006 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Antragschrift und den angefochtenen Bescheid und trägt vor, das Verfahren sei ordnungsgemäß durchgeführt worden. Der Rechtsreferendar habe an den geheimen Beratungen des Disziplinarausschusses nicht teilgenommen. Die Feststellungen des Disziplinarausschusses seien ebenso wie die Würdigung der gesamten Umstände zutreffend. Bei Zweifeln über die Frage der Zuzahlungen hätte die Klägerin sich fachkundigen Rat einholen müssen. Werde eine wesentliche Pflicht wie hier durch die Klägerin in erheblich vorwerfbarer Weise verletzt, so müsse in einem erhöhten Ahndungsmaß die besondere Missbilligung der Pflichtverletzung über die individuelle Pflichtenmahnung hinaus zum Ausdruck gebracht werden. Der Hinweis der Klägerin auf einen therapeutischen Effekt der Zuzahlungen spreche gerade für ihre Absicht, generell Zuzahlungen zu erheben. Auch gehöre dies nicht zum anerkannten Behandlungsstandard. Die Verwaltungsgebühr sei angemessen, der tatsächliche Verwaltungsaufwand sei im Zweifel eher höher.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt

und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 S. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Klage ist zulässig.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Disziplinarbescheid vom 15.02.2006 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben.

Der Bescheid ist formell rechtmäßig.

Die Beklagte ist zuständig für die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen gegen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Psychotherapeuten.

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

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

Ein Verstoß gegen [§ 12 Abs. 2 Satz 4 DO](#) liegt nicht vor. Danach muss die Ladung die behauptete Verfehlung enthalten. Diesen Anforderungen genügt das Ladungsschreiben vom 10.01.2006. Darin wird wegen der erhobenen Vorwürfe auf die als Anlage beigefügte Antragschrift verwiesen. Ferner wird als Pflichtverletzung angegeben, dass die Klägerin entgegen der Bestimmungen der Bundesmantelverträge Zuzahlungen erhoben habe und dass ferner festgestellte Abrechnungsunstimmigkeiten zu klären seien. In der Antragschrift der Landesstelle der Beklagten vom 27.04.2005 werden zudem detailliert die vorgeworfenen Pflichtenverstöße aufgeführt und erörtert. Eine Konkretisierung der im Ladungsschreiben benannten Pflichtenverstöße durch Verweis auf die beigefügte Antragschrift ist zulässig. Damit war bereits in der Einladung hinreichend konkretisiert, um welche Pflichtenverstöße es sich handelte, und konnte sich die Klägerin auf ihre eventuelle Verteidigung vorbereiten.

Ein Verstoß gegen [§ 12 Abs. 4 Satz 3 DO](#) liegt nicht vor. Nach [§ 12 Abs. 4 DO](#) ist das Verfahren vor dem Disziplinarausschuss nicht öffentlich. Neben den Beteiligten ist nur den Zeugen, den jeweiligen Beiständen bzw. Vertretern und Mitarbeitern der Geschäftsstelle sowie den Protokollführern die Anwesenheit in der mündlichen Verhandlung gestattet. Weitere Personen dürfen an der Sitzung nur teilnehmen, wenn und solange alle Beteiligten der Anwesenheit ausdrücklich zustimmen. Soweit die Klägerin die Anwesenheit eines Rechtsreferendars bemängelt, entspricht es allgemeinen Grundsätzen, dass diese zu Ausbildungszwecken auch an nichtöffentlichen Sitzungen oder Beratungen teilnehmen dürfen. Von daher kann dahinstehen, ob der Rechtsreferendar auch tatsächlich an den Beratungen teilgenommen hat. Zum anderen hat keiner der Beteiligten die Teilnahme des Rechtsreferendars beanstandet, so dass jedenfalls von einer konkludenten Zustimmung auszugehen ist. Eine Protokollierung hierüber ist entbehrlich. Der Prozessbevollmächtigte hat ferner ausweislich des Protokolls bereits zu Beginn der Sitzung ausdrücklich gesagt, er habe gegen die Teilnahme des Rechtsreferendars an der Sitzung keine Einwände. Diese Erklärung ist der Klägerin zuzurechnen. Von daher kommt der Klägerin bereits aus diesem Grund kein nachträgliches Rügerecht zu.

Ein Verstoß gegen [§ 15 Abs. 5 DO](#) liegt nicht vor. Danach muss der Beschluss des Disziplinarausschusses enthalten: die Namen der Ausschussmitglieder, die an der Entscheidung mitgewirkt haben, die Namen der Beteiligten und ihrer Beistände sowie die Namen der Protokollführer und evtl. weiterer anwesender Personen, Tag und Ort der mündlichen Verhandlung, die beschlossene Maßnahme, den Tatbestand und die Entscheidungsgründe. Daraus wird ersichtlich, dass nur die Personen zu nennen sind, die neben den Beteiligten in einer bestimmten Funktion anwesend sind. Rechtsreferendare, die lediglich zu Ausbildungszwecken teilnehmen und jedenfalls im Rahmen dieser Ausbildung keine Verfahrensfunktion wahrnehmen, fallen nicht unter den Kreis der aufzuführenden Personen.

Aber selbst wenn die von der Klägerin gerügten Verfahrens- und Formverstöße vorlägen, würde dies nicht zur Aufhebung des Beschlusses als Verwaltungsakt führen, da offensichtlich ist, dass diese Verletzungen die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst haben ([§ 42 Satz 1 SGB X](#)).

Der Bescheid ist auch materiell rechtmäßig.

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

Der Disziplinarausschuss stützt die Disziplinarmaßnahme zunächst darauf, die Klägerin habe in den Behandlungsfällen T. und B./Z. zu Unrecht eine Zuzahlung verlangt. Dies wird vom Sachverhalt her von der Klägerin nicht bestritten. Die Bescheidgründe sind insoweit

eindeutig, dass die der Klägerin zur Last gelegte Pflichtverletzung nur auf diese beiden Behandlungsfälle bezogen ist. Soweit der Vorsitzende des Disziplinausschusses in dessen Verhandlung am 15.02.2006 die Auffassung vertreten hat, es sei eher unwahrscheinlich, dass nur in den zwei bekannten Fällen eine Zuzahlung verlangt worden sei und was durch den Hinweis in den Bescheidgründen, die Beschränkung auf die beiden Fälle widerspreche jeglicher Lebenserfahrung, aufgegriffen wird, so wird im Bescheid dieser Frage nicht weiter nachgegangen, da feststehe, dass die Betroffene in beiden Fällen objektiv gegen die vertraglichen Bestimmungen verstoßen habe. Trotz der berechtigten Zweifel unterstellt der Disziplinausschuss zu Gunsten der Klägerin, dass von nur zwei Zuzahlungsverlangen auszugehen sei. Im Übrigen geht der Disziplinausschuss zu Recht davon aus, dass vieles dafür spreche, dass die Klägerin in allen Behandlungen Zuzahlungen verlangt habe.

Die Erhebung von Zuzahlungen verstößt aber gegen die vertragsärztlichen Pflichten.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verstößt ein Arzt, der vom Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen Zuzahlungen fordert, gegen vertragsärztliche Pflichten (vgl. BSG, Ur. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 36/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 81 Nr. 7](#) = [MedR 2002, 42](#) = [SGB 2003, 37](#) = USK 2001-125; BSG, Beschl. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 76/00 B](#) - juris; BSG, Beschl. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 77/00 B](#) - juris; s. a. BSG, Beschl. v. 17.05.2001 - [B 6 KA 8/00 B](#) - juris = [MedR 2003, 242](#); BSG, Ur. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 54/00 R](#) - [BSGE 88, 20](#) = [SozR 3-2500 § 75 Nr. 12](#) = [NJW 2002, 238](#)).

Mit ihrer Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung übernahm die Klägerin die Pflicht, an ihr unter Beachtung der dafür geltenden Vorgaben teilzunehmen. Der Inhalt der Teilnahmeverpflichtung wird vor allem durch [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) konkretisiert, wonach die vertragsärztliche Versorgung u. a. die ärztliche Behandlung umfasst, die wiederum mit einem entsprechenden umfassenden Leistungsanspruch des Versicherten korrespondiert ([§ 11](#) i. V. m. [§§ 20 ff.](#), [27 SGB V](#)). Die ärztlichen Leistungen werden den Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt ([§ 2 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 1 Satz 3 SGB V](#)), und zwar grundsätzlich als Naturalleistungen ([§ 2 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 13 Abs. 1 SGB V](#)). Nach der Konzeption des Gesetzes soll also - von besonders geregelten Ausnahmen abgesehen - den Versicherten der GKV die gesamte Krankenbehandlung als Sach- bzw. Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden. Die leistungserbringenden Ärzte erhalten die Vergütung für ihre Tätigkeit - vermittelt über die Kassenärztlichen Vereinigungen - von den Krankenkassen als Leistungsträgern der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Pflicht der Krankenkassen zur Leistungserbringung in Natur und die Einbindung der Leistungserbringer in diese Aufgabe ist nicht bloßer Selbstzweck, sondern hat zum einen den Schutz der Versicherten vor mangelnder ärztlicher Versorgung infolge der damit eintretenden finanziellen Belastungen des einzelnen zum Ziel; zum anderen dient das Naturalleistungsprinzip der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung mittels Einflussnahme auch der das System finanzierenden Krankenkassen auf die Ausgestaltung des Inhalts und insbesondere der Honorierung des Leistungsgeschehens. Zahlungen der Versicherten an die Leistungserbringer - außerhalb der im SGB V geregelten Ausnahmen - widersprechen dem gesetzlich vorgegebenen Naturalleistungssystem. Den Versicherten sollen finanzielle Aufwendungen vielmehr grundsätzlich nur in Gestalt der Sozialversicherungsbeiträge entstehen. Machen daher Leistungserbringer Behandlungsmaßnahmen von (zusätzlichen) Zahlungen der einzelnen Versicherten abhängig, so verstoßen sie gegen ein zentrales Prinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung und handeln der von ihnen mit ihrer Zulassung bzw. Ermächtigung übernommenen Verpflichtung zuwider, die ärztlichen Leistungen gemäß den Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung zu erbringen. Die sich schon aus der vertragsärztlichen Teilnahme i. V. m. dem Naturalleistungsprinzip ergebende Verpflichtung, die Versicherten grundsätzlich ohne gesonderte (Zu-)Zahlungen zu behandeln, ist zusätzlich in den Bundesmantelverträgen normiert. Nach [§ 13 Abs. 6 Satz 1 BMV-Ä](#) und [§ 13 Abs. 4 Satz 1 EKV-Ä](#) darf der Vertragsarzt die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Nach [§ 18 Abs. 3 BMV-Ä](#) und [§ 21 Abs. 3 EKV-Ä](#) darf für vertragsärztliche Leistungen vom Versicherten zudem grundsätzlich keine Zuzahlung gefordert werden; anderes gilt entsprechend den Vorgaben des [§ 32 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nur für Massagen, Bädern und Krankengymnastik, soweit der Arzt diese als Teil seiner ärztlichen Behandlung erbringt. Bei den Bestimmungen des BMV-Ä und des EKV-Ä handelt es sich um sog. Normverträge, die allgemein und damit insbesondere auch für den Vertragsarzt verbindlich sind. Missachtet ein Vertragsarzt deren Inhalt, so verletzt er damit seine vertragsärztlichen Pflichten (vgl. BSG, Ur. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 36/00 R](#) - aaO., juris Rdnr. 19 ff.). Das BSG hat bereits 1993 für den Fall eines im Delegationsverfahren tätigen Diplom-Psychologen betont, insbesondere bei der Abrechnung von zusätzlichem Privathonorar bei Kassenpatienten handele es sich um schwerwiegende Pflichtverletzungen (vgl. BSG, Ur. v. 12.05.1993 - [6 Rka 8/92](#) - [BSGE 72, 238](#) = [SozR 3-2500 § 15 Nr. 3](#) = [NZS 1993, 509](#) = [SGB 1994, 384](#) = USK 93113, juris Rdnr. 17).

Angesicht dieser eindeutigen Rechtslage ist es seit langem geklärt, dass Zuzahlungen nach geltendem Recht, von den gesetzlich geregelten Ausnahmen abgesehen, nicht verlangt werden dürfen. Von daher kann sich die Klägerin jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum nicht auf eine Rechtsunsicherheit oder einen Rechtsirrtum berufen. Der Kammer ist nicht ansatzweise nachvollziehbar, wie die Klägerin meint, aufgrund der in der Öffentlichkeit geführten Diskussionen zum Thema Zuzahlungen, der nur spärlichen Informationen seitens der Krankenkassen und seitens der Beklagten, sowie insbesondere aufgrund der Tatsache, dass auch andere Psychotherapeuten entsprechende Zuzahlungen regelmäßig erheben würden, davon ausgehen zu können, die Zuzahlungen seien gesetzlich so vorgesehen und abgesichert. Auch in der mündlichen Verhandlung konnte dies die Klägerin nicht begründen. Der Hinweis auf die Veröffentlichung im Informationsblatt der Beklagten, der zeitlich nach den Patienten- bzw. Elternbeschwerden erfolgt, ist jedenfalls kein Indiz dafür, dass es geradezu üblich gewesen sei, Zuzahlungen zu verlangen. Dies hat die Klägerin auch nicht substantiiert dargelegt. Bei Zuzahlungen der sog. Praxisgebühr handelt es sich um Beitragsansprüche der Krankenkassen, die lediglich vermittelt über die vertragsärztlichen Leistungserbringer eingezogen und mit deren Honoraransprüchen verrechnet werden. Die Behauptung, auch andere Psychotherapeuten würden entsprechende Zuzahlungen regelmäßig erheben, entbehrt eb. jeglicher Grundlage. Von daher war die Annahme des Disziplinausschusses, es liege zumindest grobe Fahrlässigkeit vor, von der Kammer nicht zu beanstanden.

Soweit die Klägerin vorträgt, zu ihren Gunsten hätte berücksichtigt werden müssen, dass sie, nachdem sie den Irrtum erkannt und auf die Rechtslage hingewiesen worden sei, keine Zuzahlungen mehr erhoben habe, verkennt sie, dass sie damit lediglich ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachgekommen ist. Eigene Anstrengungen, ihr Zuzahlungsverlangen auf rechtlich gesicherten Boden zu stellen, z. B. durch eine Anfrage bei der Beklagten, hat sie nicht unternommen.

Soweit sie im Klageverfahren nunmehr vorträgt, sie habe mit den Zuzahlungen nicht zusätzliche Einnahmen erzielen wollen, im Vordergrund habe vielmehr der therapeutische Effekt gestanden, so setzt sie sich damit in Widerspruch zu ihren Einlassungen im Schreiben vom 20.01.2005 an die Beklagte. Darin führt sie aus, sie habe zunächst als sog. Kostenerstatterin gearbeitet, nach ihrer Zulassung sei ihr Honorar deutlich gesenkt worden. Hieran schließt sie unmittelbar die Aussage an, seit März 2004 habe sie eine Zuzahlung erhoben. Erst

anschließend fährt sie fort, gravierender seien die Rahmenbedingungen für die Beschwerde, was sie auf die ausfallenden Sitzungen bezieht. Die Berechnung von Ausfallstunden ist aber nicht Gegenstand des Disziplinarverfahrens. Damit hat die Klägerin seinerzeit aber gerade nicht behauptet, aus therapeutischen Gründen eine Zuzahlung zu verlangen.

Als weiterer Komplex wird der Klägerin vorgeworfen, sie habe im Behandlungsfall des am 19.04.1994 geborenen Patienten T. Leistungen am 09.03. und 26.03.2004 abgerechnet, die sie nicht erbracht habe. Darin liege ein Verstoß zur peinlich genauen Abrechnung.

Im gesamten Vertragsarztrecht gilt das Gebot peinlich genauer Abrechnung der zu vergütenden Leistungen. Hierzu ist auch die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung zu rechnen. Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden, die der Arzt entweder nicht oder nicht vollständig oder - sofern sie sein Tätigwerden voraussetzen - nicht selbst erbracht hat. Dies deshalb von so entscheidender Bedeutung, weil ordnungsgemäße Leistungserbringung und peinlich genaue Abrechnung lediglich in einem beschränkten Umfang der Überprüfung durch diejenigen zugänglich sind, die die Gewähr für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu tragen haben, nämlich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen. Insbesondere die Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung gehört daher zu den Grundpflichten des Arztes (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#), juris Rdnr. 22; BSG, Urt. v. 25.10.1989 - [6 RKa 28/88](#) - [BSGE 66, 6](#) = [SozR 2200 § 368a Nr. 24](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 08.07.1981 - [6 RKa 17/80](#) - USK 81172, juris Rdnr. 31; BVerfG, Beschl. v. 28.03.1985 - [1 BvR 1245/84](#), [1 BvR 1254/84](#) - [BVerfGE 69, 233](#) = [SozR 2200 § 368a Nr. 12](#), juris Rn. 27). Mit der Abrechnungs- und Sammelerklärung (§ 35 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä, § 34 Abs. 1 EKV-Ä, § 16 Abs. 2 EKV-Z) garantiert der Kassen-/Vertragsarzt, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Behandlungsausweisen bzw. Datenträgern zutreffen (vgl. BSG, Urt. v. 17.09.1997 - [6 RKa 86/95](#) - [SozR 3-5550 § 35 Nr. 1](#), juris Rdnr. 19). Auch derjenige, der tatsächlich erbrachte Leistungen und Leistungsfälle nicht oder nicht vollständig abrechnet, verstößt hiergegen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.1999 - [L 11 KA 16/99](#) - [MedR 2001, 103](#), juris Rdnr. 21). Wiederholt unkorrekte Abrechnungen können die Zulassungsentziehung rechtfertigen (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#), juris Rdnr. 36; BSG, Urt. v. 25.10.1989 - [6 RKa 28/88](#) - [BSGE 66, 6](#) = [SozR 2200 § 368a Nr. 24](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 30.03.1977 - [6 RKa 4/76](#) - [BSGE 43, 250, 252](#) = [SozR 2200 § 368a Nr. 3](#)).

Zum Komplex der Falschabrechnung hat die Klägerin in ihrem Schreiben gegenüber der Beklagten mit Datum vom 10.03.2005 erklärt, die am 09.03.2004 abgerechnete Ausfallleistung habe sie im Schein handschriftlich korrigiert, diese sei aber leider von der Beklagten abgerechnet worden. Diese Behauptung trifft mit den Angaben auf dem Behandlungsausweis, auf dem für den 09.03. ebf. die Leistung "871" eingetragen ist, nicht zu. Eine Korrektur hätte erfordert, dass diese Leistung samt Behandlungstag, da es sich um die einzig abgerechnete Leistung handelte, durchgestrichen wird. Ferner führte die Klägerin aus, die gegenüber der Mutter weiter abgerechnete Sitzung am 02.04.2004 habe sie in ihrer Kassenabrechnung als Sitzung in das 2. Quartal genommen und am 26.03.2004 aufgeführt. Dies sei die letzte Sitzung mit dem Patienten gewesen. Damit gab sie aber selbst an, weder am 26.03. noch am 02.04. eine Leistung erbracht zu haben. Nicht widersprochen hat sie auch dem Vortrag der Beschwerdeführerin, diese habe die beiden Ausfallstunden am 09.03. und 02.04.2004 bezahlt. Insofern war die Feststellung des Disziplinarausschusses, es handele sich bzgl. des 09.03. um eine grob fahrlässige, wenn nicht vorsätzliche Falschabrechnung, und bzgl. des 26.03. um eine vorsätzliche Falschabrechnung von der Kammer nicht zu beanstanden.

Im Ergebnis trifft damit die weitere Feststellung des Disziplinarausschusses zu, die Klägerin habe gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung verstoßen.

Soweit die Klägerin im Gerichtsverfahren schriftsätzlich vorträgt, bei beiden Falschabrechnungen sei ihr allenfalls einfache Fahrlässigkeit vorzuwerfen, sie habe diese Tage nur versehentlich abgerechnet, sie habe nicht in ihrem Terminkalender, sondern anderer Stelle vermerkt, dass es sich um Ausfalltage handele, vermochte dem die Kammer nicht zu folgen. Zum einen setzt sie sich in Widerspruch zu ihren früheren Ausführungen, so dass die Kammer ihre jetzige Einlassung als bloße Schutzbehauptung ansah. Zum anderen gehört es gerade zur psychotherapeutischen Arbeit in besonderem Maße, genau den Behandlungsverlauf festzuhalten.

Soweit die Klägerin sich nunmehr in der mündlichen Verhandlung erstmals dahingehend eingelassen hat, sie habe doch eine Therapiesitzung am 26.03.2006 durchgeführt, so konnte die Klägerin damit nicht mehr gehört werden. Es kann hier dahinstehen, in welchem Umfang ein Vertragsarzt zur Mitwirkung in einem Disziplinarverfahren verpflichtet ist. Aus § 5 Abs. 4 der Satzung der Beklagten folgt jedenfalls die Pflicht zur Erteilung aller notwendigen Auskünfte und Vorlage von Unterlagen gegenüber der Beklagten als Kassenärztlichen Vereinigung, die zur Nachprüfung der vertragsärztlichen oder sonstigen von dieser sicherzustellenden und zu gewährleistenden ärztlichen Tätigkeit erforderlich sind (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 06.11.2002 - [B 6 KA 9/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 81 Nr. 9](#), juris Rdnr. 21). Lässt sich aber ein Vertragsarzt mit Erklärungen bezüglich der durchgeführten Behandlungen ein, so muss er sich jedenfalls an den bis zum Abschluss des Disziplinarverfahrens gemachten Aussagen festhalten lassen. Insofern rügt die Klägerin keine fehlerhafte Sachverhaltsfeststellung, sondern greift diese mit einem völlig veränderten Vortrag an, den sie bereits vor dem Disziplinarausschuss hätte halten können. Es war die Entscheidung der Klägerin, insofern die Beklagte bzw. den Disziplinarausschuss möglicherweise seinerzeit fehlerhaft informiert zu haben. Insofern handelt es sich nicht um ein Strafverfahren, in dem es den Strafverfolgungsbehörden allein obliegt, eine strafbare Handlung nachzuweisen. Der Disziplinarausschuss hat aufgrund der damaligen Einlassungen der Klägerin den Sachverhalt ausreichend geklärt. Sollte dieser Sachverhalt aufgrund der jetzigen neuen Erklärungsvariante der Klägerin unzutreffend sein, so ist dies unbeachtlich. Von daher brauchte die Kammer dem Beweisantrag der Klägerin, die Mutter des Versicherten zum Beweis der Tatsache, dass am 26.03. und 13.04.2004 eine Psychotherapiesitzung mit dem Versicherten stattgefunden habe, als Zeugin zu hören, nicht nachzugehen. Dieser Antrag war daher abzuweisen.

Angesichts der Schwere der festgestellten Verstöße vermochte die Kammer die Ermessensausübung des Disziplinarausschusses, wie er sie im Bescheid dargelegt hat, nicht zu beanstanden. Insbesondere ist die verhängte Geldbuße auch nicht unverhältnismäßig.

Ermessensfehlerhaft ist auch nicht die Festsetzung der Verwaltungsgebühr.

Die Kosten des Verfahrens sind dem betroffenen Mitglied aufzuerlegen, sofern das Verfahren nicht eingestellt wird (§ 19 Abs. 1 DO). Ist das betroffene Mitglied zur Erstattung von Kosten verpflichtet, werden diese von dem Vorsitzenden des Disziplinarausschusses in Höhe von 250,- EUR bis 5.000,- EUR festgesetzt (§ 19 Abs. 3 DO). Mit einer Gebühr von 1.000 Euro ist der Disziplinarausschuss erheblich unter einer Mittelgebühr von 2.625 Euro geblieben. Angesichts des Umfangs der Verstöße und weiter zu untersuchender Vorwürfe, wobei es nicht allein

auf den Aktenumfang ankommt, war die festgesetzte Gebühr nicht zu beanstanden.

Nach allem ist der angefochtene Bescheid rechtmäßig und war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-02-09