

L 11 KA 60/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 16 KA 59/06
Datum
27.03.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 60/08
Datum
28.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 8/10 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Bemerkung
NZB

Die Berufungen der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 27.03.2008 werden zurückgewiesen. Die Kläger tragen je ½ der Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger wenden sich gegen die Entziehung ihrer Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die 1948 in der ehemaligen Tschechoslowakei geborene Klägerin war von 1976 bis Ende 1987 im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Nordrhein als Vertragszahnärztin tätig. Ab 1988 übte sie ihre kassen-/vertragszahnärztliche Tätigkeit im Bereich der Beigeladenen zu 8) in H, N-straße 00, in Praxisgemeinschaft mit dem Kläger, mit dem sie seit 1987 verheiratet ist, aus. Seit dem 01.10.2007 sind die Kläger an gleichem Praxissitz in Berufsausübungsgemeinschaft tätig.

Der 1941 ebenfalls in der ehemaligen Tschechoslowakei geborene Kläger war seit 1976 als Kassen- bzw. Vertragszahnarzt in eigener Praxis in H zugelassen.

1981 beanstandete der Beigeladene zu 6) Falschabrechnungen des Klägers. Da dieser die falschen Abrechnungen seinen Helferinnen zuordnen konnte, wurde nach Schadensausgleich durch den Kläger auf weitergehende Schritte verzichtet.

Im April 1985 beantragte der Beigeladene zu 6), dem Kläger die Beteiligung zu entziehen. Zur Begründung führte er neben zahnärztlichen Behandlungsfehlern u.a. an, dass der Kläger in 17 Fällen Kosten in Rechnung gestellt habe, obwohl die Patienten schon lange nicht mehr zur Behandlung erschienen seien. Im weiteren Verfahren verpflichtete sich der Kläger, den Ersatz- und den RVO-Kassen zur Abgeltung der Unrichtigkeiten seiner Abrechnungen jeweils 150.000,00 DM zu zahlen und für insgesamt ein Jahr keine vertragszahnärztliche Tätigkeit auszuüben (außergerichtliche Vergleiche vom 13.11.1986 und vom 02.12.1987).

Mit Strafbefehl vom 10.04.1997 (Amtsgericht (AG) Schwelm - 53 Cs 92 Js 544/96 -) wurde der Kläger rechtskräftig wegen Betruges zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen verurteilt, weil er trotz Überschuldung und Zahlungsunfähigkeit zahntechnische Arbeiten im Wert von über 11.000,00 DM in Auftrag gegeben hatte.

Das AG Schwelm - 50 Ds / 21 JS 381/99 - verurteilte den Kläger am 30.11.1999 wegen Betruges zu einer Geldstrafe von 80 Tagessätzen, weil er einen Heil- und Kostenplan mit 1.787,11 DM abgerechnet hatte, obwohl die abgerechnete Prothese tatsächlich weder hergestellt noch bei der Patientin eingegliedert worden war. Aufgrund dieses Vorgangs verhängte der Disziplinarausschuss der Beigeladenen zu 8) gegen den Kläger eine Disziplinarmaßnahme in Form einer Geldbuße i.H.v. 4.000,00 DM (Beschluss vom 04.04.2001).

Unter dem 14.07.2004 erstattete die Beigeladene zu 8) bei der Staatsanwaltschaft (StA) I Strafanzeige gegen die Kläger mit der Begründung, sie seien dringend verdächtig, in mehreren im Einzelnen benannten Fällen vertragsärztliche Leistungen doppelt abgerechnet (identische Behandlung unter gleichem Datum), Abrechnungsspaltungen vorgenommen (Behandlungssplitting) und nicht erbrachte Leistungen abgerechnet zu haben. Am 04.11.2004 wurden die Praxisräume der Kläger - aufgrund Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschlüsse des AG Schwelm (- 54 Gs 411/04 -) - durchsucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Kläger eine gemeinsame Patientenkartei führten, aus der die Karteikarten von 56 Patienten sichergestellt wurden. Die StA I erhob unter dem 12.08.2005 in 17 dieser

56 Fälle gegen den Kläger vor dem AG Schwelm (- 59 Ls / 300 Js 822/04 (2/06) -) Anklage wegen Abrechnungsbetruges und stellte das Verfahren bzgl. der nicht angeklagten Taten gem. [§ 154](#) Strafprozessordnung (StPO) vorläufig ein.

Am 14.11.2005 wurde der Kläger vom Landgericht Hagen - 47 Ns / 300 Js 219/02 (106/2005) - wegen Vorhaltens von Arbeitsentgelt in 14 Fällen zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen verurteilt. Im Hinblick auf diese Verurteilung stellte das AG Schwelm das Verfahren 59 Ls / 300 Js 822/04 (2/06) zunächst vorläufig und, nachdem der Kläger eine Geldbuße von 1.000,00 EUR an die Staatskasse gezahlt und zur Schadenswiedergutmachung auf die Rückzahlung eines von der Beigeladenen zu 8) einbehaltenen Betrags von 5.500,00 EUR verzichtet hatte, mit Beschluss vom 31.08.2006 endgültig ein ([§ 153 a Abs. 2 StPO](#)).

Das gegen die Klägerin aufgrund der Strafanzeige vom 14.07.2004 eingeleitete Ermittlungsverfahren - 300 Js 874/05 - stellte die StA I mit Beschluss vom 10.05.2006 gem. [§ 154 Abs. 1 StPO](#) im Hinblick auf die zu erwartende Strafe in dem vor dem AG Hagen geführten Verfahren 300 Js 315/05 ein. In diesem Verfahren - verbunden zu dem Verfahren 63 Ls 300 Js 1308/04 - 1/06 - AG Hagen - wurden die Kläger wegen gemeinschaftlicher Steuerhinterziehung in sechs Fällen, der Kläger zudem wegen Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt in 48 Fällen zu Gesamtfreiheitsstrafen verurteilt, der Kläger zu einer Strafe von zwei Jahren und sechs Monaten, die Klägerin zu einer Strafe von einem Jahr und neun Monaten (Urteil des AG Hagen vom 17.10.2007). Im Berufungsverfahren wurden die Strafen - nach Angaben der Kläger - zur Bewährung ausgesetzt.

Im Dezember 2004 beantragte die Beigeladene zu 8) beim Zulassungsausschuss für Zahnärzte für den Bereich WL (Zulassungsausschuss), den Klägern die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung zu entziehen.

Der Zulassungsausschuss entsprach dem Antrag mit Beschlüssen vom 18.05.2005: Die Kläger hätten gleich mehrfach ihre vertragszahnärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Obwohl sie in Praxismgemeinschaft tätig seien, führten sie für jeden Patienten bereits über Jahre hinweg nur eine Kartei, ohne zu differenzieren, wer von ihnen die Behandlung vorgenommen habe. Die gerechte und richtige Verteilung der Gesamtvergütung erfordere jedoch eine ordnungsgemäße Karteiführung. Somit störten die Kläger ein geordnetes Abrechnungsverfahren in derart hohem Maß, dass ihnen schon aus diesem Grund die Zulassung zu entziehen sei. Die Zulassung sei ferner zu entziehen, weil auch das Nichtführen von Aufzeichnungen eine gröbliche Pflichtverletzung sei. Dadurch werde die Honorarabrechnung als Grundlage der wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Versicherungsträgern und Vertragszahnarzt verfälscht. Die vertragszahnärztliche Versorgung basiere zum überwiegenden Teil auf in den einzelnen Vertragszahnarzt gesetztes Vertrauen. Die in den Abrechnungen und in den Krankenscheinen gemachten Angaben müssten unbedingt richtig sein, da der KZV und den Krankenkassen (KKen) praktisch keine Möglichkeit zur Überprüfung der Richtigkeit der Angaben bliebe. Die Zulassung sei auch zu entziehen, weil die Kläger durchgeführte Maßnahmen doppelt und außerdem nicht erbrachte Leistungen abgerechnet hätten. Dazu werde beispielhaft auf den Abrechnungsfall T verwiesen. Ein milderer Mittel als die Entziehung der Zulassung komme bei Abrechnungsmanipulationen, die nur durch Zufall entdeckt werden können, nicht in Frage. Bei dem Kläger sei zudem zu berücksichtigen, dass er mehr als 25 Jahre unwirtschaftlich und falsch abgerechnet habe, ohne dass er sich die früheren Maßnahmen zur Lehre habe reichen lassen. Ihm sei die Zulassung auch deshalb zu entziehen, weil er über Jahre erheblich verschuldet sei und aus diesem Grund immer wieder Falschabrechnungen erfolgt seien. Seine erhebliche Verschuldung zeige Mängel in seiner Lebensführung auf und begründe starke Zweifel an seiner Zuverlässigkeit und charakterlichen Eignung als Vertragszahnarzt. Zuletzt werde dies wieder dadurch bestätigt, dass er der KKH Dortmund Sozialversicherungsbeiträge i.H.v. mehr als 12.000,00 EUR schulde.

Mit ihrem Widerspruch machten die Kläger geltend, nicht in einem Maß gegen vertragszahnärztliche Pflichten verstoßen zu haben, dass eine weitere Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung unzumutbar sei. Die Pflichtverletzungen beträfen unterschiedliche Bereiche, die gesondert zu würdigen seien. So seien Verstöße gegen die Verpflichtung zu einer ordnungsgemäßen Dokumentation anders zu bewerten als die beanstandeten Leistungsabrechnungen. Bei letzteren sei zu differenzieren zwischen Leistungen, die aufgrund von Organisationsmängeln ein zweites Mal zur Abrechnung gekommen seien, und den Leistungen, die angeblich nicht erbracht worden sein sollen. Differenzen zwischen Karteiaufzeichnungen und Abrechnungen belegten nicht, dass nicht dokumentierte Leistungen nicht erbracht worden seien. Die Klägerin trug ergänzend vor, sie erkenne an, dass sie gegen die ihr obliegenden Dokumentationspflichten verstoßen habe, weil die Karteiaufzeichnungen für Patienten ihrer Praxis nicht von denen für die der Praxis ihres Ehemannes getrennt geführt worden seien. Sie anerkenne auch, dass ihre Abrechnungserklärungen in der Vergangenheit teilweise unrichtig gewesen seien; dies beziehe sich auf abgerechnete Leistungen, die entweder überhaupt nicht erbracht worden seien oder von ihr nicht hätten in Rechnung gestellt werden dürfen. Allerdings sei ihr die Unrichtigkeit dieser Abrechnungen nicht bekannt gewesen, weil die Abrechnungen von ihrem Ehemann erstellt worden seien und sie von deren Richtigkeit ausgegangen sei. Ein Behandlungssplitting werde ihr zu Unrecht vorgeworfen. Sozialversicherte Patienten hätten die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten und könnten sogar am gleichen Tag sowohl sie als auch ihren Ehemann in Anspruch nehmen. Nur bei einer besonders auffälligen Zahl von Behandlungen identischer Patienten könne ein Rückschluss auf ein nichtvertragsgerechtes Verhalten gezogen werden. Im Übrigen liege keine Unrichtigkeit ihrer Abrechnungen in den Fällen vor, in denen Leistungen ihrer Praxis vertretungsweise von ihrem Ehemann erbracht worden seien. Dazu sei auch keine Prüfung erfolgt. Der von der Beigeladenen zu 8) mit 18.039,58 EUR angegebene Schaden sei deutlich geringer. Zudem hätte bei der Schadenshöhe zwischen ihr und ihrem Ehemann unterschieden werden müssen. Ihre eigenen Abrechnungen seien allenfalls insoweit fehlerhaft, als es bei konservierend-chirurgischen (KCH) Behandlungen zu Doppelabrechnungen gekommen sei. Der daraus resultierende Gesamtbetrag belauf sich auf 797,86 EUR; noch festzustellen sei dabei, ob die Doppelabrechnung ihr oder ihrem Mann zuzurechnen sei. Bei den prothetischen Leistungen hätten die für sie abgerechneten Leistungen vom ihrem Ehemann abgerechnet werden müssen, weil die Patienten nach Erstellen ihres Behandlungsplans eine Behandlung durch ihren Ehemann gewünscht hätten. Aus heute nicht mehr nachvollziehbaren Gründen habe ihr Ehemann nicht erneut einen Heil- und Behandlungsplan aufgestellt und zur Genehmigung vorgelegt. Insgesamt sei hier aber zu berücksichtigen, dass die Schadenssumme rein fiktiv sei, da die Patienten die abgerechneten Leistungen erhalten hätten und in Höhe deren Wertes zumindest bereichert seien. Aus Alledem ergebe sich, dass sie zwar gegen vertragszahnärztliche Verpflichtungen verstoßen habe, sie sich aber der Unrichtigkeit ihrer Abrechnung nicht bewusst gewesen sei. Selbst wenn dieses Verhalten als eine gröbliche Pflichtverletzung angesehen werde würde, reiche diese nicht aus, eine Zusammenarbeit mit der KZV und den KKen als unzumutbar erscheinen zu lassen.

Die Klägerin nahm des Weiteren Bezug auf eine Erklärung des Klägers, in der dieser angab, seit Beginn der Praxismgemeinschaft mit seiner Ehefrau auch deren Abrechnungen gefertigt zu haben. Er habe die Leistungen für die Patienten seiner Ehefrau in zeitlich naheem Zusammenhang mit der Behandlung unter Auswertung der von ihr gefertigten Karteiaufzeichnungen in den Computer eingegeben. Da die

Karteikarten nicht nach den Einzelpraxen getrennt, sondern für den jeweiligen Patienten geführt worden seien, seien darauf die Leistungen beider Kläger eingetragen worden. Die Eintragungen seien im Wesentlichen von ihm oder von seiner Ehefrau vorgenommen worden, so dass eine Zuordnung zum jeweiligen Behandler nach den Handschriften möglich gewesen sei. Erst im Laufe des Entziehungsverfahrens sei ihm bewusst geworden, dass die Karteikarten nach den jeweiligen Behandlern getrennt hätten geführt werden müssen. Soweit bei den Abrechnungen für die Klägerin tatsächlich nicht erbrachte Leistungen abgerechnet worden seien, sei dies ohne ihr Wissen geschehen; er habe diese Leistungen versehentlich abgerechnet. Soweit Leistungen für die Klägerin abgerechnet worden seien, die er selbst erbracht habe, handele es sich entweder um einen Vertretungsfall oder er habe versehentlich nicht beachtet, dass er der eigentliche Behandler gewesen sei.

Der Beklagte wies den Widerspruch des Klägers mit Beschluss vom 14.12.2005 zurück: Der Kläger habe sich für die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung als ungeeignet erwiesen. Er habe in schwerster Weise das Abrechnungsverfahren gestört, indem er über Jahre hinweg mit seiner Ehefrau in Praxisgemeinschaft nur eine Kartei für einen Patienten geführt habe, in der alle Behandlungsmaßnahmen und abzurechnenden Leistungen eingetragen worden seien, ohne zu differenzieren, wer die Behandlung erbracht habe. Damit habe der Kläger die Honorarabrechnung verfälscht, die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung gefährdet und eine richtige Verteilung der Gesamtvergütung unter den Vertragszahnärzten unmöglich gemacht. Ohne eine eigene nachprüfbare Karteiführung, die Grundlage jeder Abrechnung und Honorarverteilung sei, bestehe praktisch keine verlässliche Kontrollmöglichkeit mehr. Dieses über Jahre hinaus praktizierte Verhalten bewiese evident, dass der Kläger für die Ausübung einer Kassenarztpraxis ungeeignet sei. Darüber hinaus habe der Kläger aber auch nachweislich Doppel- und Falschabrechnungen vorgenommen, wie die Fälle T, G, L, L1, T1, N, X, L2, A, L3, N1, T1, T2, F, X2, F1, I, O, C, D, Q, D1, W, T3, L2, G1, C1, X2 und N2 belegten. Die Ausführungen des Klägers, dass die Fälle, in denen von ihm selbst behandelte Patienten für seine Ehefrau abgerechnet worden seien, Vertretungsfälle seien, überzeugten nicht. Es könne keinesfalls davon ausgegangen werden, dass eine Vertretung der Klägerin durch den Kläger in diesen zahlreichen Fällen stets geboten gewesen sei. Aus dem Verhalten des Klägers in der Vergangenheit müsse geschlossen werden, dass er das Wirtschaftlichkeitsgebot missachte und ein geordnetes Abrechnungsverfahren dauerhaft störe. Die Entziehung der Zulassung sei wegen der Bedeutung und Schwere der Pflichtverletzungen auch unter Berücksichtigung der verständlichen Interessen des Klägers an deren Aufrechterhaltung erforderlich, um das System der vertragszahnärztlichen Versorgung, das auf Vertrauen beruhe, zu schützen. Eine Disziplinarmaßnahme sei nicht ausreichend, um das zerstörte Vertrauensverhältnis wieder herzustellen.

Mit weiterem Beschluss vom 14.12.2005 wies der Beklagte auch den Widerspruch der Klägerin zurück: Die Klägerin habe dadurch, dass sie mit ihrem Ehemann eine gemeinsame Patientenkartei geführt habe, einer ordnungsgemäßen Abrechnung und Honorarverteilung die Grundlage entzogen; sie sei damit für die Ausübung einer Kassenpraxis ungeeignet. Sie könne sich auch nicht mit dem Hinweis entlasten, dass sie die ihr obliegende Karteiführung dem Kläger überlassen und auf die Richtigkeit seiner Abrechnungen voll vertraut habe. Im Gegenteil bewiese gerade dieser Vortrag, dass die Klägerin ihre vertragssärztlichen Pflichten nach wie vor verkenne und die nötige Einsicht vermissen lasse, wenn sie glaube, sich hierdurch exkulpieren zu können. Dies gelte umso mehr, als ihr Ehemann in der Vergangenheit in erheblichem Umfang von Verfahren wegen Abrechnungsunregelmäßigkeiten betroffen gewesen sei; dies könne ihr als Ehefrau nicht verborgen geblieben sein. Wenn sie unter diesen Umständen die ihr als Vertragszahnärztin obliegenden Pflichten der Abrechnung ihrem Ehemann ohne eigene Kontrolle und Überprüfung überlassen habe, könne dies nur als grob pflichtwidrig gewertet werden. Im Übrigen habe die Klägerin auch anerkannt, dass für sie Leistungen abgerechnet worden seien, die überhaupt nicht oder jedenfalls nicht von ihr erbracht worden seien. Selbst wenn nur in wenigen Fällen nicht erbrachte Leistungen abgerechnet worden sein sollten, genüge dies für die Annahme einer gröblichen Pflichtverletzung. Irrelevant seien die Ausführungen zum Umfang der fehlerhaften Abrechnungen. Es handele sich nur um einen graduellen und keinen prinzipiellen Unterschied. In einzelnen Fällen, in denen vom Kläger behandelte Patienten für die Klägerin abgerechnet worden seien, habe möglicherweise ein Vertretungsfall vorgelegen. Dies lasse sich nicht mehr aufklären; keinesfalls habe es sich jedoch in allen Fällen um Vertretungsfälle gehandelt. Im Übrigen hätten die Kläger gerade durch ihre Pflichtwidrigkeit einer gemeinsamen Karteiführung ein geordnetes, überprüfbares Abrechnungsverfahren vereitelt. Die Feststellung des genauen Schadensbetrages sei auch nicht erforderlich; die Pflichtwidrigkeit der Klägerin beruhe gerade darin, keine eigene Kartei geführt und damit ein überprüfbares Abrechnungsverfahren vereitelt zu haben. Eine Disziplinarmaßnahme reiche auch unter Berücksichtigung ihres verständlichen Interesses an der Aufrechterhaltung der Zulassung nicht aus, um das zerstörte Vertrauensverhältnis wiederherzustellen.

Gegen die am 14.02.2006 abgesandten bzw. am 15.02.2006 zugestellten Beschlüsse haben die Kläger am 14.03.2006 Klage erhoben; das Sozialgericht (SG) Dortmund hat die Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden (Beschluss vom 10.04.2006).

Die Kläger haben vorgetragen: Die Abrechnungserklärungen der Klägerin seien in der Vergangenheit teilweise unrichtig gewesen, jedoch in erheblich geringerem Umfang als von dem Beklagten dargestellt. Von den 56 vorgeworfenen Fällen des Abrechnungsbetruges entfielen 17 auf das Behandlungssplitting, das keine Falschabrechnung darstelle, da die Patienten durch beide Kläger behandelt worden seien. Dabei habe es sich häufig um Vertretungs- oder Notfälle gehandelt. Dies erkläre auch einen Teil der vorgeworfenen Doppelabrechnungen. Damit lägen insoweit keine unrichtigen Abrechnungen vor; es sei auch kein Schaden entstanden. Auch ansonsten sei die Schadensberechnung des Beklagten falsch. Im beim AG Schwelm geführten Strafverfahren seien nur 4.543 doppelt abgerechnete Punkte, die einem Betrag von 3.750,00 EUR entsprächen, ermittelt worden, die sich zudem über einen Zeitraum von vier Jahren verteilten. Dies zeige, dass die Falschabrechnungen kein vorsätzlicher Abrechnungsbetrag mit Bereicherungsabsicht seien, sondern auf organisatorischen Mängeln beruhten. Diese seien u.a. darauf zurückzuführen, dass das verwendete Abrechnungsprogramm nicht geprüft habe, ob Leistungen schon bei dem anderen Abrechner erfasst worden seien. Hinzu komme, dass die Klägerin, die sich nie mit der Arbeit an einem Computer beschäftigt habe, ihre Abrechnungen nicht selbst erstellt, sondern sich auf ihren Ehemann verlassen habe. Ihr könne damit lediglich vorgeworfen werden, ihrem Ehemann vertraut und dessen Abrechnungen nicht überprüft zu haben. Frühere Probleme ihres Ehemannes wegen seiner Abrechnungen seien ihr nicht bekannt gewesen; damals habe sie ihren Ehemann noch nicht gekannt. Im Hinblick auf die geringe Schadenshöhe und wegen fehlenden Vorsatzes könne von einer gröblichen Pflichtverletzung nicht die Rede sein. Sie sei bisher auch nicht strafrechtlich in Erscheinung getreten. Zudem hätten sie inzwischen die Praxisorganisation umgestellt; ihre Patientenkarten seien nun sowohl räumlich als auch farblich getrennt. Sie erstelle ihre Abrechnung selbst. Bei der beabsichtigten Gemeinschaftspraxis könnten die Probleme des Behandlungssplittings und der Doppelabrechnung in Zukunft auch nicht mehr auftreten. Darüber hinaus werde die gemeinsame Abrechnung dann auch durch ein Computerprogramm auf Widersprüchlichkeiten überprüft. Auch für den Kläger gelte, dass der tatsächlich entstandene Schaden gering sei und nicht auf Vorsatz, sondern Organisationsmängeln beruhe, sofern die Vorwürfe des Behandlungssplittings und der Doppelabrechnung nicht ohnehin durch gegenseitige Vertretung oder Notfälle entkräftet seien. Das strafrechtliche Verfahren sei dementsprechend eingestellt worden, weil auch das AG von einer geringen Schuld ausgegangen sei.

Die Kläger haben beantragt,

die Bescheide des Beklagten vom 14.12.2005 aufzuheben.

Der Beklagte sowie die Beigeladenen zu 1), 2), 3) und 8) haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hat vorgetragen: Die Kläger hätten in schwerster Weise das Abrechnungsverfahren gestört, indem sie über Jahre eine gemeinsame Patientenkartei geführt hätten. Nicht ausschlaggebend sei, in wie vielen Fällen unrichtige Abrechnungserklärungen abgegeben worden seien oder wie groß deren wirtschaftliche Bedeutung sei. Der eingetretene Schaden sei jedenfalls nicht als geringfügig zu veranschlagen. Im Übrigen lasse sich gerade wegen der Art der Pflichtwidrigkeit heute gar nicht mehr eindeutig klären, wann tatsächlich ein Vertretungsfall vorgelegen habe. Die Klägerin sei deshalb ungeeignet zur Ausübung einer Kassenpraxis, weil sie ihre Verpflichtung zur eigenen Karteiführung und Abrechnung gröblich verletzt habe. Das gegen sie geführte Ermittlungsverfahren sei auch nur im Hinblick auf eine anderweitig zu erwartende Strafe eingestellt worden. Bei dem Kläger falle erschwerend ins Gewicht, dass er einschlägig wegen Abrechnungsbetruges vorbestraft und bereits 1985 auf erhebliche Rückzahlungen wegen Falschabrechnungen in Anspruch genommen worden sei. Die Umstellung der Praxisorganisation beruhe auf der Selbstverständlichkeit, das pflichtwidrige Verhalten nicht auch noch im Entziehungsverfahren weiter fortzusetzen.

Die Beigeladene zu 8) hat darauf hingewiesen, dass die Kläger mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch noch bis zum dritten Quartal 2007 Behandlungsleistungen untereinander verschoben und sogar zum Teil doppelt abgerechnet hätten. Bei Auswertung ihrer KCH-Abrechnungen für die Quartale I/2005 bis III/2007 ergebe sich, dass in der Zeit vom 23.01.2006 bis 01.03.2007 für zehn Patienten jeweils am gleichen Tag erbrachte Leistungen von beiden Klägern zur Abrechnung eingereicht und dabei mehrfach die gleichen Gebührennummern in Ansatz gebracht worden seien.

Dazu hat der Kläger erklärt, dass es sich zwar bei den Beratungen und Untersuchungen um Doppelabrechnungen handele; diese seien aber tatsächlich vorgekommen, denn man habe sich in der Praxis immer gegenseitig geholfen. Einzig bei den Füllungen sei die Doppelabrechnung nicht erklärlich. Es handele sich aber nur um zwei Fälle, so dass das Abrechnungsverhalten insgesamt deutlich besser geworden sei. Der Schaden belaufe sich nach seiner Berechnung nur auf 339,11 EUR.

Das SG hat die Kläger in dreieinhalb stündiger Sitzung zu den 56 Behandlungsfällen gehört und die Klagen sodann mit Urteil vom 27.03.2008 abgewiesen: Den Klägern sei die Zulassung wegen gröblicher Verletzung ihrer vertragszahnärztlichen Pflichten zu Recht entzogen worden. Durch ihr unkorrektes Dokumentations- und Abrechnungsverhalten sei das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen der Kläger so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit den Klägern nicht mehr zugemutet werden könne. Bereits das Führen einer einheitlichen Patientenkartei stelle einen schwerwiegenden, fundamentalen Verstoß gegen die von den Klägern gewählte Kooperationsform der Praxisgemeinschaft dar, bei der es bei der selbständigen Praxisführung mit verschiedenem Patientenstamm und jeweils eigener Patientenkartei verbleiben müsse. Bei einer gemeinsamen Patientenkartei lasse sich nicht nachvollziehen, welcher der Kläger Erbringer der in der Kartei dokumentierten ärztlichen Leistung sei und auf dieser Grundlage habe abrechnen dürfen. Unabhängig davon, dass die Kläger in der mündlichen Verhandlung auch dazu häufig nicht imstande gewesen seien, komme es nicht darauf an, ob sie den zutreffenden Leistungserbringer nachträglich benennen könnten. Die Überprüfung einer Honorarabrechnung der Kläger sei schon von vornherein nicht möglich. Darüber hinaus ließen sich die Eintragungen in der Patientenkartei - wie zehn im Einzelnen dargelegte Fälle, aber auch fast durchgängig alle übrigen mit den Klägern erörterten Fälle belegten - mit den abgerechneten Leistungen weitgehend nicht in Einklang bringen. Zusammenfassend sei festzustellen, dass häufig deutlich mehr und zum Teil auch ganz andersartige Leistungen abgerechnet worden seien als in der Patientenkartei vermerkt und dass sogar Leistungen für Tage abgerechnet worden seien, zu denen sich in der Patientenkartei gar keine Leistungseintragungen finden ließen. Zudem seien konkrete einen Abrechnungsbetrag belegende Fehler festzustellen. So sei es ausgeschlossen, dass z.B. beide Kläger am gleichen Tag bei denselben zwei Zähnen der Patientin C1 jeweils eine Leitungsanästhesie vorgenommen hätten. Entsprechendes gelte bei den Patienten O, T3, X2 oder der Patientin N2, der der Zahn 43 zuerst von der Klägerin und drei Tage später vom Kläger entfernt worden sein soll. Daneben bestehe die Fallgestaltung, dass bei einem Patienten für denselben Tag identische Leistungen für beide Kläger abgerechnet worden seien, die Patientenkartei aber keine Anhaltspunkte für eine solche Doppelbehandlung enthalte und auch die Patienten bei ihrer polizeilichen Befragung eine Behandlung nur durch den Kläger angegeben hätten. Ebenso lägen Abrechnungsfehler in den Fällen vor, in denen die Patienten zwar eine Behandlung durch beide Kläger bestätigt hätten, diese aber mangels Vorliegens eines Not- oder Vertretungsfalles nicht erforderlich gewesen sei und auch nicht auf Patientenwünschen nach einem Behandlerwechsel beruht habe. Die Kläger hätten dazu in der mündlichen Verhandlung eingeräumt, dass Patienten auch am selben Tag häufig von ihnen beiden behandelt worden, "so wie es sich gerade ergeben habe". Ob darüber hinaus in sämtlichen Fällen einer Diskrepanz zwischen den abgerechneten Leistungen und den in der Patientenkartei eingetragenen Leistungen eine Falschabrechnung anzunehmen sei, könne dahinstehen. Sollten auch insoweit nicht erbrachte Leistungen abgerechnet worden sein, lägen Falschabrechnungen in einer solchen Vielzahl und über einen so langen Zeitraum hinweg vor, dass den vertragszahnärztlichen Institutionen eine weitere Zusammenarbeit mit den Klägern nicht mehr zugemutet werden könne. Eine gröbliche Pflichtverletzung sei aber auch dann anzunehmen, wenn die abgerechneten Leistungen tatsächlich so vorgenommen worden wären, die Diskrepanzen damit also auf Unvollständigkeit oder Fehlerhaftigkeit der Patientenkartei beruhten. Denn dem Vertragszahnarzt obliege eine umfassende Dokumentationspflicht; er habe Befunde, Behandlungsmaßnahmen und veranlasste Leistungen einschließlich des Behandlungstages mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die Dokumentation diene der Therapiesicherung, aber auch der Rechenschaftslegung und Beweissicherung. Angesichts dessen stelle auch eine über Jahre praktizierte Nichtdokumentation bzw. unvollständige Dokumentation eine schwerste Störung des vertragszahnärztlichen Abrechnungsverfahrens dar. Die unvollständige Dokumentation verhindere auch eine weitere Prüfung, so dass der Hinweis der Kläger auf eine nur geringe Schadenshöhe an der Sache vorbeigehe. Ein derart weitgehender Verstoß gegen die ihnen obliegenden Dokumentationspflichten zusammen mit den nachgewiesenen Fällen von Falschabrechnungen sei geeignet, das Vertrauen der vertragszahnärztlichen Institutionen in die Rechtmäßigkeit des Abrechnungsverhaltens der Kläger so nachhaltig zu zerstören, dass eine Entziehung der Zulassung geboten und auch im Hinblick auf das Instrumentarium der Disziplinarmaßnahmen nicht unverhältnismäßig sei. Die Klägerin könne sich nicht mit Erfolg darauf berufen, dass sie ihre Abrechnungen nicht selbst vorgenommen habe. Die Verpflichtung zu ordnungsgemäßer Abrechnung gehöre nämlich zu den wesentlichen Pflichten eines jeden Vertragszahnarztes, für deren Erfüllung er selbst

verantwortlich sei. Die Verantwortung für das Abrechnungsverhalten sei nicht delegierbar. Im Übrigen habe die Klägerin auch nicht einmal Kontrollmaßnahmen ergriffen, obwohl dies im Hinblick auf die 1999 erfolgte Verurteilung des Klägers wegen Abrechnungsbetrugs unverzichtbar gewesen wäre. Die durch ihre gröblichen Pflichtverletzungen verlorene Eignung zur weiteren Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung hätten die Kläger auch nicht durch anschließendes Wohlverhalten wiedererlangt. Denn ausweislich der von der Beigeladenen zu 8) vorgelegten Aufstellung über Abrechnungen in den Quartalen bis III/2007 hätten die Kläger auch in dieser Zeit wieder bei einigen Patienten für denselben Tag identische Leistungen abgerechnet (z.B. bei der Patientin Bienst).

Gegen das am 02.05.2008 zugestellte Urteil haben die Kläger am 26.05.2008 Berufung eingelegt und vorgetragen, sie hätten in der Vergangenheit aus Unkenntnis eine einheitliche Patientenkartei geführt; sie hätten sich auch nicht bereichern wollen; ein Schaden sei zudem nicht entstanden. Inzwischen hätten sie eine Gemeinschaftspraxis gegründet, so dass die Führung einer gemeinsamen Patientenkartei unproblematisch sei. Das Führen einer gemeinsamen Patientenkartei stelle auch keinen derart gröblichen Verstoß gegen die vertragszahnärztlichen Pflichten dar, dass eine Entziehung der vertragszahnärztlichen Zulassung gerechtfertigt sei. Die Patienten seien auch jeweils einem der Kläger als Behandler zugeordnet gewesen; dies lasse sich anhand der Namen der Patienten feststellen. Soweit Patienten sowohl von dem Kläger als auch von der Klägerin behandelt worden seien, sei dies auf Vertretungen, Notfälle oder von dem Patienten gewünschte Behandlerwechsel zurückzuführen. Sie hätten bei Patienten keine Leistungen abgerechnet, die sie nicht erbracht hätten. Wenn das SG bei einzelnen Patienten anführe, dass abgerechnete Leistungen nicht in den Eintragungen der Patientenkartei wiederzufinden seien, so handele es sich nur um Einzelfälle. Auch bedeute allein der Umstand, dass einzelne abgerechnete Leistungen nicht in der Patientenkartei eingetragen seien, nicht, dass diese Leistungen nicht erbracht worden seien. Der Kläger, der die Abrechnungen durchgeführt habe, habe bei der Eingabe der Leistungen in das Abrechnungsprogramm ausschließlich tatsächlich erbrachte Leistungen eingegeben. Da er die Eingabe in der Regel abends oder spätestens am Wochenende vorgenommen habe, sei ihm auch ohne Eintrag in der Patientenkartei präsent gewesen, welche Leistungen bei dem jeweiligen Patienten erbracht worden seien. Eingeräumt werde, dass es vereinzelt zu Doppelabrechnungen gekommen sei; dies beruhe jedoch auf einem Versehen des Klägers. Zu berücksichtigen sei, dass Abrechnungs-Computerprogramm auf doppelte Eingaben nicht hingewiesen habe. Es seien lediglich 38 Fälle mit Doppelabrechnung festzustellen, dies aber über einen Zeitraum von insgesamt 4 Jahren, in dem die Kläger mehr als 3.000 Patienten behandelt hätten. Durch die Doppelabrechnungen sei ein Gesamtschaden in Höhe von 1.081,32 EUR entstanden; dies belege eine lediglich versehentliche Doppelabrechnung. Der entstandene Schaden sei ausgeglichen; sie hätten auf wesentlich mehr Honorar verzichtet, als sie im Rahmen der Doppelabrechnungen erhalten hätten. Sie bedauerten die Verstöße; die wenigen erneuten Verstöße in den Quartalen III/2005 bis III/2007 seien nicht auf ein vorsätzliches Verhalten zurückzuführen.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 27.03.2008 abzuändern und die Bescheide des Beklagten vom 14.12.2005 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufungen der Kläger zurückzuweisen.

Der Beklagte hält das Urteil des SG für zutreffend.

Die Beigeladene zu 8) hat eine weitere Strafanzeige gegen die Kläger vom 21.09.2009 wegen des Verdachtes des Abrechnungsbetruges überreicht. Danach sollen die Kläger in der Zeit von März 2008 bis Juni 2009 in acht Fällen vertragszahnärztliche Leistungen abgerechnet und teilweise auch vergütet erhalten haben, ohne die abgerechneten Leistungen erbracht zu haben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Akten des AG Schwelm - 59 Ls / 300 Js 822/04 (2/06) - einschließlich 56 Fallakten, des Auszugs aus den Akten des AG Hagen - 63 Ls 300 Js 1308/04 (1/06) - und der Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Kläger ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn die Beschlüsse des Beklagten vom 14.12.2007, die allein Gegenstand der von den Klägern erhobenen Anfechtungsklage sind (BSG, Urteile vom 27.01.1993 - [6 RKA 40/91](#) - und vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -), sind rechtmäßig und beschweren die Kläger nicht. Die Entziehung der vertragszahnärztlichen Zulassung der Kläger ist rechtmäßig.

Rechtsgrundlage der angefochtenen Entscheidung des Beklagten ist § 95 Abs. 6 SGB Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. [§ 72 Abs. Satz 2 SGB V](#). Danach ist einem Vertrags(zahn)arzt die Zulassung u.a. zu entziehen, wenn er seine vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Eine Pflichtverletzung ist gröblich, wenn sie so schwer wiegt, dass ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung notwendig ist. Davon ist dann auszugehen, wenn durch sie das Vertrauen der vertrags(zahn)ärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch den Vertrags(zahn)arzt so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht mehr zugemutet werden kann (BSG, Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 67/03 R](#) - m.w.N.).

Diese Voraussetzungen sind bei den Klägern erfüllt. Die Kläger haben in so gravierendem Maße u.a. gegen die Grundsätze über die Führung einer Praxisgemeinschaft (BSG, Urteil vom 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) -), gegen die ihnen obliegende Pflicht zu einer peinlich genauen Leistungsabrechnung (z.B. BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) - m.w.N.) und die ihnen obliegende Dokumentationspflicht (z.B. § 5 Abs. 1 Bundesmantelvertrag für Zahnärzte) verstoßen, dass als einzige Reaktion darauf nur die Entziehung ihrer Zulassung in Betracht kommen konnte. Da die Kläger mit ihrer Berufungsbegründung lediglich ihr Vorbringen vor dem Beklagten und dem SG wiederholen, nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug auf die zutreffenden Gründe des Urteils des SG vom 27.03.2008 ([§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Ergänzend weist der Senat daraufhin, dass eine Vertagung der mündlichen Verhandlung, um den Klägern Gelegenheit zur Stellungnahme zu

den von der Beigeladenen zu 8) mit Strafanzeige vom 21.09.2009 erhobenen weiteren Vorwürfen zu gewähren, nicht in Betracht kam. Zwar haben die Gerichte bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit nicht vollzogener Zulassungsentziehungen alle bis zur Entscheidung in der letzten Tatsacheninstanz eingetretenen Änderungen der Sach- und Rechtslage zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) - m.w.N.). Auf diese weiteren Vorwürfe kommt es aber vorliegend nicht an; denn selbst wenn sie nicht zutreffen würden, würde dadurch die Rechtmäßigkeit der Entziehung der Zulassung nicht berührt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach tragen die Kläger die Kosten des von ihnen erfolglos geführten Rechtsmittels ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2010-02-23