

S 12 KA 173/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 173/08

Datum
10.12.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Verhängung einer Verwarnung als Disziplinarmaßnahme gegen eine Vertragsärztin (hier: Fachärztin für innere Medizin) wegen eines Verstoßes gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung (Nichteinhaltung des zeitlichen Abstands zu letzten Gesundheitsuntersuchung) wegen fehlerhafter und falscher Abrechnung der Nr. 160 EBM 1996 bzw. 01732 EBM 2005 in 13 Fällen bei fahrlässigem Verhalten ist nicht unverhältnismäßig.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Verhängung einer Verwarnung als Disziplinarmaßnahme wegen einer fehlerhaften und falschen Abrechnung der Nr. 160 EBM 1996 bzw. 01732 EBM 2005 (Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien).

Die Klägerin ist als Fachärztin für innere Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt seit 02.01.1991 zugelassen. Sie nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil.

Auf Antrag der AOK Hessen nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung der Klägerin für den Abrechnungszeitraum der Quartale I/04 bis IV/05 in Höhe von 678,54 Euro vor. In 24 Behandlungsfällen setzte sie eine zweite Gesundheitsuntersuchung, davon in zwei Fällen auch eine dritte Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 160 EBM 1996 bzw. Ziffer 01732 EBM 2005 ab. Zur Begründung führte sie aus, gemäß der Richtlinien des Bundesausschusses der ärztlichen Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien) dienen die nach dieser Richtlinie durchgeführten ärztlichen Maßnahmen bei Frauen und Männern vom 36 Lebensjahr an der Früherkennung solcher häufig auftretenden Krankheiten, die wirksam behandelt werden könnten und deren Vor- oder Frühstadium durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sei. Dabei hätten die Versicherten jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Eine erneute Gesundheitsuntersuchung sei daher jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Kalenderjahres möglich. Dieser Bescheid wurde bestandskräftig.

Die Beklagte beantragte unter Datum vom 20.09.2007 beim Disziplinarausschuss wegen des Verdachts der Verletzung vertragsärztlicher Pflichten die Durchführung eines Disziplinarverfahrens gegen die Klägerin. Zur Begründung verwies sie auf die Abrechnung der Untersuchungsleistungen. In 24 Fällen habe die Klägerin die Leistungen bereits im Jahr zuvor bzw. sogar innerhalb des gleichen Jahres und nicht erst wieder, wie vorgegeben, nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Jahres abgerechnet. Es ergebe sich der Verdacht, dass die Klägerin Leistungen abgerechnet habe, die von ihr nicht bzw. nicht ordnungsgemäß entsprechend den Vorgaben in der Gebührenordnung erbracht worden seien. Es müsse unterstellt werden, dass die Klägerin auftretende Abrechnungsfehler in Kauf nehme und dann sogar bedingt vorsätzlich handele.

Die Klägerin erklärte hierzu unter Datum vom 26.09.2007, im Jahr 2005 habe sie 3.600 Patienten behandelt. Im strittigen Zeitraum habe sie etwa 7.200 Patienten gesehen, diagnostiziert und behandelt. Es sei ihr bei den 24 Patienten ein Fehler unterlaufen, dies seien 0,3 % aller Patienten. Eine Fehlerquote von 0,3 % sei nicht signifikant, nicht grob fahrlässig und schon gar nicht vorsätzlich. Sie arbeite in ihrer Praxis seit geraumer Zeit papierlos und sei eigentlich mit ihrem Softwarehaus M1 sehr zufrieden. Ihre Software habe bei der Abrechnung keinen

Fehler gemeldet. Die 24 Patienten hätten sich bei ihr zur Gesundheitsuntersuchung angemeldet. Nach Durchführung der körperlichen Untersuchung habe keiner ihrer Mitarbeiter und auch nicht sie selbst die Leistungszeile mit Doppelklick komprimiert, um die Übersicht der abgerechneten Leistungen über mehr als 1 Jahr zu bekommen. Mit dem Berichtigungsbetrag sei sie einverstanden gewesen. Nicht einverstanden sei sie, dass nun diese Fehlerquote kriminalisiert werde. Sie verweise auf verschiedene Budgetgebote, die sie zu beachten habe.

Ergänzend führte sie unter Datum vom 26.03.2008 aus, durch die Beklagte finde eine Kontrolle der Abrechnung statt. Eine Korrektur sei jedoch nie erfolgt. An der Sitzung des Disziplinarausschusses werde sie nicht teilnehmen.

Der Vorsitzende des Disziplinarausschusses teilte der Klägerin mit, der Beklagten sei es nicht möglich, nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen, quartalsübergreifend die Abrechnung der Vertragsärzte zu überprüfen. Dies könne und dürfe nur die jeweilige Krankenkasse bei ihren Mitgliedern. Die Beklagte habe deshalb nicht einen Hinweis auf Nichteinhaltung des Zeitabstandes bei der Abrechnung der Gesundheitsuntersuchungen geben können. Der Ausschuss gehe ferner nicht davon aus, dass die Klägerin in betrügerischer Absicht gehandelt habe, sondern vielmehr davon, dass sie die Leistungen sehr wohl erbracht habe, diese allerdings im Hinblick auf den Zeitfaktor nicht hätte abrechnen dürfen. Diese Leistungen seien auch nicht in andere Abrechnungsziffern umwandelbar. Es handele sich um extrabudgetäre Leistungen und die zurückgeforderten Beträge müssten unmittelbar wieder den Kassen zufließen. Er bat um Mitteilung, wie die Klägerin heute die Einhaltung des Zeitfaktors überprüfe und wer damit in der Praxis beauftragt sei. Er gehe davon aus, dass die Klägerin bis zum Bekanntwerden der fehlenden Abrechnung sich auf die Software ihres Abrechnungssystems verlassen habe.

Die Klägerin erwiderte darauf unter Datum vom 14.04.2008, zur Vermeidung solcher Fehler habe sie ein Recall-System eingeführt. Alle Mitarbeiter der Praxis trügen seit Januar 2008 notwendige Termine in ein System ein, das blinke.

Der Disziplinarausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen verhängte mit Beschluss vom 16.04.2008 gegen die Klägerin wegen Verstoßes gegen vertragsärztliche Pflichten eine Verwarnung und setzte die Verwaltungsgebühr auf 750,00 Euro fest. Zur Begründung führte er aus, es stehe fest, dass in objektiver Hinsicht eine fehlerhafte und falsche Abrechnung der Nr. 160 EBM 1996 bzw. 01732 EBM 2005 in den fraglichen Quartalen erfolgt sei, worin auch ein objektiver Verstoß gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung zu sehen sei. Diese fehlerhafte Abrechnung habe die Klägerin auch zu verantworten. Mit der Abgabe der Abrechnung in einer Sammelerklärung bestätige ein Arzt, dass die zur Abrechnung eingereichten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie nach den Vorgaben des HVM erbracht worden, notwendig gewesen und die eingereichten Abrechnungen sachlich richtig und vollständig seien. Die fehlerhafte Abrechnung sei weder vorsätzlich in Bereicherungsabsicht noch grob fahrlässig geschehen, sondern fahrlässig, nachdem sich die Klägerin nicht davon überzeugt habe, ob die Software ihres Rechners in der Tat in der Lage sei, die Einhaltung von Zeitintervallen zu überprüfen und etwaige Fehler in diesem Zusammenhang zu melden. Von den 24 Fällen seien unter Berücksichtigung der nach Auffassung des Ausschusses zum damaligen Zeitpunkt nicht vorwerfbare möglichen Fehlinterpretation - Kalenderjahr/Zeitjahr - 13 Fälle verblieben, in denen der Jahreszeitraum - 365 Tage - unterschritten worden sei. Zugunsten der Klägerin sei zu berücksichtigen, dass der entstandene Schaden zwischenzeitlich wieder gut gemacht worden sei und sie sich ihren Ausführungen folgend um ein Kontrollsystem Gedanken gemacht und ein solches eingeführt habe. Bei der Auswahl und Verhängung der Maßnahme sei grundsätzlich das Gewicht der Verfehlung des Arztes, seine Persönlichkeit, das Ausmaß seiner Schuld aber auch die Notwendigkeit zu berücksichtigen, das Ansehen der Gesamtheit der Vertragsärzte zu wahren und das Vertrauen der Krankenkasse und Kassenärztlichen Vereinigung in die Integrität und Zuverlässigkeit des Arztes zu sichern, um so die Funktionsfähigkeit zur Leistung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten. Über die ausgesprochene Verwarnung hinaus habe es keine weiterer Maßnahme bedurft. Trotz des Umfangs der Angelegenheit sei der Ausschuss merklich unter der Mittelgebühr von 2.625,00 Euro geblieben.

Hiergegen hat die Klägerin am 14.05.2008 die Klage erhoben. Sie trägt vor, die Verwaltungsgebühr, die den Schaden der AOK noch übersteige, sei deutlich zu hoch. Das Verfahren sei wegen Geringfügigkeit einzustellen. Bei den vom Disziplinarausschuss angenommen 13 Fällen handle es sich in den zwei Jahren um eine Fehlerquote von 0,15 %. Der Schaden sei längst wieder gut gemacht. Der Ausschuss berücksichtige nicht, dass er auch die Möglichkeit habe, das Verfahren einzustellen, wenn es so geringfügig sei, dass eine Maßnahme nicht geboten erscheine. Das Disziplinarverfahren sei nicht repressiv, sondern zielen auf das zukünftige Verhalten ab. Sie habe nunmehr ein Früherkennungssystem in Bezug auf die Fehlerquelle eingeführt. Die Verwaltungsgebühr wäre auf den Mindestsatz gemäß § 19 Abs. 3 der Disziplinarverordnung festzusetzen gewesen. Allenfalls könne ihr leichte Fahrlässigkeit vorgeworfen werden. Sie habe sich auf ihre Abrechnungssoftware verlassen. Das dieses Programm offensichtlich einen Fehler aufgewiesen habe, der zu einer versehentlichen Berechnung geführt habe, sei ihr nicht erkenntlich gewesen. Nach Kenntnis habe sie Gegenmaßnahmen eingeleitet. Die Beklagte übersehe, dass es sich bei den abgerechneten Positionen um Untersuchungen handle, die sie vollständig und im Übrigen auch selbst erbracht habe. Die Beklagte irre auch, wenn sie ihre Entscheidung nunmehr darauf stütze, dass eine erneute Gesundheitsuntersuchung erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Kalenderjahres möglich sei. Eine derartige Untersuchung sei auch in kürzeren Zeitintervallen möglich. Lediglich abgerechnet werden könne diese Untersuchung nicht vor Ablauf des folgenden Kalenderjahres.

Die Klägerin beantragt,
den Beschluss des Disziplinarausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 16.04.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, das diesem Beschluss zugrunde liegenden Disziplinarverfahren gegen sie einzustellen, hilfsweise, den Beschluss des Disziplinarausschusses dahingehend abzuändern, dass die Verwaltungsgebühr auf 250,00 Euro festgesetzt wird.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, der Disziplinarausschuss habe zutreffend eine - schwerwiegende und schuldhafte - Pflichtverletzung der Klägerin festgestellt. Die Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung gehöre zu den Grundpflichten des Arztes. Wiederholt unkorrekte Abrechnungen könnten die Zulassungsentziehung rechtfertigen. Die Abrechnung in den 24 Fällen widerspreche den Vorgaben nach [§ 25 Abs. 1 SGB V](#) bzw. der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie, wonach Versicherte, die das 35 Lebensjahr vollendet hätten, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten hätten. Eine erneute Untersuchung sei daher erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Kalenderjahres möglich. Die Feststellungen zur Schuld sei nicht zu beanstanden. Die Verhängung der Verwarnung sei nicht ermessensfehlerhaft. Der Verwaltungsakt sei nach [§ 54 Abs. 2 SGG](#) nur bei

Ermessensüberschreitung oder Ermessensfehlgebrauch rechtswidrig. Der Disziplinarausschuss habe im Rahmen seiner Entscheidung in sachgerechter Weise Verschärfungs- und Minderungsgründe gegeneinander abgewogen. Zu beachten sei, dass die ausgesprochene Sanktion nicht am oberen Ende der nach dem Katalog des [§ 81 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) in Betracht kommenden Maßnahme liege, sondern sich am unteren Ende der Skala befinde. Das mache bereits deutlich, dass der Disziplinarausschuss bereits sämtliche Umstände zugunsten der Klägerin in seine Überlegungen einbezogen und aus ihnen in sachgerechter Weise Milderungsgründe hergeleitet habe. Die Einstellung des Verfahrens kommt unter anderem nur in Frage, wenn nach dem Ergebnis der Verhandlung festgestellt worden sei, dass eine Pflichtverletzung nicht vorliege, nicht ausreichend nachzuweisen sei oder diese so geringfügig sei, dass eine Maßnahme nicht geboten erscheine. Auch bei den 13 verbliebenen Fällen habe die Klägerin ihre Grundpflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung nicht genüge getan. Von einem so geringfügigen Pflichtverstoß, bei dem eine Disziplinarmaßnahme nicht geboten erscheine, sei daher auch zu Recht von dem Disziplinarausschuss nicht ausgegangen worden. Die Verwaltungsgebühr könne in Höhe von 250,00 bis 5.000,00 Euro festgesetzt werden. Mit der Gebühr von 750,00 Euro sei der Disziplinarausschuss erheblich unterhalb der Mittelgebühr von 2.625,00 Euro geblieben. Angesichts des Umfangs der Angelegenheit sei die festgesetzte Gebühr nicht zu beanstanden. Sie sei notwendig, um zumindest einen Teil der Verwaltungskosten des mit dem Disziplinarverfahren gebunden Aufwandes zu decken.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Beschluss des Disziplinarausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 16.04.2008 war rechtmäßig und daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Einstellung des Disziplinarverfahrens oder auf Festsetzung der Verwaltungsgebühr auf 250,00 Euro. Die Klage war im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Der Beschluss des Disziplinarausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 16.04.2008 war rechtmäßig.

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

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

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

Der Bescheid ist auch materiell rechtmäßig.

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

Der Disziplinarausschuss stützt die Disziplinarmaßnahme auf einen Verstoß gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung wegen fehlerhafter und falscher Abrechnung der Nr. 160 EBM 1996 bzw. 01732 EBM 2005 in 13 Fällen, wobei er von fahrlässigem Verhalten ausgeht.

Die Feststellungen des Disziplinarausschusses sind insoweit zutreffend und werden von der Klägerin sachlich nicht bestritten. Die Klägerin hat selbst im Anhörungsverfahren angegeben, in den seinerzeit noch vorgeworfenen 24 Fällen sei ihr ein Fehler unterlaufen. Die 24 Patienten hätten sich bei ihr zur Gesundheitsuntersuchung angemeldet. Nach Durchführung der körperlichen Untersuchung habe keiner ihrer Mitarbeiter und auch nicht sie selbst die Leistungszeile mit Doppelklick komprimiert, um die Übersicht der abgerechneten Leistungen über mehr als 1 Jahr zu bekommen. Damit hat die Klägerin jedenfalls fahrlässig gehandelt, da sie sich weder im Einzelfall vergewissert hat, ob seit der letzten Gesundheitsuntersuchung ein Kalenderjahr dazwischen lag, noch generell überprüft hatte, ob ihr Abrechnungsprogramm eine entsprechende Überprüfung automatisch vornimmt und ihr das Ergebnis anzeigt. Allein der Umstand, dass das Abrechnungsprogramm ansonsten fehlerfrei lief, befreite die Klägerin nicht davon, auch für die hier strittige Gesundheitsuntersuchung, die besondere

Voraussetzungen hat, eine Prüfung vorzunehmen.

Mit der fehlerhaften Abrechnung hat die Klägerin auch gegen das Gebot peinlich genauer Abrechnung verstoßen. Unerheblich ist, dass sie die Leistungen tatsächlich erbracht hat. Soweit der genannte zeitliche Abstand nicht vorlag, war die Klägerin nicht zur Abrechnung der strittigen Leistungen berechtigt.

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, Urte. v. 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#), juris Rdnr. 22; BSG, Urte. v. 25.10.1989 - [6 RKA 28/88](#) - [BSGE 66, 6](#) = [SozR SozR 2200 § 368a Nr. 24](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urte. 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, Urte. 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, Urte. v. 28.04.1999 - [L 11 KA 16/99](#) - [MedR 2001, 103](#), juris Rdnr. 21). Wiederholt unkorrekte Abrechnungen können die Zulassungsentziehung rechtfertigen (vgl. BSG, Urte. v. 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#), juris Rdnr. 36; BSG, Urte. v. 25.10.1989 - [6 RKA 28/88](#) - [BSGE 66, 6](#) = [SozR SozR 2200 § 368a Nr. 24](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urte. v. 30.03.1977 - [6 RKA 4/76](#) - [BSGE 43, 250](#), 252 = [SozR 2200 § 368a Nr. 3](#)).

Zur Abrechnung einer Leistung gehört auch, dass alle Voraussetzungen erfüllt sind. Dies gilt nicht nur für notwendiger medizinische Handlungen, sondern auch wie in den hier strittigen Gesundheitsuntersuchungen, dass zeitliche Grenzen eingehalten werden. Der Disziplinarausschuss hat insofern zutreffend darauf hingewiesen, dass weder die Kassenärztliche Vereinigung noch die Krankenkasse alleine in der Lage sind, diese Leistungsvoraussetzung zu überprüfen. Der Kammer ist aus anderen Verfahren bekannt, dass es erst der Bildung einer Kommission aus Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen und der Entwicklung von Überprüfungskriterien und -methoden bedurfte, um die Einhaltung der Leistungsvoraussetzungen zu überprüfen. Von daher ist die Beklagte gerade auch bei der Gesundheitsuntersuchung auf eine richtige Abrechnung angewiesen.

Die Verhängung der Verwarnung ist auch nicht unverhältnismäßig. Zum einen hat der Disziplinarausschuss auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Klägerin lediglich von einem zeitlichen Abstand von einem Jahr und nicht, wie gefordert, vom Dazwischenliegen eines vollen Kalenderjahres ausging, einen Verstoß in 13 Fällen festgestellt. Dies kann nicht, wenn überhaupt, in Relation zu allen Behandlungsfällen gesehen werden, sondern allenfalls zu allen Gesundheitsuntersuchungen. Die 13 Fälle betreffen auch lediglich AOK-Fälle. Zum anderen hat der Disziplinarausschuss mildernde Umstände berücksichtigt. Er hat darauf hingewiesen, dass der entstandene Schaden zwischenzeitlich wieder gut gemacht worden sei und die Klägerin sich ihren Ausführungen folgend um ein Kontrollsystem Gedanken gemacht und ein solches eingeführt habe. Er hat unter Angabe seiner Gewichtungskriterien diese Umstände im Einzelnen dargelegt. Eine darüber hinausgehende Überlegung, warum er das Verfahren nicht eingestellt hat, bedurfte es nicht. Der Disziplinarausschuss hat sein Auswahlmessen im Hinblick auf die Disziplinarmaßnahme der Verwarnung als dem mildesten Mittel fehlerfrei ausgeübt.

Die Klage war daher im Hauptantrag abzuweisen.

Die Klage war auch im Hilfsantrag abzuweisen.

Die Verhängung der Verwaltungsgebühr war von der Kammer ebf. nicht zu beanstanden. Der Disziplinarausschuss ist weit unter der Mittelgebühr geblieben. Im Hinblick auf den Umfang von zunächst 24 und verbliebenen 13 Behandlungsfällen war dies nicht unverhältnismäßig.

Nach allem war die Klage daher insgesamt 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

2009-08-25