L 11 KA 94/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 19 KA 186/00
Datum
06.02.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 94/02
Datum
30.10.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 25/03 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 06.02.2002 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Entziehung der Zulassung des Klägers zur vertragsärztlichen Versorgung.

Der am ...02.1938 geborene Kläger ist Arzt für Gynäkologie und seit April 1989 zur vertragsärztlichen Versorgung in B ... zugelassen. Bis Ende 1998 war er in einer Gemeinschaftspraxis mit seiner Ehefrau, seit dem Jahr 1999 ist er in einer Partnerschaft zusätzlich mit Prof. Dr. B ... tätig. In den letzten Jahren führte der Kläger persönlich zu weit über 90 % ambulante Operationen aus, bis Mitte 1997 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchschnittlich 190 Operationen pro Quartal, im wesentlichen Ziffern 1150, 1151 BMÄ (Laparoskopien, Bauschspiegelungen, Steriliation), Ziffern 1110, 1111 BMÄ (Hysteroskopien) und Ziffer 2110 BMÄ (Entfernung Mammatumor). Nach den in der mündlichen Verhandlung erläuterten Berechnungen des Senates aufgrund der eigenen Angaben des Klägers betrug der Vergütungsanteil bis zum Jahre 1997 durchschnittlich 660,-- DM pro ambulanter Operation. Die Gemeinschaftspraxis erwirtschaftete in den Jahren 1996 und 1997 pro Quartal für durchschnittlich 1.340 kurative Behandlungsfälle durchschnittlich 170.000,-- DM vertragsärzt liches Honorar (ohne Mutterschafts- und Frauenvorsorge, sonstige Hilfen und Onkologie), in den Jahren 2000 und 2001 für durchschnittlich 1.300 Fälle durchschnittlich 194.000,-- DM bei ca. 180 ambulanten Operationen pro Quartal.

Durch Artikel 1 Nr. 1 des 2. GKV-NOG vom 23.06.1997 (BGBl I Seite 1520) wurde Abs. 2 des § 13 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) mit Wirkung vom 01.07.1997 dahingehend neu gefasst, dass nicht nur freiwilligen Mitgliedern, sondern auch pflichtversicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen ein Wahlrecht auf Kostenerstattung eingeräumt wurde. Diese Wahlmöglichkeit wurde dann durch Artikel 1 Nr. 1 GKV-SolG vom 19.12.1998 (BGBl I Seite 3853) mit Wirkung vom 01.01.1999 aufgehoben.

Von der zweiten Jahreshälfte 1997 an bis zum Anfang des Jahres 2000 unterbreitete der Kläger seinen Patientinnen, bei denen ambulante Operationen indiziert waren, beispielhaft die nachfolgenden Vordrucke: KEINE OPERATIONEN IN ROTEN ZAHLEN

Sehr geehrte, liebe Kassenpatientinnen,

alle gynäkologischen Operationen werden derzeit bei Kassenpatientinnen nicht kostendeckend vergütet. Besonders bei den Bauchspiegelungen müssen wir mehr als 1.000 D-Mark zuzahlen, um Sie operieren zu können.

Wir schließen uns deshalb dem Aufruf des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren (BAO) und des Berufsverbandes der Chirurgen (BDC) an:

Bis zum 15. Dezember 1997, wenn Krankenkassen und Kassenärzte über neue Gebühren für Ambulante Operationen und Anästhesien verhandeln werden, operieren wir die Bauchspiegelungen und einige andere "Operationen in roten Zahlen" nicht mehr zu Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern nur auf private Rechnung. Akutfälle sind ausgenommen.

Lösungsvorschläge:

1. Sie können gern einen Kostenvoranschlag für die bei Ihnen vorgesehene Operation erhalten; Ihre Kasse muss Ihnen laut Gesetz einen Teil

dieser Rechnung erstatten.

2. Sie wählen für die Operation und eine eventuelle Nachbehandlung Kostenerstattung und treten uns Ihren Rechtsanspruch auf Kostenerstattung ab. Wir regeln dann alles mit Ihrer Krankenkasse; dafür verzichten wir auf finanzielle Forderungen an Sie.

3. Sie lassen sich im Krankenhaus behandeln.

Bitte helfen Sie uns und sagen Ihrer Krankenkasse und den Gesundheitspolitikern, dass Sie ambulante Behandlung durch erfahrene Fachärzte wünschen und nicht verstehen können, warum das Ambulante Operieren nicht kostendeckend vergütet wird. Denn es ist den Krankenkassen und Gesundheitspolitikern sehr wohl bekannt, dass Operationen in einer Tagesklinik erheblick kostengünstiger erbracht werden können als im Krankenhaus.

Danke für Ihre Hilfe!

B ..., den 20.11.1997

Prof. Dr ... B ...

KEINE OPERATIONEN IN ROTEN ZAHLEN

Sehr geehrte, liebe Patientin,

alle gynäkologischen Operationen werden derzeit bei Kassenpatientinnen nicht kostendeckend vergütet. Besonders bei den Bauchspiegelungen müssen wir mehr als 1.000 D-Mark zuzahlen, um Sie operieren zu können.

Bauchspiegelungen und einige andere "Operationen in roten Zahlen" werden deshalb nicht mehr zu Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern nur auf private Rechnung durchgeführt. Akutfälle sind ausgenomomen.

Lösungsvorschläge:

1. Sie können gern einen Kostenvoranschlag für die bei Ihnen vorgesehene Operation erhalten; Ihre Kasse wird Ihnen dann einen Teil dieser Rechnung erstatten. Kostenübernahme.

2. Sie wählen für die Operation und eine eventuelle Nachbehandlung Kostenerstattung und treten uns Ihren Rechtsanspruch auf Kostenerstattung ab. Wir regeln dann alles mit Ihrer Krankenkasse; dafür verzichten wir auf finanzielle Forderungen an Sie.

3. Sie lassen sich im Krankenhaus behandeln.

Bitte helfen Sie uns und sagen Ihrer Krankenkasse und den Gesundheitspolitikern, dass Sie ambulante Behandlung durch erfahrene Fachärzte wünschen und nicht verstehen können, warum das Ambulante Operieren nicht kostendeckend vergütet wird. Denn es ist den Krankenkassen und Gesundheitspolitikern sehr wohl bekannt, dass Operationen in einer Tagesklinik erheblich kostengünstiger erbracht werden können als im Krankenhaus.

Danke für Ihre Hilfe!

B ..., den 26.01.1998

Prof. Dr ... B ...

AMBULANTE OPERATIONEN

12.08.1998

Sehr geehrte, liebe Patientin,

alle ambulanten Operationen an Kassenpatientinnen werden derzeit bei weitem nicht kostendeckend vergütet, d. h. sie sind "Leistungen in roten Zahlen".

Folgende Wahlmöglichkeiten haben Sie:

1. Sie wählen für die Operation Privatbehandlung durch Prof. Dr. B ... mit Kostenerstattung durch die Krankenkassen und weisen Ihre Krankenkasse mit einem von uns vorbereiteten Formular an, den Erstattungsbetrag auf das Konto von Prof. Dr. B ... zu überweisen. Wir rechnen dann für Sie die erbrachten Leistungen mit Ihrer Krankenkasse ab - für Sie entstehen keine Kosten. Den Operationstermin können sie selbst mitbestimmen. Wir regeln dann alles Finanzielle für Sie mit Ihrer Krankenkasse.

2. Sie wählen die Behandlung bei uns als Kassenpatientin (Chip-Karte). Das Gesetz schreibt zur Betreuung von Kassenpatientinnen vor, dass deren Behandlung durch den Arzt nur ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein darf. Bei dieser Ihrer Wahl werden wir Ihnen einen Operationstermin je nach Dringlichkeit geben.

3. Sie wählen für die Operation private Behandlung auf eigene Kosten.

Sie erhalten dann von uns einen Kostenvoranschlag und nach der Operation eine uns gegenüber zu bezahlende Rechnung für Privatpatientinnen nach der GOÄ. Dann können Sie bei Ihrer Kasse einen Antrag auf Kostenübernahme stellen.

4. Sie lassen sich im Krankenhaus ambulant operieren. Eine stationäre Behandlung ist wesentlich teurer als eine ambulante und muss deshalb extra begründet werden.

Bitte helfen Sie uns und sagen Ihrer Krankenkasse und den Gesundheitspolitikern, das Sie ambulante Behandlung durch erfahrene Fachärzte wünschen und nicht verstehen können, warum das Ambulante Operieren von Kassenpatientin nicht kostendeckend vergütet wird. Denn es ist den Krankenkassen und Gesundheitspolitikern sehr wohl bekannt, dass Operationen in einer Tagesklinik erheblich kostengünstiger erbracht werden können als im Krankenhaus.

Danke für Ihre Hilfe!

Prof. Dr ... B ...

AMBULANTE OPERATIONEN

04.03.1999

Sehr geehrte, liebe Patientin,

wir heißen Sie in der Tagesklinik herzlich willkommen. Unser Motto lautet "höchste Qualität und patientenfreundliche Betreuung". Das weiß auch Ihr Frauenarzt/Ihre Frauenärztin, der/die Sie hierher überwiesen hat.

Qualität hat aber ihren Preis. Die bei Ihnen geplante Operation wird derzeit so schlecht vergütet, dass unsere Betriebskosten bei weitem nicht gedeckt werden. Wir bieten Ihnen deshalb Folgendes an:

1. Sie wählen für die Operation Privatbehandlung durch Prof. Dr ... B ... oder Prof. Dr ... B ... Sie erhalten dann von uns einen Kostenvoranschlag und nach der Operation eine an uns zu bezahlende Rechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie können mit beiliegendem Brief bei Ihrer Krankenkasse anfragen, ob diese Ihnen einen Arzt nennen kann, der diese Operation ambulant auf Krankenversicherungskarte (Chipkarte) durchführt. Kann sie das nicht, ist Ihre Kasse nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V verpflichtet, Ihnen die Kosten auch für eine private ambulante Operation zu zahlen. Den Operationstermin können Sie mitbestimmen.

2. Sie wählen bei uns Behandlung auf Krankenversicherungskarte (Chipkarte)

. Das Gesetz (SGB V) schreibt bezüglich der Behandlung von Kassenpatienten vor: - Die Leistungen müssen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sein.

Viele der modernen Operationen sind dort nicht beschrieben; wir sagen Ihnen, welche.

- Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Wir erklären Ihnen, was dies bedeutet.

Bei dieser Ihrer Wahl werden wir Ihnen einen Operationstermin je nach Dringlichkeit geben. Bitte verstehen Sie, dass wir für diese Operationen nur noch wenig Operationszeit vorhalten können.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr ... B ... / Prof. Dr ... B ...

Anmerkungen zur Kostenerstattung nach dem SGB V

Das Sozialgesetzbuch (SGB V) erlaubt den Krankenkassen Kostenerstattung bei zwei Gelegenheiten:

1.) § 13 Absatz 2: bei freiwillig versicherten Mitgliedern

Diese Möglichkeit wurde 1997 im 2. Neuordnungsgesetz (2. NOG) auf alle Pflichtversicherten erweitert. Die Erweiterung wurde zum 01.01.99 durch das Solidaritätsstärkungsgesetz zurückgenommen.

2.) § 13 Absatz 3: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, ihren Mitgliedern medizinisch notwendige Leistungen zu beschaffen. Dabei müssen sie das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. So dürfen ambulant durchführbare Oprationen nicht aus Bequemlichkeitsgründen stationär erbracht werden, weil die stationären Kosten erwiesenermaßen höher als die ambulanten sind.

Für Krankenkassenmitglieder besteht also ein Recht, eine notwendige Operation - bescheinigt durch die Überweisung eines(r) Facharztes/ärztin - ambulant durchführen zu lassen, zumal diese meist endoskopisch durch- geführten Operationen für den Menschen schonender sind und kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten nach sich ziehen.

Wenn ein Kassenmitglied eine solche ambulante Operation wünscht und diese nicht im Sachleistungssystem (Chipkarte) zu haben ist,

sondern nur als Privatbehandlung, dann muss die Krankenkasse die Kosten für die Privatbehandlung in voller Höhe erstatten (Abs. 3 § 13 SGB V).

Dazu muss das Kassenmitglied seine Krankenkasse vor der Operation benachrichtigen. Die Krankenkasse muss dann sorgfältig prüfen, ob die erforderliche Operation in der erforderlichen Qualität im Sachleistungssystem erbracht werden kann. Dabei genügt es nicht, dass sie ihrem Mitglied den Namen eines Arztes nennt, der irgendwann einmal sich zum Ambulanten Operieren angemeldet hat. Der Arzt muss auch in der Lage und willens sein, die notwendige Operation durchzuführen. Ist dieses nicht der Fall, hat das Kassenmitglied ein Recht auf Erstattung der vollen Kosten einer privaten, ambulanten Operation. Es wäre also nützlich, dass sich die Krankenkassen schon im vornherein - ggf. in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen - erkundigen, wo diese krankenhausentlastenden, ambulanten Eingriffe durchgeführt werden können. Denn gerade im gynäkologischen Bereich sind diese Operationen wegen bestehender Schmerzen oder Blutungen meist unaufschiebbar.

gez. Prof. Dr ... B ... gez. Prof. Dr ... B ...

Sehr geehrte Frau

B ..., den 01.02.00

bei Ihnen ist folgende Operation vorgesehen: - Bauchspiegelungen und Tubensterilisierung

Für diese, mit modernen Methoden durchgeführte Operation gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der für die Behandlung von Kassenpatientinnen maßgeblich ist, keine adäquate Bewertungsziffer. Es gibt nur eine Ziffer für die Vor-Vorgänger-Operation. Diese Ziffer stammt aus dem Jahre 1989 und lautet "Sterilisation der Frau mittels opertiven Eingriffs an den Eileitern, als selbständige Leistung".

In der Zwischenzeit sind die laparoskopischen Methoden durch technische und handwerkliche Fortschritte derart sicher geworden, dass wir heute die meisten Geschwulste und sogar die Gebärmutter mittels dieser "Schlüsselloch-Chirurgie" ambulant operieren können. Insbesondere sind folgende Fortschritte ...

Alle diese Fortschritte kamen erst in den letzten Jahren auf, sie haben natürlich ihren Preis. Der Inhalt der EBM-Ziffer von 1989 hat mit der modernen Operation nur noch wenig zu tun.

Damit auch Sie in den Genuss des Fortschrittes kommen, bieten wir Ihnen diese Operation als Privatbehandlung zu reduzierten Tarifen an. Als voraussichtliche Operationskosten haben wir die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammen mit den Berufsverbänden am 25.11.98 kalkulierte Komplexgebühr veranschlagt; für Assistenz, Labor, Ultraschall usw. wurde der Standardtarif der Privatversicherten (Steigerungsfaktor 1.7 wie bei Rentnern und Studenten) gewählt.

Für obige Operation ergibt sich dann folgender Kostenvoranschlag: ...

Summe DM
zuzügl. Sachkosten
Endbetrag DM

Wenn eine Patientin aufgrund dieser Hinweise die privatärztliche Behandlung mit Kostenerstattung wählte, schlossen der Kläger und die Patientin folgende vorgefertigte formularmäßige Vereinbarung:

Vereinbarung für Kassenpatientinnen über den Abschluss einer privatärztlichen Behandlung

Frau wünscht für die ärztlichen Leistungen in Zusammenhang mit der Operation Laparoskopie sowie Tubenkoagulation, Hysteroskopie mit Endometriumablation sowie tiefer PE ... private Behandlung durch Herrn Prof. Dr ... B ...

Die Liquidation erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Von dieser Vereinbarung hat die Patientin ein Exemplar erhalten.

B ..., den 26.10.98

Prof. Dr ... B ... Unterschrift der Patientin bzw. des Zahlungspflichtigen

Gleichzeitig unterschrieb die Patientin eine ebenfalls vorgefertigte formularmäßige Anweisung an ihre Krankenkasse: Anweisung an die ...

Hiermit weise ich meine Krankenkasse an, den mir zustehenden Erstattungsbetrag auf das Konto-Nr ..., Deutsche Bank B ..., BLZ 330 700 59, Kontoinhaber Prof. Dr ... B ..., zu überweisen.

B ..., den 26.10.98

Die Behandlungen der Patientinnen, bei denen ambulante operative Eingriffe indiziert waren, erfolgten durch den Kläger der Gestalt, dass er die Patien- tinnen in einem Vorgespräch über die anstehende Operation unterrichtete und gleichzeitig die Patientinnen in der oben dargestellten Form informieren ließ. Übrige ärztliche Leistungen wurden - wie der Kläger es selbst darge stellt hat - immer gegenüber der Beigeladenen zu 5) als vertragsärztliche Leistungen abgerechnet. Soweit die Patientin auf Veranlassung des Klägers die privatärztliche Behandlung mit Kostenerstattung wählte, wurden nur die gesam ten Leistungen am Operationstag als privatärztliche Behandlung nach der Ge bührenordnung für Ärzte (GOÄ) gegenüber den Patientinnen abgerechnet und der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung gestellt mit folgendem Begleitschreiben:

Sehr geehrte Damen und Herren,

B ..., 11.08.98

die über Sie versicherte o.g. Patientin hat bei mir Kostenerstattung gewählt (Anlage).

Hiermit bitte ich Sie, den Betrag laut Anweisung Ihres Mitgliedes innerhalb von 3 Wochen nach Rechnungsdatum auf mein Konto-Nr ..., Deutsche Bank, BLZ 380 700 59 unter Angabe unserer Rechnugnsnummer oder des Namens und Geburtstages Ihres Mitgliedes zu überweisen.

Die Kostenerstattung orientiert sich laut Gesetz (2. NOG) an der Höhe des Betrages im Sachleistungssystem. Da die Operation bei Ihrem Mitglied eine krankenhausentlastende Operation war, muß sich die Höhe des Erstattungsbetrages an dem Betrag des Sachleistungssystems im Krankenhaus orientieren. Der Pflegesatz beträgt derzeit um 500,-- DM/Tag. Im vorliegen den Fall übersteigt das Produkt aus Pflegesatz und Pflegetagen bei weitem die in Rechnung gestellte Summe für die ambulante Operation. Deswegen fordere ich Sie auf, die Rechnung voll zu erstatten, anderenfalls darzulegen, wie Sie den Kostenerstattungsbetrag errechnet haben.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr ... B ...

Dies geschah in den Jahren 1998 und 1999 bei mindestens 120 Patientinnen pro Quartal mit einem durchschnittlichen Rechnungsbetrag der in den Akten und Beiakten befindlichen Rechnungen von ca. 1.400,-- DM. Gegenüber der Beigeladenen zu 5) rechnete die Gemeinschaftspraxis nur noch durchschnittlich 45 ambulante Eingriffe pro Quartal ab. Die Krankenkassen erstatteten im Rahmen des § 13 Abs. 2 SGB V durchschnittlich 660,-- DM pro Operation. Soweit sie die Rechnungen nicht oder nicht im vollen Umfange beglichen, erhielten sie vom Kläger folgende (beispielhafte) Mahnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

B ..., den 28.07.98

in meinem Begleitschreiben zu obiger Rechnung habe ich Sie gebeten, den vollen Betrag für die durchgeführte, krankenhausentlastende Operation zu erstatten. Hätte Ihr Mitglied sich stationär behandeln lassen, wären die Kosten für Sie wesentlich höher als bei uns gewesen. Bislang haben Sie von dem Rechnungsbetrag 1640.37 DM nur einen Teil gezahlt; es bleibt ein Rest von 909.48 DM.

Hiermit bitte ich Sie im Namen und im Auftrage Ihres Mitgliedes, den Restbetrag von 909.48 DM zuzüglich 10.- DM Mahngebühren auf das Konto-Nr ..., Deutsche Bank, BLZ 380 700 59 bis zum 10.08.1998 zu überweisen.

Außerdem bitte ich, den Erstattungsbetrag genau aufzuschlüsseln incl. Sachkostenerstattung, da dieses eine Privatrechnung war. Ihr Mitglied hat ein Anrecht darauf zu erfahren, welche Leistungsposten von Ihnen berücksichtigt wurden und in welcher Höhe.

Ich möchte nochmals darauf hinweisen, daß die Krankenkassen nach dem 2. Neuordnungsgesetz des SGB V berechtigt, wenn nicht aufgrund des Wunsches des Patienten sogar verpflichtet sind, Kostenerstattung zu gewähren. Die Höhe der Kostenerstattung soll sich nach der im Sachleistungssystem herrschenden Vergütung richten. Für die krankenhausüblichen Operationen muß zum Vergleich das Sachleistungssystem des Krankenhauses herangezogen werden und nicht das Sachleistungssystem der Kassenärztlichen Versorgung, in dem diese Operationen früher nämlich nicht anfielen. Da die Kosten für stationäre Behandlung, die entweder über Fallpauschalen oder über den Klinik-Tagessatz abgegolten werden, höher liegen als die betriebswirtschaftlich kalkulierten Kosten der ambulanten Operation (s. meine Rechnung), haben Sie als Krankenkasen die Möglichkeit, den vollen Kostensatz zu erstatten. Dieses wird von einigen Krankenkassen auch so gehandhabt. Es macht nämlich wenig Sinn, die Kassenmitglieder finanziell zu belasten und quasi dafür zu bestrafen, daß sie sich am bulant statt stationär behandeln lassen und damit der Krankenkassen viel Geld ersparen.

Sollten Sie zwischenzeitlich obige Rechnung beglichen haben, betrachten Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr ... B ...

Soweit auch dies nicht den vom Kläger erwünschten Erfolg hatte, klagte seine Praxis in zahlreichen Fällen selbst gegen die jeweilige Krankenkasse vor dem Sozialgericht auf Zahlung des Restbetrages, z. B. S 5 KR 7/00, S 5 KR 12/00, S 5 KR 27/00, S 5 KR 29/00, S 5 KR 239/00 SG Köln. Teilweise veranlasste er die Versicherte zur Klage, z. B. S 5 KR 26/00 SG Köln.

Die gesetzlichen Krankenkassen reagierten auf dieses vom Kläger und anderen Vertragsärzten im Rahmen der sogenannten "Operation Phoenix" (Die Krankenkassen haben die Karre in die Asche gefahren und wir steigen als Sieger daraus hervor) in Nordrhein praktizierte Verfahren und verrechneten die für diese Art der Behandlung ihrer Versicherten aufgewendeten Beträge mit den von ihnen zu zahlenden Anteilen an der Gesamtvergütung gegenüber der Beigeladenen zu 5). Hinsichtlich der Rechtmäßigkeit dieser Verrechnungen sind Klageverfahren der Beigeladenen zu 5) gegen die jeweiligen Krankenkassen vor den Sozialgerichten und dem erkennenden Senat anhängig, z. B. L 11 KA 38/02, L 11 KA 39/02 LSG NRW; S 25 KA 255/98, S 25 KA 243/98, S 25 KA 333/98 SG Düsseldorf.

Im Verfahren S 17 KA 257/01 SG Düsseldorf wendet sich die Praxis des Klägers gegen den Beschluss des Beschwerdeausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 09.07.2001, mit dem die von der Barmer Ersatzkasse in den Quartalen IV/1997 und I/1998 aufgewendeten Kostenerstattungen in Höhe von 10.104,33 DM als sonstiger Schaden wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten gegenüber dem Kläger festgesetzt worden sind.

In seiner Eigenschaft als Erster Vorsitzender des ... e.V. wandte sich der Kläger im Schreiben vom 05.08.1997 an den Bundesgesundheitsminister, der ihm in einem persönlichen Gespräch deutlich machte, dass er diese Vorgehensweise für rechtswidrig erachte. Diese Rechtsauffassung teilte das Bundesministerium auch der Beigeladenen zu 5) im Schreiben vom 22.12.1997 mit und bat um Prüfung.

In der im September 1997 erschienenen Ausgabe 7/97 der KVNO-aktuell informierte die Beigeladene zu 5) die Vertragsärzte darüber, dass allein der Versicherte das Recht habe, die Kostenerstattung zu wählen; es handle sich nicht um ein Recht des Arztes; der Erstattungsanspruch des Versicherten seien in der Höhe begrenzt und zwar auf die Kosten, die entstehen würden, wenn die entsprechende Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht worden seien; der Vertragsarzt dürfe seine Behandlung jedoch nicht davon abhängig machen, welche Art und Vergütung der Behandlung der Patient wähle.

Mit Urteilen vom 09.03.1998 - L 11 KA 160/97 und L 11 KA 161/97 - entschied der Senat zwei Rechtsstreite der Praxis des Klägers gegen die Beigeladene zu 5), in denen um die Höhe des Punktwertes für ambuante Operationen gestritten wurde. In dieser Entscheidung hat der Senat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Übergang zur Kostenerstattung für ambulante Operationen eine Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten darstelle, der disziplinarisch und mit dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung geahndet werden könne.

Die Beigeladene zu 5) wies den Kläger mit Schreiben vom 25.06.1998 aufgrund einer Beschwerde des Beigeladenen zu 3) darauf hin, dass der Versicherte allein das Wahlrecht gemäß § 13 Abs. 2 SGB V habe und er dieses Wahlrecht gegenüber der Krankenkasse (und nicht gegenüber dem Arzt) auszuüben habe; im Übrigen sei dieser dem Versicherten zustehende Kostenerstattungsanspruch der Höhe nach begrenzt; dem Versicherten könne nur das gezahlt werden, was unter Berücksichtigung der Vorschriften des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie des aktuellen Punktwertes von der Beigeladenen zu 5) aus der Gesamtvergütung zu zahlen gewesen wäre.

Die Versicherte F. wandte sich im September 1998 an ihre Krankenkasse und schilderte, wie die "Information" hinsichtlich des sogenannten Kostenerstattungsverfahrens in der Praxis des Klägers erfolgte sei und auf welche Art und Weise insbesondere die Alternative der Behandlung als "Kassenpatientin" dargestellt worden seien. Sie brachte zum Ausdruck, wie sie sich bei einer Wahl der Behandlung als "Kassenpatientin" als Patientin 3. Klasse hätte fühlen müssen; sie habe deshalb die Kostenerstattung gewählt.

Im Juli 1998 versuchte der Kläger im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes zu erreichen, dass die AOK ... in geschäftlichen Verkehr nicht mehr ausführt, hinsichtlich der Wahl der Kostenerstattung bestehe eine einjährige Bindungsfrist, die Wahl der Kostenerstattung erstrecke sich zudem auf alle Leistungen während der Bindungsfrist, eine Vereinbarung, die die Kostenerstattung nur auf einen Behandler oder gar Behandlungsart begrenze, sein nicht möglich. Das Sozialgericht Düsseldorf wies den Antrag mit Beschluss vom 26.08.1998 - S 4 Kr 152/98 ER - zurück und führte darin unter anderem aus, dass das Gesamtvorbringen der Antragssteller ein ganz erhebliches wirtschaftliches Eigeninteresse insofern erkennen lasse, als sie auf Art und Inhalt der Wahl der Kostenentscheidung selbst Einfluss nehmen wollen, und zwar insofern, als nicht kostendeckende Leistungen privat abgerechnet werden sollen und kostendeckende Leistung über Chipkarte laufen können; dieses wirtschaftliche Eigeninteresse habe mit dem Wahlrecht des Versicherten, die Kostenerstattung zu wählen, in der Tat überhaupt nichts zu tun.

Der Kläger informierte im Oktober/ November 1998 alle (früheren) Patientinnen, die bei der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) und einigen Betriebskrankenkassen (BKKen) versichert waren, darüber, dass er wegen des Abrechnungsverhaltens dieser Krankenkassen zukünftig keine Patientinnen dieser Krankenkassen mehr behandeln werde und zwar weder als Kassen- noch als Privatpatientinnen.

Dieses Verhalten führte dazu, dass der Beigeladene zu 6) im Oktober 1998 und der Beigeladene zu 3) im Februar 1999 die Entziehung der Zulassung des Klägers zur vertragsärztlichen Versorgung beantragen. Zur Begründung trugen sie im Wesentlichen vor, dass den beigefügten Praxisinformationen entnommen werden könne, dass die Versicherten gezielt in das Kostenerstattungsverfahren genötigt worden seien mit dem Hinweis, die gleiche Operation über die Krankenversichertenkarte löse lediglich einen Eintrag in die Patienten-warteliste aus; die Durchführung der notwendigen Operationen werde gleich- zeitig in den Ermessensspielraum der Ärzte gesetzt. Eine solche Vorgehens- weise widerspreche allen berufs- und vertragsrechtlichen Grundsätzen, hier werde mit den Ängsten der Patienten und deren behandlungsbedüftigen Befunden interessengebundene berufspolitische Polemik betrieben. Die Summierung der Vorgänge zeige auf, dass der Kläger seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt habe und nicht gewillt sei, sich in das System der vertragsärztlichen Versorgung einzuordnen. Man sehe das Vertrauensverhältnis für den Bereich der Mitgliedskassen als nachweislich gestört an. Dies ergebe sich insbesondere deshalb, weil der Kläger über das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V bereits im Dezember 1997 durch das Bundesministerium für Gesundheit und anschließend durch die Beigeladene zu 5) hingewiesen worden sei. Im Übrigen werde ein zweigleisiges Abrechnungsverfahren praktiziert; zu den Kostenerstattungsfällen sei gleichzeitig das Praxisbudget abgeschöpft worden, so dass in allen Fällen Doppelabrechnungen erfolgt seien.

Durch Beschluss vom 01.03.1999 lehnte der Zulassungsausschuss der Ärzte Köln die Anträge ab und führte zur Begründung aus, der Kläger habe zwar seine vertragsärztlichen Pflichten verletzt, aber nicht in einer derart gröblichen Weise, die eine Entziehung der Zulassung rechtfertigen würde und die für den Ausschuss das letzte Mittel darstelle, das vertragsärztliche System gegen Störungen zu schützen. Der Kläger solle seine Pflichtverletzung erkennen und dazu beitragen, dass das Vertrauensverhältnis mit den Krankenkassen wieder hergestellt werde.

Gegen den am 29.03.1999 zur Post gegebenen Beschluss legte der Beigeladene zu 3) am 15.04.1999 Widerspruch ein, den er mit gleichem Schreiben begründete. Der Widerspruch des Beigeladenen zu 6) vom 19.04.1999 wurde mit Schriftsatz vom 28.04.1999, eingegangen beim Beklagten am 04.05.1999, begründet.

Der Beigeladene zu 3) führte zur Begründung aus, entgegen dem Vortrag des Klägers hätten eine Vielzahl von Versicherten, wie sich aus den Unterlagen des Beigeladenen zu 6) ergebe, keinesfalls den Wunsch gehabt, privat behandelt zu werden. Der Kläger habe offensichtlich in etlichen Fällen den jeweils von der Barmer Ersatzkasse (BEK) nicht ausgeglichenen Restbetrag zuzüglich einer Mahngebühr nachgefordert, obwohl er durch die Beigeladene zu 5) bereits im Juni 1998 über das Wahlrecht des Versicherten und die Höhe der Kostenerstattung informiert worden sei. Die mangelnde Einsicht des Klägers offenbare sich in besonderer Weise in zwei Schreiben vom

30.03.1999 an die Betriebskrankenkasse (BKK) Rhein-Sieg. Hier werde kurze Zeit nach der Sitzung des Zulassungsausschusses erneut ein angeblich noch ausstehender Restbetrag nebst Mahngebüren eingefordert. Durch diese Art des Schriftwechsels müsse auch geschlossen werden, dass der Kläger versuche, das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und der Krankenkasse massiv zu stören.

Mit Beschluss vom 03.05.2000 hat der Beklagte den Widerspruch des Beigeladenen zu 6) als unzulässig zurückgewiesen und auf den Widerspruch des Beigeladenen zu 3) dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung entzogen. Zur Begründung der gröblichen Pflichtverletzung des Klägers hat der Beklagte im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger habe aus monetären Gründen Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von ihm zu erbringen gewesen seien, ausgegliedert, um diese privat abrechnen zu können. Er habe weiter wegen des von der Wahlentscheidung der Patientin abhängenden Operationstermins erheblichen psychischen Druck auf die Versicherten ausgeübt. Durch seine "Patienteninformationen" habe er massiv auf die Wahl der Kostenerstattung Einfluss genommen und damit pflichtwidrig auf die Entscheidungsfreiheit der Versicherten eingewirkt. Trotz der ihm erteilten Hinweise bezüglich der Pflichtwidrigkeit seines Verhaltens ab Dezember 1997 habe er die Situation seiner Patientinnen den von ihm vertretenen berufspolitischen Zwecken untergeordnet.

Mit seiner Klage hat der Kläger im Wesentlichen vorgetragen, ambulante Operationen seien überhaupt nicht im Sicherstellungsauftrag enthalten, derartige Leistungen müssten überhaupt nicht von ihm als Vertragsarzt erbracht werden. Selbst wenn man annehmen würde, dass diese Leistungen zum Sicherstellungsauftrag zu zählen seien, so bestehe für ihn keinerlei Verpflichtung, ambulante Operationen voll umfänglich für Kassenpatientinnen zur Verfügung zu stellen. Selbst wenn man auch noch annehmen würde, dass ihn diese Pflicht treffe, so stünde ihm jedoch insoweit ein Leistungsver- weigerungsrecht zu, als er diese Leistungen nicht mehr kostendeckend anbieten könne. Ein Arzt - auch ein Vertragsarzt - dürfe aus unternehmerischen Gründen auch einzelne Leistungen nur als privatärztliche Leistungen anzubieten. Er habe auch die streitigen ambulante Operationen gegenüber den Kassenpatientinnen nicht verweigert, sondern lediglich seine Kapazitäten insoweit eingeschränkt. Keinesfalls habe er in unzulässiger Weise auf die Patientinnen eingewirkt, die privatärztliche Behandlung mit Kostenerstattung zu wählen. Letztlich sei die Zulassungsentziehung auch unverhältnismäßig, da disziplinarische Maßnahmen ausreichend gewesen seien und im Übrigen der HVM der Beigeladenen zu 5) in § 2 Abs. 2 Satz 2 eine Regelung enthalten habe, die ein derartiges Verhalten als rechtmäßig ausgewiesen habe.

Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 03.05.2000 aufzuheben.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat im Einzelnen ausgeführt, dass er seine Entscheidung für rechtmäßig erachte.

Der Beigeladene zu 3) hat auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 14.03.2001 (B 6 KA 67/00 R und B 6 KA 54/00 R) hingewiesen.

Das Sozialgericht (SG) Köln hat mit Urteil vom 06.02.2002 die Klage abgewiesen und sich der Beurteilung des Beklagten im Wesentlichen angeschlossen. Es hat die gravierenden Pflichtverstöße des Klägers darin gesehen, dass er die Patientinnen für ambulante Operationen in die Kostenerstattung allein aus monetären Gründen getrieben habe; die Honoraransätze für Gynäkologen seien im relevanten Zeitraum keinesfalls unangemessen gewesen. Der Kläger habe die Patientinnen falsch über das Kostenerstattungsverfahren informiert und die Versicherten damit für seine monetären und berufspolitischen Zwecke instrumentalisiert. Besonders sei zu berücksichtigen, dass er die psychische Zwangssituation der Patientinnen für seine Ziele ausgenutzt habe, in dem er ihnen für den Fall der Ablehnung des Kostenerstattungsverfahrens Therapienachteile in Aussicht gestellt habe; im Übrigen habe er auf schikanöse Art und Weise den Patientinnen mit Wartezeiten gedroht. Dies alles sei geschehen, obwohl der Kläger zeitnah und mehrfach auf die Pflichtwidrigkeit seines Verhaltens hingewiesen worden sei.

Mit der Berufung verfolgt der Kläger sein Begehren weiter. Er wiederholt und vertieft sein erstinstanzliches Voringen und weit darauf hin, dass den Patientinnen keine Nachteile entstanden seien. Keine Patientin sei abgewiesen oder aus der Privatrechnung in Anspruch genommen worden. Wegen der ab 01.07.1997 geltenden Vorschrift des § 13 Abs. 2 SGB V sieht er keinen Pflichtverstoß in seinem Verhalten, die Krankenkassen auf Kostenerstattung in Höhe der Rechnungsbeträge in Anspruch zu nehmen. Der Umfang der Sicherstellungsverpflichtung zu ambulanten Operationen sei nach wie vor unklar. Letztlich verstoße der Entzug der Zulassung gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 06.02.2002 abzuändern und den Bescheid des Beklagten vom 03./31.05.2000 aufzuheben.

Der Beklagte und der Beigeladene zu 3) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie halten das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Die Beigeladene zu 5) stellt keinen Antrag.

Der Senat hat die Akten des Sozialgerichts Düsseldorf S 17 KA 257/01, S 33 KA 112/00, S 33 KA 40/99, S 33 KA 39/99, S 17 KA 385/98, S 4 KR 152/98, S 17 KA 188/98, S 2 Ka 283/97, S 2 Ka 175/97, S 2 Ka 171/97, S 2 Ka 86/97, S 2 Ka 85/97, S 2 Ka 84/97, S 2 Ka 83/97, S 2 Ka 74/97, S 2 Ka 268/96, S 2 Ka 109/96, S 2 Ka 101/96, S 2 Ka 49/96, S 25 Ka 22/96, S 2 Ka 286/95, S 2 Ka 92/94, S 2 Ka 168/93, S 2 Ka 150/93,

S 2 Ka 191/92, S 2 Ka 12/92, die Akten des Sozialgerichts Köln S 5 KR 29/00, S 5 KR 27/00, S 5 KR 239/00, S 5 KR 12/00, S 5 KR 7/00, die Prozessakten der Verfahren L 11 KA 22/00, L 11 KA 38/02 sowie L 11 KA 39/02 beigezogen. Desweiteren hat der Senat das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 27.06.2001 - S 5 KR 26/00 - sowie die KVNO-aktuell 7/97 zum Gegenstand des Verfahrens gemacht. Ferner sind die Abrechnungsunterlagen der Praxis des Klägers ab dem Quartal I/96 beigezogen worden. Gegenstand des Verfahrens waren im Übrigen die Akten des Zulassungsausschusses für Ärzte Köln sowie die Akten des Beklagten. Diese Akten sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. Auf den Inhalt die ser Akten und den der Streitakten wird - auch hinsichtlich des Vorbringens der Beteiligten - ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat zu Recht die Klage abgewiesen, denn der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG - beschwert. Der Bescheid ist rechtmäßig, denn dem Kläger war gemäß § 95 Abs. 6 SGB V aufgrund gröblicher Pflichtverletzungen die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu entziehen.

Eine gröbliche Pflichtverletzung im Sinne von § 95 Abs. 6 SGB V liegt vor, wenn durch sie das Vertrauen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen insbesondere in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch den Arzt so gestört ist, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Arzt nicht zugemutet werden kann (BSGE 66, 6, 8; BVerfGE 69, 233, 234). Dieser Arzt ist dann zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht (mehr) geeignet; denn die Funktionsfähigkeit des von anderen geschaffenen und finanzierten Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung, an dem der Arzt durch seine Zulassung teilnimmt, hängt in dem hier zu betrachtenden Teil der vertragsärztlichen Versorgung entscheidend mit davon ab, dass die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen auf die ordnungsgemäße Leistungserbringung und auf die peinlich genaue Abrechnung der zu vergütenden Leistungen vertrauen können. Dieses Vertrauen ist 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 (BSGE 43, 250, 255; BSG SozR 3-2500 § 95 Nr. 4). Der Arzt verstößt hiergegen, wenn er Leistungen abrechnet, die er entweder nicht oder nicht selbständig oder - sofern sie sein Tätigwerden voraussetzen - nicht selbst erbracht hat. Der Verstoß gegen die Pflicht der ordnungsgemäßen Leistungserbringung und/oder peinlich genauen Abrechnung erweist sich in der Regel als gröbliche Pflichtverletzung, die zur Entziehung der Zulassung führt. Andererseits ist zu beachten, dass die Entziehung schwerwiegend in das Grundrecht der Berufsfreiheit des getroffenen Arztes nach Artikel 12 Abs. 1 GG eingreift. Die Zulassungsentziehung darf deshalb unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur ausgesprochen werden, wenn sie das einzige Mittel zur Sicherung und zum Schutz der vertragsärztlichen Versorgung ist (BSG SozR 3-2500 § 95 Nr. 4).

Das BSG hat in den Entscheidungen vom 14.03.2001, auf die der Beigeladene zu 3) ausdrücklich hingewiesen hat (B 6 KA 36/00 R und B 6 KA 67/00 R), festgestellt, dass ein Arzt, der von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen Zuzahlungen zu ambulanten Operationen fordert, gegen vertragsärztliche Pflichten verstößt. Ein Versicherter, der von seinem behandelnden Arzt vor die vermeindliche "freie Wahl" zwischen der Inanspruchnahme einer kostenfreien "Kassenleistung" und einer Leistung gegen Privatbezahlung gestellt wird, besitzt letztlich keine echte Entscheidungs- freiheit. Er befindet sich vielmehr in einer Zwangssituation, denn lehnt er die vom sachkundigen Arzt seines Vertrauens angebotene und empfohlene vermeindlich "bessere" privatärztliche Leistung ab, läuft er Gefahr, den weiteren Zugang zu diesem Arzt seines Vertrauens zu verlieren. Darüber hinaus wird er - wie bei Unterbreiten solcher Behandlungsalternativen einkalkuliert - bereits um seiner Gesundheit willen typischerweise auf die angebotene privatärztliche Behandlung nicht verzichten wollen. Schon eine derartige Offerte des Vertragarztes trägt daher die Gefahr einer faktischen Diskriminierung von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung in sich und ist geeignet, das Naturalleistungsprinzip auszuhöhlen bzw. zu umgehen. Ausnahmen von den grundsätzlichen Verboten von (zusätzlichen) Zahlungen der Versicherten sind im SGB nur in wenigen Fällen vorgesehen. Eine entsprechende Regelung für den hier betroffenen Bereich der ambulanten Operationen besteht dagegen nicht. Finanzielle Aspekte wie die vermeindlich unzureichende Honorierung einer Einzelleistung im Vertragsarztrecht berechtigen den Arzt nicht einem Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern. Der einzelne Vertragsarzt ist nicht berechtigt durch gewillkürte Herauslösung einzelner Leistungen aus dem vertragsärztlichen Behandlungsangebot das Gesamtsystem der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich ihrer Finanzierungsweise zu umgehen. Der Arzt, der die Vergütung im vertragsärztlichen Bereich teilweise oder generell für unzureichend hält, mag auf seine Zulassung verzichten und seine Dienstleistungen allein privatärztlich anbieten (BSG, Urteil vom 14.03.2001 - B 6 KA 36/00 R).

In Anwendung dieser aufgezeigten Grundsätze steht fest, dass der Beklagte und das Sozialgericht zu Recht eine gröbliche Verletzung der kassen- bzw. vertragsärztlichen Pflichten durch den Kläger angenommen haben. Auch nach den Feststellungen des Senates ist das Vertrauensverhältnis jedenfalls zu den Krankenkassen derart grundlegend gestört, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Kläger nicht mehr zuzumuten ist und damit durch eine weitere Zulassung des Klägers die Funktionsfähigkeit des Systems der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet wäre.

Aufgrund der vom Senat durchgeführten Ermittlungen steht fest, dass der Kläger in erheblichem Maße seine Verpflichtung aus § 95 Abs. 3 SGB V, an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, verletzt hat. Die Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beinhaltet insbesondere, die gesetzlich Krankenversicherten im gesetzlich vorgeschriebenen Maße und mit den gesetzlich vorgeschriebenen Mitteln zu behandeln.

Der Senat sieht eine gröbliche Pflichtverletzung des Klägers darin, dass er dieser Verpflichtung in mehrfacher Hinsicht nicht nachgekommen ist.

1 a) Der Kläger hat noch im Oktober und November 1998 die Behandlung von Versicherten der DAK und der BKK en ausdrücklich verweigert. In seinen in den Akten befindlichen vordruckmäßigen Schreiben hat er mitgeteilt, dass er wegen des (rechtmäßigen) Verhaltens dieser Krankenkassen bezüglich der Kostenerstattung die Versicherten dieser Krankenkassen zukünftig nicht mehr behandeln werde. Für die

formularmäßige Mitteilung dieser Ansicht an andere Patienten/Versicherte bestand nicht der geringste Anlass außer der Diskriminierung dieser Krankenkassen und dem unverholenen Versuch des Klägers, durch veranlasste Gespräche von Versicherten mit dem Leiter der Krankenkassenstelle "Wunder zu bewirken", d.h. mehr Geld für sich herauszuholen. Ein derartiges Verhalten kann von den am System der gesetzlichen Krankenversicherung Beteiligten keinesfalls toleriert werden, da ansonsten das System kollabieren würde.

b) Der Kläger hat weiterhin gröblich pflichtwidrig Leistungen, die er bisher in seiner Praxis im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit anbietet und erbringt (nämlich ambulante Operationen), aus dem Bereich der vertragsärztlichen Tätigkeit als Sachleistung ausgegliedert, lediglich als privatärztliche Leistung angeboten und diese den Versicherten als Privatliquidation in Rechnung gestellt. Dass er die Rechnungsbeträge nicht gegenüber den Versicherten, sondern deren Krankenkassen geltend gemacht und einzutreiben versucht hat, bleibt unbeachtlich. Der Kläger hat in jedem Fall grob rechts- und pflichtwidrig und besonders verwerflich gehandelt, weil er in Ausnutzung der Notlage von kranken Versicherten dieses Verhalten allein gewählt hat, um "etwas mehr aus dem System heraus zu holen"- wie er in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat wörtlich ausdrücklich erklärt hat -.

Dieses Verhalten des Klägers war nicht gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 2 BMV-Ä gerechtfertigt. Nach dieser Vorschrift kann der Vertragsarzt vom Versicherten eine Vergütung fordern, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt. Eine derartige Fallgestaltung liegt jedoch nicht vor, da die Versicherten vor Beginn der Behandlung nicht ausdrücklich verlangt haben, auf eigene Kosten behandelt zu werden, sondern in die Praxis des Klägers gekommen sind, um als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Denn bei dem erstmaligem Aufsuchen des Klägers haben alle Patientinnen ihren Krankenversicherungsausweis vorgelegt und damit deutlich zum Ausdruck gebracht, eine Behandlung als gesetzlich Krankenversicherte zu wünschen. Nach dem Plan des Klägers sollten diese Leistungen gerade nicht auf eigene Kosten der Versicherten erfolgen, sondern letztlich über den Umweg der sogenannten Kostenerstattung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

c) Das besondere Ausmaß der groben Pflichtwidrigkeit des Verhaltens des Klägers sieht der Senat darin, dass er die Zwangssituation seiner gesetzlich krankenversicherten Patientinnen bewusst ausgenutzt hat, um sein Ziel, "etwas mehr aus dem System herauszuholen", zu erreichen. Die Versicherten hatten bei der Entscheidung hinsichtlich des Kostenerstattungsverfahrens keine wirklich freie Wahlmöglichkeit. Die durch die Art und Weise der vom Kläger vorgenommenen "Patienteninformation" war es den Versicherten nicht mehr möglich, eine wirklich freie Entscheidung zu treffen. Die ihnen vorgelegten "Patienteninformation" waren tendenziell abgefasst, teilweise inhaltlich unrichtig oder enthielten bewusst derart verkürzte Darstellungen, dass sie als Basis für eine derart gravierende Entscheidung ungeeignet waren.

Darüber hinaus hat der Kläger durch dieses "Informationsverfahren" auf die Versicherten einen psychischen Druck der Gestalt ausgeübt, dass ihnen allein die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens übrig blieb. Er hat nämlich den Patientinnen insbesondere suggeriert, dass ihnen bei der Behandlung als gesetzlich Krankenversicherte Therapienachteile entstehen würden. Weiterhin hat er allein bei der Entscheidung zugunsten der Kostenerstattung einen zeitlich nahen Operationstermin angeboten. Soweit Patientinnen die Entscheidung zur Kostenerstattung nicht getroffen haben, ist ihnen in schikanöser Art und Weise eine nicht unerhebliche Wartezeit in Aussicht gestellt worden. Dieses Verhalten sieht der Senat als Drohung und faktische Diskriminierung der gesetzlich krankenversicherten Patientinnen an, wie es auch bereits das Sozialgericht gewürdigt hat.

Eine weitere gröbliche Pflichtverletzung ist darin zu sehen, dass der Kläger die gesetzlich Krankenversicherten hinsichtlich des ihnen allein zustehenden Wahlrechts in keineswegs vertretbarem Maße beeinflusst hat. Diese Beeinflussung bei der Entscheidung der Wahl der Kostenerstattung erfolgte durch den Kläger, obwohl ihm aufgrund entsprechender Informationen seitens Bundesgesundheitsministeriums, der Beigeladenen zu 5) und der gesetzlichen Krankenkassen bekannt war, dass das alleinige Wahlrecht den Versicherten zu stand und der Vertragsarzt sich jedweder Beeinflussung zu enthalten hatte. Dass der Kläger bewusst diese vertragsärztliche Pflicht verletzt hat, zeigt sich insbesondere darin, dass er nicht nur den Patientinnen die entsprechen den "Patienteninformationen" vorgelegt hat, sondern bereits vorgefertigte formularmäßige Erklärungen von den Patientinnen unterschreiben ließ.

d) Eine weitere Pflichtverletzung ist darin zu sehen, dass der Kläger die gesetzlich krankenversicherten Patientinnen bewusst falsch über das Kostenerstattungsverfahren informiert hat. In der Zeit von Mitte 1997 bis Ende 1998, als alle gesetzlich Krankenversicherten gemäß § 13 Abs. 2 SGB V das Kostenerstattungsverfahren wählen konnten, hat der Kläger nicht nur - wie oben dargestellt - die Wahlentscheidung der Versicherten beeinflusst, sondern die Versicherten auch hinsichtlich Ausmaß und Umfang ihrer Wahlentscheidung falsch informiert. Der Kläger hat nämlich in seinen "Patienteninformationen" - entgegen seiner Kenntnis - nicht darauf hingewiesen, dass Art und Umfang der Kostenerstattung der Satzungsautonomie der jeweiligen Krankenkasse obliegt und in der Höhe durch die vertragsärztliche Vergütung begrenzt ist. Nach Abschaffung des generellen Wahlrechts zum 01.01.1999 hat der Kläger in keinesfalls ausreichendem Maße dargestellt, dass eine Kostenübernahmeverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen nur dann besteht, wenn die begehrte erforderliche Leistung von Vertragsärzten oder ermächtigten Ärzten nicht erbracht werden kann. Dabei hat er es ferner unterlassen, darauf hinzuweisen, dass er selbst als Vertragsarzt wie auch viele andere Vertragsärzte diese Leistung erbringen kann und damit grundsätzlich ein Fall des sogenannten Systemversagens nicht vorliegt.

e) Eine besonders gröbliche Pflichtverletzung sieht der Senat darin, dass der Kläger Krankenversicherte benutzt hat, um dem System der vertragsärztlichen Versorgung Schaden zuzufügen und "mehr aus dem System herauszuholen". Er hat die Krankenversicherten durch die Art und Weise seiner "Patienteninformation" unter Druck gesetzt. Dies zeigt sich exemplarisch an der Schilderung der Versicherten F. gegenüber ihrer Krankenkasse, die im Termin zur mündlichen Verhandlung mit den Beteiligten nochmals erörtert worden ist. Der Kläger hat weiterhin die Versicherten, die aufgrund ihrer Erkrankung sich in einer psychisch angespannten Situation befunden haben, instrumentalisiert, um seine eigenen Interessen gegenüber dem System der gesetzlichen Krankenversicherung und der vertragsärztlichen Versorgung durchzusetzen. Er hat dabei insbesondere nicht die Interessen der gesetzlich krankenversicherten Patientinnen in erster Linie gesehen, denn jedwede notwendige Behandlungen hätte er ihnen auch als gesetzlich Versicherte zukommen lassen. Wie das Verhalten des Klägers im Termin zur mündlichen Verhandlung deutlich gemacht hat, hat er neben gewissen berufspolitischen Interessen ganz überwiegend seine eigenen finanziellen Interessen damit verfolgt, nämlich sein Interesse auf eine höhere Vergütung von durchschnittlich 1.400,-- DM gegenüber durchschnittlich 660,-- DM pro Operation im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Dies ist für den Senat insbesondere deshalb nicht nachvoll- ziehbar, weil speziell von den Krankenkassen zum Zwecke der Förderung ambulanten Operierens

zusätzliche Finanzmittel aufgebracht worden sind. Dies hat sich z. B. darin gezeigt, dass der Punktwert für ambulantes Operieren durchgängig gestützt worden ist.

Wenn dennoch Krankenkassen in der Vergangenheit ihren Versicherten Kostenerstattung auf die Privatrechnungen der Praxis des Klägers gewährt haben, entlastet das den Kläger nicht. Jedenfalls hat das Sozialgericht Düsseldorf in den im Berufungsverfahren noch anhängigen Entscheidungen vom 09.01.2002 zutreffen entschieden, um Ansprüche aus § 13 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V wegen des Verhaltens von Vertragsärzten im Rahmen der Aktion Phoenix nicht bestanden, siehe L 11 KA 38/02 und L 11 KA 39/02. Darin zeigt sich allenfalls das Bemühen der Krankenkassen, jedenfalls ihre Versicherten aus Kulanz- und/oder Wettbewerbsgründen nicht mit Nachteilen zu belasten. Auch in der Zeit der "geregelten Kostenerstattung" vom 01.07.1997 bis 31.12.1998 bestanden Ansprüche nur in Höhe der Aufwendungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, d. h. auf durchschnittlich 660,- DM. Dass die Forderung weiterer Geldbeträge unter Berufung auf ein selbst geschaffenes Systemversagen i. S. d. § 13 Abs. 3 SGB V rechtsmissbräuchlich ist, hat der Senat bereits ausgeführt. Den Eigenvergleich des Klägers mit dem Sachleistungssystems eines Krankenhauses in seinen Mahnschreiben hält der Senat für fernliegend, wenn nicht sogar für anmaßend.

Um diese eigenwirtschaftlichen Interessen zu erreichen, hat der Kläger durch das Einwirken auf die Versicherten, das Kostenerstattungsverfahren zu wählen, die Versicherten in Verwaltungs- und Gerichtsverfahren mit den jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen getrieben und/oder selbst als angeblicher Vertreter der Versicherteninteressen aus abgetretenem Recht Verfahren gegen die gesetzlichen Krankenkassen geführt. Die gesetzlichen Krankenkassen sind mit derartigen Verfahren allein deshalb überzogen worden, weil der Kläger Ansprüche der Versicherten aus § 13 Abs. 3 SGB V konstruiert hat, in dem er ein vermeindliches Systemversagen allein dadurch geschaffen hat, dass er entgegen seiner vertragsärztlichen Pflicht Leistungen im System nicht mehr angeboten hat. Es bedarf keiner näheren Begründung, dass der Kläger bei Ausnutzung dieses selbst geschaffenen Systemversagens grob rechtsmißbräuchlich gehandelt hat.

f) Die Störung des Systems der vertragsärztlichen Versorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung seitens des Klägers zeigt sich auch darin, dass er andere Systembeteiligte provokativ mit unnützen Verfahren überzogen hat. So hat er in einem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes versucht, letztlich auf Satzungsbestimmungen einer gesetzlichen Krankenkasse einzu- wirken. Es bedarf keiner weiteren Ausführungen, dass in einem derartigen Verhalten ein massiver Verstoß gegen vertragsärztlichen Pflichten zu sehen ist. Das Ausmaß der Pflichtverletzung wird dadurch besonders deutlich, dass der Kläger - wie das Sozialgericht Düsseldorf im Beschluss vom 26.08.1998 ausdrücklich ausgeführt hat - aus erheblichen wirtschaftlichen Eigeninteressen auf einvermeintliches Wahlrecht der Versicherten Einfluß genommen hat. Das Verhalten des Klägers führte auch dazu, dass weitere Auseinandersetzungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung und der vertragsärztlichen Versorgung notwendig wurden. So haben Krankenkassen ihren Anteil an der Gesamtvergütung um die Kosten gekürzt, die Ihnen aufgrund des Verhaltens des Klägers (und anderer Ärzte) entstanden sind. Dies hat dazu geführt, dass die Beigeladene zu 5) in vier dem Senat bekannten Verfahren die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit angerufen hat, um ihre Ansprüche auf eine ungekürzte Gesamtvergütung geltend zu machen. Das Verhalten hat weiter dazu geführt, dass die Krankenkassen gezwungen waren, diese Auslagen als sogenannte sonstige Schäden im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung geltend zu machen. Auch dadurch sind weitere Rechtsstreitigkeiten entstanden, wie sich aus den beigezogenen Prozeßakten ergibt.

2) Diese Pflichtverletzungen sind in besonderem Maße als gröblichst anzusehen, weil der Kläger sie über einen Zeitraum von mehreren Jahren bis in das Jahr 2000 begangen hat, obwohl er bereits seit September 1997 wusste, dass ein derartiges Verhalten mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht zu vereinbaren ist. Die Beigeladene zu 5) hat bereits im September 1997 in der KVNO-aktuell auf das alleinige Wahlrecht des Versicherten und die Verpflichtung des Vertrags- arztes, dieses Wahlrecht nicht zu beeinflussen, hingewiesen. Darüber hinaus ist der Kläger auch von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit in zwei persönlichen Gesprächen mit dem damaligen Minister auf die Rechtswidrigkeit eines derartigen Verhaltens hingewiesen worden. Der Kläger kann sich auch nicht auf die Regelung in § 2 Abs. 2 Satz 2 HVM der Beigeladenen zu 5) berufen, denn diese ist bereits durch Aufsichtsanordnung vom 28.01.1998 mit Sofortvollzug beanstandet worden. Diese Anordnung des Sofortvollzuges ist durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit mit Beschlüssen vom 17.05. und 21.10.1998 bestätigt worden. In zwei Urteilen des erkennenden Senates vom 09.03.1998 ist der Kläger in ihm persönlich betreffenden Verfahren auf die Pflichtwidrigkeit eines solchen Verhaltens vorsorglich und überdeutlich hingewiesen worden. Weitere ausdrückliche Hinweise erhielt der Kläger in einem Schreiben der Beigeladenen zu 5) vom 25.06.1998, in einem Schreiben des Beigeladenen zu 6) vom 14.09.1998 sowie in der bereits genannten Entscheidung des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.08.1998. Wenn der Kläger trotz dieser zahlreichen und eindeutigen Hiweise sein Verhalten bis in das Jahr 2000 fortsetzt, so ist festzustellen, dass der Kläger die Interessen der gesetzlich Krankenversicherten, der Krankenkassen und der Beigeladenen zu 5) unbeachtet gelassen und allein seine eigenwirtschaftlichen Interessen verfolgt hat. Dabei hat er bewusst ganz erhebliche Störungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung und der vertragsärztlichen Versorgung in Kauf genommen.

Der Senat schließt sich der Rechtsprechung des BSG in seiner Entscheidung vom 14.03.2000 - B 6 KA 67/00 - an, dass ein Vertragsarzt nicht erfolgreich einwenden kann, dass ihn kein Verschulden hinsichtlich des Pflichtverstoßes anzulasten sei, weil seine Auffassung derjenigen einer Kassenärztlichen Vereinigung und derjenigen von Autoren in der Fachliteratur entspreche. Seine Auffassung, er müsse seine Rechtsansichten zunächst einmal durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit überprüfen lassen können, entbehrt einer rechtlichen Grundlage. Der Umstand, dass ein vertragsärztlicher Pflichtverstoß begangen wurde, verliert nicht dadurch an Gewicht, dass der Betroffene in Unkenntnis war und/oder sich in einem Irrtum über die Rechtslage befand bzw. dass zur Zulässigkeit einer konkreten Verhaltensweise noch keine höchstrichterliche Rechtsprechung vorlag. Angesichts des Umstandes, dass er mit seinem Handeln bewusst und provokativ elementare Grundsätze des Systems der gesetzlichen Krankenver- sicherung in Frage stellte, musste dem Arzt auch als sozialrechtlichen Laien ohne weiteres klar sein, dass die Rechtslage keineswegs zu seinen Gunsten eindeutig war, selbst wenn juristische und politische Vertreter seiner Interessen ihn in seiner Ansicht verstärkt haben sollten. Allein schon das Bestehen gegensätzlicher Auffassungen und das Wissen um das Fehlen einer höchstrichterlichen Klärung musste den gleichwohl ausschließliche seine Interessen verfolgenden Arzt vor Augen führen, dass er zumindest dem Risiko unterliegt, pflichtwidrig zu handeln und der Gefahr von Disziplinarmaßnahmen ausgesetzt zu sein bzw. gar mit einer Entziehung seiner Zulassung wegen gröblicher Pflichtverletzung belegt zu werden. Ihm ist ergänzend anzulasten, entgegen dem die Leistungserbringer mit einschließenden Gebot des Zusammenwirkens bei der Leistungserbringung nicht zunächst versucht zu haben, die Richtigkeit seiner Position im Vorfeld von geplanten Aktivitäten und in Kooperation mit Leistungsträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen klären zu lassen; er hat stattdessen allein aus eigennützigen Motiven - dann aber auch konsequent auf eigenes Risiko - einen von ihm persönlich inizierten atypischen Weg zur Durchsetzung seiner Interessen beschritten und dabei Versicherte

der gesetzlichen Krankenversicherung finanziell unter Druck gesetzt und gegen die Krankenkassen instrumentalisiert. Bei einer derartigen Vorgehensweise muss sich das Vorliegen eines Pflichtverstoßes jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt ohne weiteres aufdrängen.

Unter Berücksichtigung dieser vom Senat festgestellten Summierung gröblichster Pflichtverletzungen steht für den Senat fest, dass auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit die vom Beklagten getroffene Zulassungsentziehung rechtmäßig ist.

Die Kostenentscheidung erfolgt aus §§ 183 und 193 SGG in der Fassung bis zum 01.01.2002.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-10-30