

L 5 KA 20/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 3 KA 111/10

Datum
13.03.2013
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 5 KA 20/13

Datum
07.10.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten jeweils selbst tragen. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Entziehung ihrer Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung.

Die Juli 1944 geborene Klägerin ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und seit dem 3. August 1992 als Praktische Ärztin im Bezirk der Beigeladenen zu 7 zur hausärztlichen Versorgung zugelassen. Ihr Praxissitz befand sich ab dem 1. Januar 2005 ... und ab dem 1. April 2007 ...

Während des Jahres 2007 erhielt sie von der Beigeladenen zu 7 insgesamt acht Abschlagszahlungen in Höhe von jeweils 4.000 Euro, außerdem erhielt sie am 23. August 2007 und am 26. November 2007 Restzahlungen für die Quartale I/2007 bzw. II/2007 in Höhe von 5.186,59 Euro bzw. 10.587,67 Euro. Den Abschlag für Oktober bis Dezember 2007 in Höhe von 16.500 Euro erhielt sie am 16. April 2008, außerdem am 23. Mai 2008 eine Restzahlung für das Quartal IV/2007 in Höhe von 2.089,77 Euro. Abschlagszahlungen für das Quartal II/2008 erhielt sie am 23. April und 14. Mai 2008 (für April: 5.500 Euro), am 23. und 27. Mai 2008 (für Mai: 5.500 Euro) und am 23. und 30. Juni 2008 (für Juni: 5.500 Euro).

Am 15. Januar 2010 verhängte das Amtsgericht Wuppertal gegen die Klägerin eine Geldstrafe von 30 Tagessätzen wegen Betruges in fünf Fällen (Datum der letzten Tat war der 9. Mai 2008). Durch Urteil vom 23. Juli 2010 (Az. 843 Cs 3403 Js 250/09 [64/10]) verurteilte das Amtsgericht Hamburg-Barmbek die Klägerin wegen Betruges zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen. Nach den Feststellungen des Urteils hatte die Klägerin der Zeugin Frau J. im Sommer 2007 ihre damaligen Praxisräume zur Untermiete an, da sie selbst neue Praxisräume suche, die "Anmeldung" der alten Praxis jedoch noch bestehen lassen wolle. Ausweislich der Niederschrift über die Vernehmung der Zeugin bei der Polizei hatte die Klägerin geäußert, sie wolle weiterhin einen Teil ihrer Patienten in ... behandeln, weswegen auch die "Anmeldung" dort bleibe. Weiter übergab die Zeugin J. der Klägerin nach den Feststellungen des Amtsgerichts am 28. August 2007 einen Geldbetrag in Höhe von 11.000 Euro, der als Darlehen gewährt werden sollte. Die Klägerin versicherte dies gegenüber der Zeugin, obwohl sie sich bereits bei Aufnahme des Darlehens darüber bewusst war, dass sie das Geld mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht innerhalb der zugesagten Frist von zwei Monaten würde zurückzahlen können. Die Klägerin verschwieg der Zeugin gegenüber, dass erst kurz zuvor ein im Jahr 2000 eingeleitetes Insolvenzverfahren abgeschlossen worden war und weitere Forderungen gegen sie bestanden. Die Klägerin ließ sich vor dem Amtsgericht dahingehend ein, sie sei davon ausgegangen, eine Restzahlung der Beigeladenen zu 7 in Höhe von 13.000 Euro zu erhalten, aus der sie das Darlehen habe zurückzahlen wollen. Die gegen das Urteil des Amtsgerichts Hamburg-Barmbek erhobene Berufung (Aktenzeichen 709 Ns 110/10) nahm die Klägerin in der mündlichen Verhandlung am 17. Februar 2011 zurück.

Weiterhin erkannte das Hamburgische Berufsgesicht für die Heilberufe durch Beschluss vom 13. Juli 2012 (Az. 47 H 4/11) auf eine Geldbuße von 800 Euro. Nach den Feststellungen des Beschlusses hatte die Klägerin im Jahr 2010 einer Patientin Beeinträchtigungen bescheinigt, die einen vor der ersten Behandlung liegenden Zeitraum betroffen hatten. Zudem hatte sie ihre Berufspflichten im Zusammenhang mit der Vorlage ärztlicher Aufzeichnungen und Unterlagen sowie - von Januar bis Juni 2011 - mit der Versicherung gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit verletzt.

Am 14. März 2008 schlossen die Klägerin und Frau N. einen Mietvertrag über die Räumlichkeiten im Obergeschoss des Anwesens M. zum Zweck des Betriebes einer Arztpraxis. Als Mietbeginn wurde der 1. April 2008 vereinbart. Am 7. Mai 2008 schlossen die Klägerin, firmierend

unter der Praxisanschrift M., und Frau W. einen Arbeitsvertrag mit Wirkung zum 1. Mai 2008. Am 26. Juni 2008 schlossen die Klägerin, firmierend unter der Praxisanschrift M., und Frau P. einen Ausbildungsvertrag mit Wirkung zum 1. Juli 2008.

Mit Fax vom 8. Juli 2008 teilte die Klägerin der Beigeladenen zu 7 mit, sie sei am 1. Juli 2008 von P. in den M., 22399 Hamburg "umgezogen" und bat darum, den Eingang des Schreibens zu bestätigen. Die Beigeladene zu 7 leitete dieses Schreiben an den Zulassungsausschuss weiter, der seinerseits am 16. Juli 2008 beschloss, dem Antrag der Klägerin auf Verlegung des Vertragsarztsitzes mit Wirkung ab dem 17. Juli 2008 stattzugeben. Mit Schreiben vom 9. September 2008 äußerte der damalige Verfahrensbevollmächtigte der Klägerin gegenüber der Beigeladenen zu 7, die Praxisverlegung habe jedenfalls noch nicht im Quartal I/2008 stattgefunden.

Am 6. August 2008 nahm die Beigeladenen zu 7 eine Ortsbegehung vor und stellte fest, dass an der Außenseite des Gebäudes kein Hinweis auf die Praxis der Klägerin angebracht war. Am 31. Oktober 2008 wurde am Gebäudeeingang folgende Beschilderung vorgefunden: Unter der Überschrift "T." fand sich in Fettdruck die Angabe: "E. & Partner". Darunter waren aufgelistet: "Fußreflexzonenmassage", "Ganzheitliche Schmerztherapie", "Akupunktur" und "Gewichtsregulierung". Es folgte eine Art Einschub auf einem weniger breiten Schild, der "Dr. med. V., Ärztin für Allgemeinmedizin" lautete. Anschließend teilte das Schild in üblicher Breite wiederum die Sprechzeiten und die Telefonnummer mit. Im Treppenhaus befand sich ein Schild, dass den Weg zum "T., E. & Partner" wies. Dieselbe Aufschrift wie im Treppenhaus befand sich auch auf einem Schild am Praxiseingang.

Am 11. September 2008 beantragte die Klägerin beim Sozialgericht (Az. S 27 KA 135/08 ER) den Erlass einer einstweiligen Anordnung, der auf Zahlung des restlichen Honorars für das Quartal I/2008 sowie der Vorauszahlungen für die Monate Juli und August 2008 gerichtet war. Sie führte aus, sie habe die Praxis in P. noch "mindestens bis 31. März 2008" fortgeführt. Das Sozialgericht lehnte den Antrag mit Beschluss vom 18. September 2008 mit der Begründung ab, die Beigeladene zu 7 – Antragsgegnerin im dortigen Verfahren – sei berechtigt gewesen, das Honorar aufgrund von Rückforderungen zurückzuhalten, die aus daraus resultierten, dass die Klägerin auch nach dem 1. April 2008 Leistungen abgerechnet habe, obwohl sie ihre vertragsärztliche Tätigkeit mangels Genehmigung der Sitzverlegung nicht mehr ausgeübt habe. In der Begründung der gegen diesen Beschluss eingelegten Beschwerde (Az. L 2 B 414/08 ER KA) führte die Klägerin aus, soweit das Sozialgericht darauf abhebe, dass sie, die Klägerin, ihre Tätigkeit seit dem 1. April 2008 nicht mehr in ihrer alten Praxis ausgeübt habe, sei dies unerheblich, denn sie habe dies auch gegenüber der Beigeladenen zu 7 nicht bestritten. Es sei klarzustellen, dass Zahlungen für das Quartal II/2008 erst ab dem 17. Juli 2008 verlangt würden. Die angebliche Falschabrechnung resultiere nur daraus, dass sie im April 2008 ihre Praxis in eine Nachbarstraße verlegt habe. Der Umstand, dass es zunächst an einem Praxisschild gefehlt habe, sei allein der Tatsache geschuldet gewesen, dass die Klägerin Streitigkeiten mit dem an derselben Adresse ansässigen Praktischen Arzt Dr. K. habe aus dem Weg gehen wollen. Da sie "nicht auf Laufkundschaft angewiesen" sei, habe sie ein Praxisschild "nicht für erforderlich" gehalten. Der damals für das Vertragsarztrecht zuständige 2. Senat des Landessozialgerichts Hamburg wies diese Beschwerde durch Beschluss vom 19. Dezember 2008 zurück. Er führte u.a. aus, Leistungen, die die Klägerin nicht am genehmigten Vertragsarztsitz erbracht habe, seien nicht zu vergüten: "Nach den äußeren Umständen ist die Antragstellerin zumindest im M. auch im so genannten "T." tätig, unter dessen homepage ihr Name nach wie vor als Klinikleitung angegeben ist. Unter "T." kann im Internet auch "E. & Partner" abgerufen werden, wobei deren Telefonnummer ... identisch ist mit einer der beiden Telefonnummern, unter denen die Antragstellerin im Telefonbuch (M.) als Ärztin für Allgemeinmedizin steht (außerdem: Telefonnummer ...). Das lässt darauf schließen, dass die Antragstellerin in irgendeiner Weise geschäftlich/persönlich in Verbindung mit dem Betrieb dieser Heilpraktikerin steht. Dafür spricht auch, dass das Schild mit der Aufschrift "Dr. med. V./Ärztin für Allgemeinmedizin" am Eingang zum M. unterhalb des Schildes des Therapiezentrums und oberhalb des Schildes von dessen Sprechzeiten - hierbei ohne Angabe der im Telefonbuch stehenden Telefonnummern der Antragstellerin - angebracht ist. Auf dem Schild mit den Sprechstunden findet sich nur der Hinweis auf die zum "T." gehörende Telefonnummer ... Diese Nummer führte auch das "T." unter der Anschrift H., wo die Antragstellerin und auch Frau E. mit einer Naturheilpraxis tätig waren.

Soweit die Antragsgegnerin daher vermutet bzw. davon ausgeht, dass die Antragstellerin eine Praxisgemeinschaft mit einer Heilpraktikerin führt oder aber der Umfang ihrer anderweitigen Tätigkeit (in einer der Internetauftritte ist die Antragstellerin als Unternehmerin aufgeführt) der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit entgegen steht, spricht sehr viel für eine dieser Annahmen. Es obliegt aber der Antragstellerin, im Anordnungsverfahren glaubhaft zu machen, dass z. B. eine solche Praxisgemeinschaft - die den Vergütungsanspruch ausschliesse - nicht bestehe. Das hätte sie z. B. durch die Vorlage eidesstattlicher Versicherungen der E. & Partner, der N. (zu der Vermietung der Räumlichkeiten im Obergeschoss im Einzelnen) oder ihrer (bisherigen) Angestellten tun können. () Soweit die Antragstellerin das Vorhandensein eigener Praxisräume (Therapieräumen, Liegen für Akupunktur, Wartebereiche, Personalraum, Sprechzimmer, Labor, EKG) behauptet, hätte sie auch diesen Vortrag - zumal im Anordnungsverfahren grundsätzlich Beweiserhebungen/Augenscheinseinnahmen nicht stattfinden - glaubhaft machen können. Einen Anscheinsbeweis, dass die von einem zugelassenen Vertragsarzt abgerechneten Leistungen auch tatsächlich in vertragsärztlicher Praxis erbracht worden sind, gibt es nicht. Eine Beweislastumkehr in der Weise, dass die Antragsgegnerin glaubhaft machen müsste, dass die von der Antragstellerin abgerechneten Leistungen nicht in vertragsärztlicher Praxis, sondern in einer Praxisgemeinschaft mit Heilpraktikern erbracht worden sind, findet daher nicht statt."

Am 14. November 2008 beantragte die Beigeladene zu 7 beim Zulassungsausschuss für Ärzte -H. - (i.F.: Zulassungsausschuss) unter Hinweis auf mehrere Fotografien die Feststellung, die vertragsärztliche Tätigkeit habe spätestens mit Verlegung der Praxis an die Anschrift M. geendet, da die Klägerin ab diesem Zeitpunkt keine vertragsärztliche Tätigkeit an einem Vertragsarztsitz mehr ausgeübt habe. Die Klägerin betreibe ihre Tätigkeit in den Räumen des dort ansässigen T., E. & Partner (i.F.: T.). Auf dessen Türschild sei erst seit kurzer Zeit ein provisorischer Hinweis auf die Praxis der Klägerin angebracht, im Haus selbst sei lediglich das T. ausgeschildert. Somit habe die Klägerin ihre Tätigkeit am neuen Vertragsarztsitz nicht aufgenommen, was zur Entziehung der Zulassung gemäß § 95 Abs. 6 (Satz 1) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) führen müsse. Weiter verwies die Beigeladene zu 7 auf den Beschluss des seinerzeit für das Vertragsarztrecht zuständigen 2. Senats des Landessozialgerichts Hamburg im Verfahren L 2 B 414/08 ER KA.

Der Zulassungsausschuss verhandelte über den Antrag in seiner Sitzung am 28. Januar 2009. Die Klägerin erklärte, sie habe ihre Praxis "im März 2007" von P. in den M. verlegt, da die Miete in den alten Räumlichkeiten zu hoch gewesen sei. Dort habe sie ihr Praxisschild abnehmen müssen, da sich der ebenfalls unter der Anschrift M. ansässige Vertragsarzt Dr. K. auf eine Konkurrenzschutzklausel "in seinem Vertrag" berufen habe. Nachdem dann Herr Dr. K. der Beigeladenen zu 7 mitgeteilt habe, dass kein Praxisschild zu finden sei, habe sie das Schild geändert. Sie sei Partnerin und ärztliche Leiterin im Therapiezentrum mit einer Heilpraktikerin, die die entsprechenden Räume angemietet habe. Sie selbst habe keinen Mietvertrag geschlossen. Neben ihr und der Heilpraktikerin sei dort auch eine Physiotherapeutin tätig. Die Räumlichkeiten seien nicht voneinander getrennt, jedoch verfüge die Klägerin über einen eigenen Behandlungsraum. Sie habe ein eigenes

Telefon mit eigener Rufnummer; weder die Heilpraktikerin noch die Physiotherapeutin vereinbarten Termine für sie. Sie biete hauptsächlich Akupunktur, Gewichtsreduktionen und Ähnliches an und erhalte hierfür neben der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen von den Patienten eine Zuzahlung, da sie für den Betrag, den die gesetzlichen Krankenkassen zahlten, ihre hoch qualitative Akupunktur nicht durchführen könne.

Durch Beschluss vom 28. Januar 2009 entzog der Zulassungsausschuss der Klägerin mit Ablauf des 28. Januar 2009 die Zulassung: Nach § 27 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in Verbindung mit [§ 95 Abs. 6 SGB V](#) könne der Zulassungsausschuss die Zulassung entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorlägen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnehmen oder nicht mehr ausübe oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletze. Der Zulassungsausschuss habe festgestellt, dass die Praxis seit dem 17. Juli 2008 nicht mehr existiere und die Klägerin somit ab diesem Zeitpunkt keine vertragsärztliche Tätigkeit mehr ausübe. Die von der Klägerin geschilderte Zusammenarbeit mit Heilpraktikern und Physiotherapeuten sei aus berufsrechtlichen Gründen untersagt. Weiterhin habe es bis zu einem Hinweis seitens der Beigeladenen zu 7 kein ordnungsgemäßes Praxisschild gegeben, so dass die Vertragsarztpraxis nach außen hin nicht als solche erkennbar gewesen sei. Es sei davon auszugehen, dass die Klägerin bewusst nur ganz bestimmte Patienten zu sich habe kommen lassen, nämlich diejenigen, die sich mit den nicht vertragsärztlichen Behandlungsmethoden einverstanden erklärt hätten. Das seitens der Klägerin geschilderte Abrechnungsverhalten habe vertragsärztliche und private Behandlung vermischt und sei somit vertragswidrig gewesen. Dass die Klägerin von ihren Patienten Zuzahlungen gefordert habe, die sie von gesetzlich Krankenversicherten nicht habe fordern dürfen, lasse den Schluss zu, dass sie die vertragsärztliche Zulassung nur dazu benutzt habe, um ihren Privatpatienten die Leistungen infolge der zusätzlichen Abrechnung mit den Krankenkassen etwas günstiger anbieten zu können. Vor diesem Hintergrund bestünden erhebliche Zweifel an der Eignung zur Ausübung einer vertragsärztlichen Tätigkeit. Angesichts dessen sehe der Zulassungsausschuss keine andere Möglichkeit als die Entziehung der Zulassung. Umstände, die es ausnahmsweise hätten rechtfertigen können, von einer Entziehung abzusehen, seien nicht erkennbar.

Die Klägerin erhob am 11. Februar 2009 Widerspruch: Sie werde spätestens im März 2009 einen eigenen Mietvertrag erhalten, der sie als Hauptmieterin ausweise. Somit stehe fest, dass sie die Räumlichkeiten – zu denen Behandlungszimmer, Sprechzimmer, Labor, Wartezimmer etc. gehörten – als Vertragsarztpraxis nutze. Weiterhin beschäftige sie einen angelernten Arzthelfer sowie eine Auszubildende. Bis Ende des Jahres 2008 habe sie auch eine weitere Arzthelferin beschäftigt. Ihrer – beigefügten – Umsatzstatistik sei zu entnehmen, dass sie vertragsärztliche Leistungen erbringe und abrechne. Im Übrigen habe der Zulassungsausschuss verkannt, dass kein schwerwiegender Pflichtverstoß seitens der Klägerin vorgelegen habe. Zu der verspäteten Anmeldung der Sitzverlegung und zur erst verspätet vorgenommenen korrekten Beschilderung sei es nur aus Rücksichtnahme auf den Kollegen Dr. K. gekommen. Weiterhin sei sie ausweislich der Miet- und Nebenkostenabrechnung seit dem 1. Januar 2009 alleinige Mieterin der gesamten Praxisräume. Erhebliche Mietrückstände – sowohl hinsichtlich der Praxis als auch hinsichtlich ihrer Privatunterkunft – sprächen deutlich gegen die Annahme einer vermeintlich lukrativen "Umleitung" von Kassenpatienten zu Selbstzahlern. Die praktizierte Form der Zusammenarbeit mit Nichtärzten sei berufsrechtlich zulässig, da es sich nicht um eine Berufsausübungsgemeinschaft handele, vielmehr habe sie lediglich einen Raum in der Praxis an die Heilpraktikerin Frau D. untervermietet. Ausweislich der Quartalsabrechnungen ab IV/2008, ihrer Patientenkartei sowie verschiedener Dankesscheiben von Patienten sei sie als "normale Hausärztin" tätig. Vertragsärztliche und privatärztliche Behandlungen habe sie – spätestens nach Belehrung in der Sitzung des Zulassungsausschusses – nicht in unzulässiger Art und Weise vermengt.

In der Sitzung des Beklagten am 17. Februar 2010 legte die Klägerin einen Mietvertrag vor und ergänzte die Klägerin ihren Vortrag dahingehend, das T. sei ihre Praxis, in der sie nicht in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung fallende Therapien durchführe und Vorträge halte. Eine Zusammenarbeit mit der Heilpraktikerin Frau D. habe nicht bestanden; Frau D. habe lediglich in dem von ihr benutzten "Sprechzimmer 3" Behandlungen durchgeführt.

Der Beklagte wies den Widerspruch durch Beschluss vom 17. Februar 2010 (dem damaligen Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 12. März 2010) zurück. In verfassungskonformer Auslegung von [§ 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) sei erforderlich, dass sich eine durch gröbliche Pflichtverletzung verursachte Nichteignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit feststellen lasse. Nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung, den Recherchen der Beigeladenen zu 7 vor Ort und den zur Verhandlung eingereichten Patientenkarten, insbesondere aber nach dem persönlichen Eindruck, den die Klägerin bei ihrer Befragung nach ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit auf die Mitglieder des Beklagten gemacht habe, hätten sich diese nicht davon überzeugen können, dass die Klägerin den ernsthaften Willen habe, eine vertragsärztliche Praxis zu betreiben. Abzustellen sei hierbei auf die Verhältnisse seit der Verlegung der Praxis in den M. im Juli 2008. Zunächst habe es – ausweislich der Feststellungen der Beigeladenen zu 7 im August 2008 – weder am Hauseingang noch im Treppenhaus ein Praxisschild oder sonst einen Hinweis auf die Praxis gegeben. Erst bei einer Besichtigung (durch die Beigeladene zu 7) am 31. Oktober 2008 habe sich provisorischer Hinweis auf dem Schild des T. befunden; im Treppenhaus habe es immer noch keinen Hinweis auf die Praxis gegeben. Ein Arzt, der der Öffentlichkeit nicht anzeige, wo er sich zur Durchführung ambulanter Behandlung aufhalte, verfüge nicht über eine Niederlassung. Dass die Klägerin auf der Homepage des Therapiezentrums als Klinikleitung bezeichnet werde, lege die bisher nicht widerlegte Vermutung einer Zusammenarbeit mit diesem Zentrum nahe. Es sei angesichts widersprüchlicher Angaben der Klägerin, Frau D. und Frau N. sogar ungeklärt, wer eigentlich ab Juli 2008 Mieter der 370 qm großen Praxis gewesen sei und wie und von wem die Räumlichkeiten genutzt würden. Insbesondere sei der als Praxis der Frau D. bezeichnete Raum nur über die Praxis der Klägerin erreichbar. Trotz des nunmehr vorhandenen Hinweisschildes auf die vertragsärztliche Praxis stehe nach der Befragung der Klägerin sowie angesichts der eingereichten Umsatzstatistiken, der überreichten Patientenkarteien und der von der Beigeladenen zu 7 vorgelegten Statistik über die im Quartal III/2009 abgerechneten Leistungen fest, dass die Klägerin in ihrer als Therapiezentrum bezeichneten Praxis im Wesentlichen individuelle Gesundheitsleistungen erbringe und damit keine vertragsärztlichen Leistungen. So habe die Klägerin im Quartal III/2009 ausschließlich Grundleistungen aus dem hausärztlichen Abrechnungskapitel wie die Versichertenspauschale, die Chronikerziffer und die Labor- bzw. Wirtschaftlichkeitsziffern abgerechnet. Typisch hausärztliche Leistungen wie Hausbesuche, sofort ausgeführter Hausbesuch und sämtliche anderen hausärztlichen Leistungen fehlten, ebenso Präventionsleistungen. Die eingereichte Patientenkartei sei entgegen der Beteuerungen der Klägerin nicht vollständig, da sie alphabetisch bei "Hi" ende. Weiterhin enthalte die Dokumentation keine Anamnesen, teilweise fehlten auch die Diagnosen und die Angaben zur Therapie. Abrechnungsziffern habe sie nur teilweise angegeben und es sei offen geblieben, ob sie Kassen- oder Privatrezepte ausgestellt habe. Hinweise zu erfolgten Überweisungen gebe es ebenfalls nicht.

Das Auftreten der Klägerin vor dem Beklagten, ihre Einlassungen zu ihrer Befragung und die zum Teil mit Nichtwissen begründeten Antworten, hätten für den Beklagten deutlich gemacht, dass die Klägerin über die Praxisabläufe und -strukturen nicht informiert und ahnungslos sei. So sei sie nicht in der Lage gewesen, spontan die Namen ihrer derzeit zwei Mitarbeiter zu nennen. Nach allem habe sich die

Vermutung bestätigt, dass von der Führung einer Vertragsarztpraxis keine Rede sein könne. Ihr "Therapiezentrum" benutze die Klägerin im Wesentlichen, um als Heilpraktikerin und Naturheilkundlerin privatärztliche oder freie Therapien anzubieten und auch an gesetzlich Versicherten gegen Privatzahlung durchzuführen, obwohl sie die Versichertenpauschale und die Chronikerziffer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechne. Aus all dem habe der Beklagte nicht den Eindruck gewinnen können, dass von einer ernsthaften Ausübung der vertragsärztlichen Praxis gesprochen werden könne und die Klägerin (noch) den Willen zur kontinuierlichen Teilnahme an der Versorgung der gesetzlich Versicherten habe.

Darüber hinaus sei der Beklagte auch zur Überzeugung gelangt, dass die Klägerin zur Führung einer vertragsärztlichen Praxis nicht geeignet sei. So habe sie selbst zugegeben, Leistungen doppelt abgerechnet zu haben durch Privatliquidation und Abrechnung gegenüber den Krankenkassen. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liege eindeutig bei den individuellen Gesundheitsleistungen. Ihre Argumentation zeige, dass sie die Praxisabläufe nicht übersehe und daher auch ihre Auszubildende sowie ihren angelernten Arzthelfer (eine ausgebildete Arzthelferin beschäftige sie nicht mehr) nicht entsprechend anweisen und kontrollieren könne.

Schließlich sprächen auch die – allerdings noch nicht bestandskräftig – festgesetzten Regresse seitens der Beigeladenen zu 7 in Höhe von über 200.000 Euro gegen das Gebot einer wirtschaftlichen Ordnungsweise. Dies passe in das Bild, das die Klägerin mit ihrem Therapiezentrum abgebe im Sinne auch einer Ungeeignetheit zur Führung einer vertragsärztlichen Praxis.

Am 9. April 2010 hat die Klägerin Klage erhoben.

Die Klägerin und der Beklagte sind bei ihrer jeweiligen Auffassung geblieben.

Die Beigeladene zu 7 hat die angegriffene Entscheidung des Beklagten verteidigt und zusätzlich auf die Verurteilung durch das Amtsgericht Hamburg-Barmbek (Aktenzeichen 843 Cs 3403 Js 250/09 [64/10] sowie das Insolvenzverfahren beim Amtsgericht Hamburg (Az. 67g IN 64/10) hingewiesen. Weiterhin habe die Klägerin offenbar im Februar 2012 ihren Praxisstandort M. verlassen. Nachdem Post als unzustellbar zurückgekommen sei, habe die Beigeladene zu 7 am 7. März 2012 eine Begehung vorgenommen und festgestellt, dass weder außen noch im Hausflur Praxisschilder vorhanden seien. Am Briefkasten sei ein Zettel mit Hinweis befestigt gewesen, dass Post "in der Bäckerei" abgegeben werden möge. Eine Nachfrage in der Bäckerei habe ergeben, dass die Klägerin vor ungefähr sechs Wochen "ganz plötzlich" weg gewesen sei. An der Praxistür sei eine handschriftliche Notiz angebracht, wonach die Praxis umziehe und unter einer bestimmten Telefonnummer erreichbar sei. Ebenfalls am 7. März 2012 sei beim Zulassungsausschuss ein Antrag auf Verlegung des Vertragsarztsitzes an die Anschrift H.5, 22391 Hamburg, eingegangen (der Zulassungsausschuss habe dem Antrag mit Beschluss vom 8. März 2012 entsprochen). Auf den Praxisschildern seien neben der hausärztlichen Versorgung u.a. "Ganzheitliche Schmerztherapie", "Akupunktur bei Augenerkrankungen", "Metabolic Balance", "Antiaging" und "Hyaluron" aufgeführt. Somit habe die Klägerin jedenfalls in der Zeit vom 13. Januar bis zum 8. März 2012 (wie schon zuvor in der Zeit vom 1. April 2008 bis zum 16. Juli 2008) nicht über einen genehmigten Praxissitz verfügt. Die Klägerin, die lediglich Versichertenpauschalen und den Wirtschaftlichkeitsbonus abrechne, lasse gesetzlich krankenversicherten Patienten über die Versichertenkarte als "Eintrittskarte" außervertragliche Behandlungen zukommen, versorge sie aber zugleich mit Heilmittelverordnungen, die bereits zu exorbitanten Regressen geführt hätten. Ihre finanzielle Situation sei angesichts eines Negativsaldos auf dem Honorarkonto von über 300.000 Euro desolat. Weiterhin seien der Beigeladenen zu 7 bislang Pfändungen und Abtretungen in Höhe von 382.629,37 Euro angezeigt worden. Auch habe sich die Heilpraktikerin, die seinerzeit von der Klägerin betrogen worden sei, inzwischen hilfessuchend an die Beigeladene zu 7 gewandt, nachdem die Klägerin trotz Verurteilung bislang nicht gezahlt habe.

Das Sozialgericht hat unter anderem die Akte des Amtsgerichts Hamburg-Barmbek im Strafverfahren mit dem Aktenzeichen 843 Cs 3403 Js 250/09 (64/10) und die Akte des Amtsgerichts Hamburg mit dem Aktenzeichen 67g IN 64/00 beigezogen.

Es hat die Klage durch Urteil vom 13. März 2013 (dem damaligen Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 28. März 2013) abgewiesen: Streitgegenstand sei allein der Beschluss des beklagten Berufungsausschusses, der nicht über einen Widerspruch entschieden, sondern eine eigenständige Sachentscheidung getroffen habe, in der die – rechtlich nun nicht mehr existente – Entscheidung des Zulassungsausschusses aufgegangen sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), juris Rn. 18). Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage sei zunächst – vorbehaltlich einer etwaigen Wohlverhaltensprüfung – der Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung, hier also der 17. Februar 2010. Rechtsgrundlage der angefochtenen Entscheidung des Beklagten sei [§ 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#). Die Klägerin habe jeden der dort enthaltenen möglichen Entziehungsgründen (Wegfall der Zulassungsvoraussetzungen, Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit, und gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten) verwirklicht, so dass die Zulassung im Wege einer gebundenen Entscheidung (BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), juris Rn. 17) zu entziehen gewesen sei.

Der Wegfall einer Zulassungsvoraussetzung ergebe sich daraus, dass die Klägerin nicht (mehr) im Sinne von § 21 Ärzte-ZV (sowohl in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung als auch in der seither geltenden Fassung) geeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sei. Geeignet sei ein Arzt auch dann nicht mehr, wenn er aus anderen als gesundheitlichen, in seiner Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig sei, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Dies sei der Fall, wenn er entweder nicht willens oder in der Lage erscheine, die Versicherten sachgemäß zu behandeln oder wenn er durch sein Verhalten das zur reibungslosen Durchführung der Versorgung als Verwaltungsaufgabe notwendige Vertrauensverhältnis gegenüber Krankenkassen oder Kassenärztlicher Vereinigung so grob gestört habe, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit nicht zugemutet werden könne. Die Klägerin führe die vertragsärztliche Tätigkeit nicht (mehr) ordnungsgemäß aus und sei nach dem Kenntnisstand dieses Verfahrens hierzu nach ihren erkennbar gewordenen persönlichen Defiziten auch nicht nur vorübergehend nicht mehr geeignet, wie ihr nicht erst seit dem Jahr 2008 an den Tag gelegtes Verhalten zeige. Dieses Verhalten erlaube im hier zu entscheidenden konkreten Einzelfall den Rückschluss auf in ihrer Person liegende schwerwiegende Gründe.

Der Schluss auf ihre Nichteignung ergebe sich daraus, dass die Klägerin im Jahr 2010 zweimal rechtskräftig wegen Betrugs verurteilt worden sei – einmal vom Amtsgericht Wuppertal im Januar 2010 zu 30 Tagessätze á 30 Euro und im Juli 2010 vom Amtsgericht Hamburg-Barmbek zu 90 Tagessätze á 10 Euro – (Hinweis zum Schluss von strafgerichtlichen Verurteilungen auf die Nichteignung: Schallen, Zulassungsverordnung, 8. Aufl. 2012, § 21 Rn. 2, 6). Weiter sprächen Verstöße gegen berufsrechtliche Pflichten (wie das Verbot der Privatliquidation ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Versicherten), die fehlende Bereitschaft, vertragsärztliche Pflichten (z.B.

Präsenz, Behandlungsübernahme, peinlich genaue Leistungsabrechnung) stets zu erfüllen, für die Nichteignung, ebenso grobliche Verletzungen dieser vertragsärztlicher Pflichten. Schließlich seien in diesem Zusammenhang auch der Umfang und die Vielzahl der Gründe ihrer Insolvenz sowie der Umstand, dass die Klägerin mehrere eidesstattliche Versicherungen abzugeben gezwungen war, zu berücksichtigen.

Ihre Realitätsfremdheit zeige sich (neben verschiedenen Anwaltswechseln) daran, dass sie – obwohl ihr Insolvenzverfahren (das vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2007 gelaufen sei) mit offen gebliebenen Insolvenzforderungen in Höhe von ca. 3 Millionen Euro geendet habe und sie sich noch im August 2007 in betrügerischer Weise Geld geliehen habe – nach eigenem Bekunden die Räume im M. für eine Bruttowarmmiete von rund 5.400 Euro monatlich angemietet habe. Eine Nichteignung im Sinne des § 21 Ärzte-ZV sei nicht nur in Fällen strafbaren Verhaltens anzunehmen (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 2. September 2009 – [B 6 KA 14/09 B](#), juris Rn. 18). Es genüge für die Ungeeignetheit auch schon die fehlende Bereitschaft, sich in das System der vertragsärztlichen Versorgung zu integrieren.

Auch der Entziehungsgrund der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit liege vor. Ein Arzt übe die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr aus, wenn er nicht mehr den Willen zur kontinuierlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung habe, was anhand der Erfüllung seiner Hauptpflichten zu beurteilen sei. Unverzichtbar für die Ausübung sei die Behandlung einer nicht ganz geringfügigen Zahl von Patienten mit vertragsärztlichen Leistungen in nennenswertem Umfang.

Die Klägerin übe zumindest seit dem 1. April 2008, dem Beginn ihrer Tätigkeit im M., ungeachtet ihres formalen Zulassungsstatus materiell keine vertragsärztliche Tätigkeit (mehr) aus und führe keine vertragsärztliche Praxis. So hätten zumindest zu Beginn der Praxistätigkeit im M. die wesentlichen Aspekte einer Vertragsarztpraxis wie die eindeutige Erkennbarkeit für potentielle Patienten und die Ankündigung und Einhaltung von Sprechzeiten gefehlt.

Auch eine hinreichende Teilnahme der Klägerin an der vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung, zu der sie schon aus Gründen des Sicherstellungsauftrages nach [§ 72 SGB V](#) sowie der Bedarfsplanung verpflichtet sei, lasse sich bei einer wertenden Betrachtung aller Umstände nach wie vor nicht feststellen. Von Beginn an und nach wie vor behandle die Klägerin ausweislich ihrer Abrechnungen gegenüber der Beigeladenen zu 7 zudem nur in geringem Umfang Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit hausärztlichen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Ihre Angaben in der mündlichen Verhandlung – wonach sie gelegentlich Hausbesuche unternehme, an Behandlungen auch Leistungen wie EKG, Blutabnehmen und Spritzen erbringe, und gegenüber der Beigeladenen zu 7 das abgerechnet habe, was Hausärzte als Leistungen abrechnen dürften – träfen erkennbar nicht zu. Abgerechnet habe die Klägerin weit überwiegend nur die Gebührenordnungspositionen, die schon allein durch das Einlesen einer Versichertenkarte anfielen. Ihre Abrechnungen seien von der Abrechnung der Versichertenpauschalen geprägt. Der hausärztliche Versorgungsauftrag aber, wie er durch [§ 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) und die Anlage 5 (Vertrag über die hausärztliche Versorgung) zum Bundesmantelvertrag-Ärzte näher konturiert sei und wie er sich auch in den Abrechnungsmöglichkeiten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes widerspiegele, reiche erheblich weiter und werde auch nach dem Selbstverständnis der Hausärzte in anderer Weise wahrgenommen, als es durch die Klägerin geschehe.

Wie aus den vorliegenden Abrechnungsdaten für die Quartale IV/2008 (Quartal vor Entscheidung des Zulassungsausschusses), I/2009, II/2009, III/2009, IV/2009 (Quartal vor Entscheidung des Beklagten), I/2010 und zuletzt das Quartal III/2012 ersichtlich, erbringe die Klägerin keine oder so gut wie keine Leistungen der Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsuntersuchung, Krebsfrüherkennungsuntersuchung, Hautkrebscreening) oder Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen, nur selten Beratung und Gespräche, impfe selten und leiste selten Hausbesuche. Aus ihren Abrechnungen sei auch nicht zu ersehen, dass sie irgendeinen anderen Schwerpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich ausgeprägt hätte. So finde sich auch nahezu kaum eine Abrechnung von dem qualitätsgebundenen Zusatzvolumen zuzurechnenden, zum typischen Instrumentarium des Hausarztes gehörenden Leistungen (etwa Ergometrie, Kleinchirurgie, Langzeit-Blutdruckmessung und Langzeit-EKG, Sonographie und Spirometrie). Die weithin bloße Abrechnung von Versichertenpauschalen sei aber rechtlich wie auch nach hausärztlichem Selbstverständnis völlig unzureichend zur Erfüllung des Versorgungsauftrags.

Nach ihrem eigenen Bekunden biete die Klägerin weithin Therapien außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung an. In der Verhandlung des Zulassungsausschusses habe sie ausgeführt, sie biete hauptsächlich Akupunktur, Gewichtsreduktionen und Ähnliches an. Hierfür erhalte sie neben der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen von den Patienten eine Zuzahlung. Das erfülle nicht nur nicht den hausärztlichen Versorgungsauftrag, sondern es belege zugleich das unzulässige Mischsystem der Klägerin, in dem sie die Versichertenpauschalen als Teilvergütung für "ihre Therapien" angesehen habe. Dabei sei der Klägerin bekannt gewesen, dass "ihre Therapien" nicht dem Versorgungsauftrag gedient hätten, denn in der Verhandlung vor dem Beklagten habe sie ausgeführt, es handle sich dabei aber um Therapien, die nicht unter die gesetzliche Krankenversicherung fielen. Nach den Angaben der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor der Kammer versorge sie nach wie vor ihre Patienten mit Therapien, die nicht von den Krankenkassen bezahlt würden (individuelle Gesundheitsleistungen). Neben ihren hausärztlichen Leistungen biete sie Leistungen an u. a. im Bereich Augenakupunktur, Neuraltherapie, Schmerzbehandlung und psychologische Betreuung von Patienten. Einen weiteren Schwerpunkt habe sie im Bereich Orthopädie. Nach ihrer aktuellen Praxisbeschilderung biete die Klägerin neben hausärztlicher Versorgung statt der oben genannten typischen hausärztlichen Leistungen an: ganzheitliche Schmerzbehandlung, Akupunktur bei Augenerkrankungen, Metabolic Balance, Antiaging, Hyaluron. Diese Art und Weise der Leistungserbringung "ihrer Therapien", die nicht zum Auftrag zur hausärztlichen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gehörten und deshalb als vertragsärztlichen Leistungen nicht abrechenbar seien, halte die Klägerin nach wie vor auch für die richtige.

Schließlich sei auch der Entziehungsgrund einer groblichen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten verwirklicht. Eine Pflichtverletzung sei groblich, wenn sie so schwer wiege, dass ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sei. Davon sei auszugehen, wenn die gesetzliche Ordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das Verhalten des Arztes in erheblichem Maße verletzt werde und dadurch das Vertrauen der vertragsarztrechtlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und/oder die Richtigkeit der Leistungsabrechnung so tiefgreifend und nachhaltig gestört sei, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht zugemutet werden könne (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), juris Rn. 20; BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 23). In dieses gestörte Vertrauensverhältnis und die Unzumutbarkeit der weiteren Zusammenarbeit mündeten letztlich auch die anderen beiden, vorstehend geprüften Zulassungsentziehungsgründe.

Die Klägerin habe gegenüber der Beigeladenen zu 7, dem Zulassungsausschuss und dem Beklagten wie auch in der mündlichen Verhandlung vor der Kammer mehrfach in erschreckender Deutlichkeit zum Ausdruck gebracht, dass sie sich bei der Gestaltung ihrer Praxistätigkeit nicht von den vertragsarztrechtlichen Pflichten leiten lasse, sondern ihrem eigenen Regelwerk folge. Zu diesem gehöre es, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten durch Abrechnung der Versichertenpauschale im System der vertragsärztlichen Versorgung und Vergütung zu erfassen, den Patienten Behandlungsleistungen aber weithin nur in Form von individuellen Gesundheitsleistungen oder privatärztlichen Leistungen zu erbringen. Dieses in großem Stil durchgeführte Mischsystem stelle einen Verstoß gegen die vertragsärztliche Grundpflicht zur Behandlungsübernahme nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Dieser Verstoß habe das Vertrauen der vertragsarztrechtlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten tiefgreifend und nachhaltig gestört. Das Mischsystem der Klägerin beinhalte auch einen Verstoß gegen die Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung. Denn die Versichertenpauschale sei hier eben nicht als eine Art "Eintrittsgebühr" in die hausärztliche Versorgung abgerechnet worden, weil weithin eine solche gar nicht stattgefunden habe. Dies habe das Vertrauen der vertragsarztrechtlichen Institutionen in die Korrektheit der Abrechnungen tiefgreifend und nachhaltig gestört. Auch wiederholt unkorrekte Abrechnungen könnten die Zulassungsentziehung rechtfertigen, insbesondere deswegen, weil das Abrechnungs- und Honorierungssystem der vertragsärztlichen Versorgung auf Vertrauen aufbaue und das Vertrauen auf die Richtigkeit der Angaben des Leistungserbringers ein Fundament des Systems der vertragsärztlichen Versorgung darstelle (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), juris Rn. 21). Hier sei das Vertrauen darin erschüttert worden, dass mit den abgerechneten Leistungen die hausärztliche Versorgung der Versicherten im Rahmen einer vertragsärztlichen Praxis übernommen und sichergestellt worden sei.

Stattdessen seien die Behandlungsleistungen neben den abgerechneten Gebührenordnungspositionen weithin außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und privat abgerechnet worden. Diese Leistungen seien als individuelle Gesundheitsleistungen und Privatbehandlungen von den Versicherten der Klägerin gesondert zu vergüten gewesen. Dass vorher die erforderliche schriftliche Zustimmung der Versicherten eingeholt worden sei, sei weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Hierin liege ein Verstoß gegen die Verpflichtung zur Behandlung nach dem Sachleistungsgrundsatz und das hiervon umfasste Verbot unzulässiger Vergütungsverlangen.

Gegen die Präsenzpflicht habe die Klägerin verstoßen, indem sie ohne zuvor genehmigten Verlegungsantrag mit ihrer Praxis in den M. umgezogen sei und dort Leistungen an einem Ort erbracht und abgerechnet hatte, für den sie einen Zulassungstatus nicht besessen habe, und dass sie ihre vertragsärztliche Praxis im M. nicht von Beginn an erkennbar als solche nach außen erkennbar angekündigt habe.

Hinzu komme auch, dass die Klägerin in einer letztlich undurchsichtigen Art und Weise mit nichtärztlichen Leistungserbringern kooperiere. Zwar sei der Zusammenschluss mit anderen, auch nichtärztlichen Heilberufsangehörigen in einer Praxisgemeinschaft, deren Kooperation sich auf die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen, -einrichtung und -personal beschränke, unbedenklich, jedoch habe die Klägerin zeitweilig als ärztliche Leiterin eines Therapiezentrums mit Heilpraktikerin und Physiotherapeutin firmiert; diese Kooperation gehe über eine bloße Organisationsgemeinschaft bzw. Kostenteilungsgemeinschaft weit hinaus.

Diese Pflichtverletzungen seien auch in ihrem Zusammenhang so gröblich, dass sie die Ungeeignetheit der Klägerin zur weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung indizierten, sie das Vertrauen der Beigeladenen zu 7 und der Krankenkassen auf eine korrekte Organisation der Leistungserbringung und -abrechnung bei der Klägerin nachhaltig zerstört hätten und ihnen eine Fortsetzung der Zusammenarbeit mit ihr nicht mehr zuzumuten sei. Denn für die Frage der Gröblichkeit sei maßgeblich, welchen Stellenwert die verletzte Pflicht habe und wie schwer der Verstoß unter Berücksichtigung seiner Eigenart wiege. Dabei sei in Rechnung zu stellen, dass das Abrechnungs- und Honorierungssystem der vertragsärztlichen Versorgung auf Vertrauen aufbaue und eine Überprüfung nur bei Auffälligkeit und stichprobenweise erfolge (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 33, 35). Die bei der Prüfung der Gröblichkeit geforderte Gesamtbewertung führe zu dem Ergebnis, dass die Klägerin den Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung nicht mit der gebotenen Sensibilität und Aufmerksamkeit begegne. Es lägen eine Vielzahl von Verstößen gegen verschiedene grundlegende Pflichten über einen längeren Zeitraum und in schwerwiegender Art vor. Aus ihnen ergebe sich die Folgerung, dass das Vertrauen der vertragsarztrechtlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Wahrnehmung und Durchführung der vertragsarztrechtlichen Aufgaben so stark zerstört worden sei, dass ihnen schon aufgrund dieser Pflichtverletzungen eine weitere Zusammenarbeit mit der Klägerin nicht mehr habe zugemutet werden können (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 38, 47). Auf Verschulden komme es für den Tatbestand einer gröblichen Pflichtverletzung im Sinne von [§ 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) nicht an (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), juris Rn. 21). Denn Sinn und Zweck der Zulassungsentziehung sei die Sicherung des Ziels der Regelungen des SGB V, die auf eine funktionsfähige vertragsärztliche Versorgung ausgerichtet seien (vgl. BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 51).

Lasse sich die angefochtene Zulassungsentziehung mithin schon mit Blick auf jeden einzelnen der drei Entziehungsgründe tragfähig begründen, so gelte dies erst recht in einer Gesamtschau. Eine Grundlage für eine Vertrauensbasis zwischen der Klägerin und den vertragsarztrechtlichen Institutionen habe im Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten nicht mehr bestanden, wodurch die Zulassungsentziehung trotz ihrer schwerwiegenden Folgen unabdingbar erforderlich geworden sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), juris Rn. 51, 58). Diese schwerwiegende Vertrauensstörung könne auch nicht durch eine spätere gewissenhafte Pflichterfüllung wettgemacht werden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris, Rn. 23), zumal hierfür aber auch tatsächliche Anhaltspunkte fehlten. Dass es zu einer Änderung, einer Zäsur gekommen sein könnte, lasse sich auch dem Vorbringen der Klägerin nicht entnehmen. Vielmehr habe sie in der mündlichen Verhandlung bekundet, sie mache in ihrer Praxis das, was sie seit 20 Jahren an Leistungen erbringe, und sie habe ihre Praxis nie anders geführt als so, wie sie sie derzeit führe. Hinzu kämen die zuletzt mit sechsstelligen Euro-Beträgen gegen die Klägerin bestandskräftig festgesetzten Regresse. Die inhaltlichen Voraussetzungen für ein Wohlverhalten – eine zweifelsfreie nachhaltige Verhaltensänderung während eines Zeitraums von mehreren Jahren sowie eine zweifelsfreie Prognose künftiger rechtmäßigen Verhaltens (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 55) – seien deshalb ohnehin nicht erfüllt.

Auf die Frage, ob trotz des Zeitpunkts der letzten Verwaltungsentscheidung als des grundsätzlich für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage maßgeblichen Zeitpunkts ein späteres Wohlverhalten bei der gerichtlichen Entscheidung noch zu berücksichtigen sei, komme es somit vorliegend letztlich nicht an. Die Klägerin erfülle aber auch nicht die Voraussetzungen, unter denen die inzwischen aufgegebene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Berücksichtigung von Wohlverhalten noch übergangsweise anzuwenden sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), juris Rn. 24 ff. und 56), denn die fünfjährige Bewährungszeit seit der Entscheidung des

Beklagten sei noch nicht abgelaufen und ein Wohlverhalten lasse sich angesichts fortgesetzter nicht ordnungsgemäßer Leistungserbringung und bestandskräftiger Regresse hohen Umfangs wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nicht feststellen.

Eine Negativprognose sei für die Zulassungsentziehung nicht erforderlich (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 56 f., 60).

Die Verhältnismäßigkeit sei gewahrt. Ein weniger belastendes Mittel als die Zulassungsentziehung stelle das SGB V im Falle der hier vorliegenden Pflichtverletzungen nicht zur Verfügung. Eine Disziplinarmaßnahme wäre nicht ausreichend gewesen, da sie nicht hätte erwarten lassen, dass sich die Klägerin künftig von ihren Vorstellungen einer Versorgung der Versicherten lösen und den für alle geltenden Regeln folgen würde. Auch die Angemessenheit sei angesichts der zentrale vertragsärztliche Pflichten betreffenden Pflichtverstöße und des schwerwiegenden Charakters der Pflichtverletzungen gewahrt und die Zulassungsentziehung erweise sich als sachangemessen (Hinweis auf die Maßstäben nach BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 62 f.). Aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) folge hier schon deshalb nichts anderes, weil die Klägerin selbst seit Langem schon keine Leistungen mehr im Vollbild einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausarztpraxis erbracht und abgerechnet habe, vielmehr für ihre Leistungen weithin Privatvergütungen von den Versicherten verlange; entsprechend sei für sie die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auch nicht von existentieller Bedeutung. Dies zeige sich auch daran, dass sie seit dem Quartal II/2010 die Nichtabrechnungsbescheide der Beigeladenen zu 7 habe bestandskräftig werden lassen (was sie in der mündlichen Verhandlung damit begründet habe, es zum einem vergessen oder zum anderen aufgrund der Länge dieses Streits mit der Beigeladenen zu 7 keine Lust dazu gehabt zu haben). Seither finanziere sie ihre Praxis mit der Behandlung von Privatpatienten und durch die Erbringung von individuellen Gesundheitsleistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Einer Zulassung bedürfe sie hierfür rechtlich nicht.

Die Klägerin hat gegen das – ihrem damaligem Prozessbevollmächtigten am 28. März 2013 zugestellte – Urteil am 26. April 2013 Berufung eingelegt und zunächst nur ausgeführt, sie könne bereits begriffsnotwendig nur solche Behandlungen vornehmen, die sich aufgrund des konkreten Krankheitsbildes anböten. Wenn sie Behandlungen, wie sie in anderen Praxen vorgenommen würden, selbst nicht vornähme, lasse das keinen Schluss zu, dass sie ihrer Verpflichtung, ihre Patienten ordnungsgemäß zu behandeln, nicht nachkomme. Dass sie Darlehen nicht zurückgezahlt habe, sei dem Umstand geschuldet gewesen, dass sie durch den Erwerb von "Schrottimmobilien" und auch durch die rechtlich unzulässige Zahlungsverweigerung seitens der Beigeladenen zu 7 in Geldnot geraten sei. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass sie nicht über eine entsprechende Altersversorgung verfüge, da sie nicht Mitglied des Versorgungswerks der Ärztekammer habe werden können.

Soweit das Sozialgericht auf die Verlegung der Praxis von P. in den M. abstelle, habe es sich um eine Bagatelle gehandelt. Verzögerungen im Postlauf habe die Klägerin nicht zu vertreten gehabt. Die Praxis im M. sei nur für wenige Tage nicht von außen erkennbar gewesen, bis die Klägerin dann nach wenigen Tagen für eine korrekte Beschilderung gesorgt habe. Dergleichen rechtfertige nicht die Entziehung der Zulassung. Die Ärztekammer habe die Bezeichnung "D. + Partner, T., Ärztliche Leitung: Dr. V.", die im Hinblick auf eine Konkurrenzschutzklausel zugunsten des Arztes Dr. K. gewählt worden sei, nicht beanstandet. Die Klägerin sei dementsprechend davon ausgegangen, dass dies unbedenklich sei. Die Kooperation mit Frau D. habe sich auch darin erschöpft, dass Frau D. ein Behandlungszimmer von der Klägerin gemietet habe. Somit habe lediglich eine kurzzeitige Pflichtverletzung Anfang Juli 2008 vorgelegen, die nicht als gröblich angesehen werden könne. Bei einem allenfalls geringfügigen Verstoß gegen ärztliche Pflichten könne das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Aufgabenwahrnehmung nicht zerstört sein. Die Klägerin habe keinen der Tatbestände erfüllt, die nach der Rechtsprechung eine Ungeeignetheit des Vertragsarztes begründeten. Somit stelle sich eine Entziehung der Zulassung schon aus Gründen von [Art. 12 GG](#) als unverhältnismäßig dar. Im Berufungsverfahren L 5 KA 21/13, wo die Vergütung für die Zeit vom 1. April 2008 bis zum 16. Juli 2008 streitig war, hat die Klägerin hierzu ausgeführt, sie habe ihre Praxis bis zum 16. Juli 2008 in P. P. geführt. Dies ergebe sich aus dem bei der Beklagten geführten Ärzteregister. Dasselbe könnten der als Zeuge benannte damalige Mitarbeiter der Klägerin Herr N. sowie die ebenfalls als Zeugin benannte Vermieterin Frau M. bestätigen. Etwaige gegenteilige Einlassungen seien unzutreffend oder zumindest missverständlich gewesen. Die Verlegung der Praxis habe die Klägerin auch rechtzeitig angezeigt. Postlaufzeiten habe sie nicht zu vertreten und ihr sei es auch nicht anzulasten, wenn der Zulassungsausschuss nur in größeren Abständen tage. Erst in der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat hat die Klägerin eingeräumt, dass sie ihre Praxis bereits ab April 2008 im M. gehabt habe. Sie habe ja nicht zwei Praxen nebeneinander laufen lassen können. Praxisverlegungen habe sie auch immer der Beigeladenen zu 7 gemeldet, allerdings vielleicht nicht immer schriftlich. Ihr sei auch klar, dass sie ein Praxis Schild benötige. Allerdings habe sie zunächst keines angebracht, nachdem sich Dr. K. auf eine Konkurrenzschutzklausel berufen habe. Als sie dann ein Schild angebracht habe, habe die Praxisbezeichnung eigentlich nicht ihrer ärztlichen Tätigkeit entsprochen, aber man habe sie ja finden müssen.

Sie sei auch weiterhin vertragsärztlich tätig. Eine spezifische vertragsärztliche Tätigkeit gebe es nicht. Hausärztliche Versorgung finde nicht nur dann statt, wenn ein Arzt alle in § 2 Abs. 2 Satz 1 des Vertrags über die hausärztliche Versorgung genannten Aufgaben erfülle. Wenn die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht erklärt habe, sie behandle keine Patienten, die unter das DMP-Programm fielen oder der Vorsorge bedürften, so bediene sie sich stattdessen anderer Therapiemethoden. Sie habe auch keine Patienten abgewiesen oder dergleichen, daher sei der genaue Umfang ihrer Tätigkeit nicht ausschlaggebend. Sie habe beispielsweise laut Honorarbescheid der Beigeladenen zu 7 vom 21. Mai 2015 im Quartal IV/2014 insgesamt 253 Patienten behandelt. Die Fallzahlen in den vorangehenden Quartalen seien durchweg höher gewesen. Weiterhin mache sie auch Hausbesuche. Das Sozialgericht habe unzutreffend angenommen, dass die Klägerin kein EKG mache, dabei sei ein EKG überhaupt nicht gesondert abrechenbar. Lediglich Langzeit-EKG oder Langzeit-Blutdruckmessungen führe die Klägerin nicht durch, da dies Sache des kardiologischen Fachgebietes sei. Wesentliche Teile der vom Sozialgericht vermissten Behandlungsmaßnahmen seien außerdem bereits mit der Versichertenpauschale abgegolten, so dass sie in den Abrechnungen nicht mehr auftauchten. Sie führe aber entgegen der Annahme des Sozialgerichts auch Kleinchirurgie wie Inzisionen oder das Abtragen von Nekrosen durch. Sonografie führe sie nicht durch, da sie nicht die Voraussetzungen nach den Weiterbildungsvorschriften erfülle und diese Leistungen deswegen nicht abrechnen könne. Ergometrie sei keine für Hausärzte zwingende Diagnostik. Spirometrie betreibe sie nicht, sondern überweise deswegen an Fachärzte.

Ob die Klägerin neben dem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung auch andere Therapien anbiete, sei für die Erfüllung ihres vertragsärztlichen Versorgungsauftrags irrelevant. Sie arbeite jedenfalls nicht nach einem Mischsystem, innerhalb dessen sie die Versichertenpauschalen als Teilvergütung für Therapien außerhalb des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung ansehe. Dergleichen habe sie im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht nicht geäußert. Sie habe lediglich bekundet, dass sie nur

diejenigen Leistungen gegenüber der Beigeladenen zu 7 abgerechnet habe, die Hausärzte abrechnen dürften, und dass sie daneben auch andere Leistungen anbiete. Von den Patienten habe sie sich lediglich individuelle Gesundheitsleistungen oder sonstige Leistungen außerhalb des Katalogs der gesetzlichen Krankenversicherung vergüten lassen. Dass sie solche Leistungen anbiete, könne ihr nicht vorgehalten werden, zumal es von wichtiger Bedeutung für ihre Existenzsicherung sei. Entsprechende Zustimmungen ihrer Patienten habe sie eingeholt und könne sie pars pro toto auch vorlegen. Falls sie im Übrigen wirklich nur in geringem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehme, würde gerade wegen der dadurch entstehenden Unterversorgung zulassungswilligen Ärzten der Zugang zum Beruf des Vertragsarztes eröffnet.

Die Klägerin habe inzwischen auch Wohlverhalten gezeigt, zumal ihr trotz Änderung der einschlägigen Rechtsprechung Vertrauensschutz zuzubilligen sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), Rn. 24, 56). Unrichtig sei auch die Begründung des Sozialgerichts, die Klägerin bedürfe der Zulassung aus wirtschaftlichen Gründen nicht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. März 2013 sowie den Beschluss des Beklagten vom 17. Februar 2010 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angegriffene Urteil. Auch unverschuldete Pflichtverletzungen könnten zur Entziehung der Zulassung führen. Soweit die Klägerin ihr Verhalten durch ihre persönlichen Lebensumstände zu erklären versuche, sei dies rechtlich ohne Bedeutung. Einem berücksichtigungsfähigen Wohlverhalten seitens der Klägerin stehe außerdem entgegen, dass die Klägerin ihre Verpflichtung zur Fortbildung nicht erfüllt habe. Ihren laxen Umgang mit ärztlichen Berufsregeln illustriere auch eine Anzeige im ... im Jahr 2006.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Die Beigeladene zu 7 hat ausgeführt, auch die nach dem Ablauf von fünf Jahren gebotene Gesamtbetrachtung zeige keinerlei Wohlverhalten seitens der Klägerin. Bis auf die im Berufungsverfahren mit den Aktenzeichen L 5 KA 21/13 streitigen Quartale IV/2008 bis I/2010 habe die Beigeladene zu 7 bestandskräftig die Vergütung der von der Klägerin abgerechneten Leistungen versagt. Nach wie vor zeigten die Abrechnungen, dass das von der Klägerin geltend gemachte Honorar ganz überwiegend auf von den Hausärzten nicht vermeidbaren Vergütungspauschalen beruhe. Überdies seien zulasten der Klägerin inzwischen Richtgrößenregresse für die Jahre 2007 bis 2012 in Höhe von insgesamt 433.538,45 Euro aufgelaufen. Da sich die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach [§ 106 Abs. 5c SGB V](#) automatisch um die Richtgrößenregresse verringere, habe die Beigeladene zu 7 entsprechende Rückforderungsansprüche gegenüber der Klägerin, die diese Ansprüche jedoch bislang nicht bedient habe. Es sei davon auszugehen, dass diese Forderungen uneinbringlich seien und zulasten des Honorars der Hamburger Vertragsärzte ausgebucht werden müssten. Schon angesichts dessen könne ein Wohlverhalten nicht angenommen werden.

Es habe auch kein Zusammenhang zwischen den Einstellungen der Zahlungen und den Betrugstaten bestanden. Vielmehr habe sich die Klägerin bereits zuvor in einer ausweglosen finanziellen Situation befunden.

Was die Praxisverlegung im Jahr 2008 angehe, so habe die Klägerin diese erstmals mit Fax vom 8. Juli 2008 mitgeteilt und mit Schreiben vom 25. August 2008 weiter ausgeführt, sie habe die Praxis in der P. zum 31. März 2008 aus finanziellen Gründen aufgegeben. Die Beigeladene zu 7 hat ein Schreiben der Hausverwaltung K. vom 2. September 2008 vorgelegt, wonach die Klägerin bis zum 31. März 2008 "Mieterin in P." gewesen sei. Die Klägerin habe auch die Verlegung ihrer Praxis vom M. in den H. ohne Genehmigung des Zulassungsausschusses vorgenommen und somit in der Zeit vom 13. Januar 2012 bis zum 8. März 2012 nicht über einen genehmigten Praxisstz verfügt. Auch dies spreche dafür, dass sie nicht gewillt sei, vertragsärztliche Pflichten zu erfüllen.

Die ärztliche Tätigkeit der Klägerin weiche stark vom üblichen Bild hausärztlicher Versorgung ab. Die durchschnittliche Fallzahl habe in den Quartalen von I/2011 bis IV/2014 bei 245 Fällen gelegen. Die Klägerin habe überwiegend Einzeldiagnosen gestellt, überwiegend nur eine Behandlung pro Quartal abgerechnet und hierfür zumeist die Versichertenpauschale in Rechnung gestellt. Früherkennungsleistungen habe sie überhaupt nicht abgerechnet, obwohl diese zu den kontinuierlichen Verpflichtungen des Hausarztes gehörten. Im Quartal III/2008 habe sie insgesamt 347 Leistungen nach GOP 30710 ("Infusion von nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika unter systematischer Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration"). Hier sei von einer kontinuierlichen Falschabrechnung auszugehen. Im Quartal IV/2008 habe die Klägerin bei 315 Fällen lediglich fünf Besuchsleistungen, zwei Krankheitsberichte und eine Patientenanleitung zur TENS-Anwendung abgerechnet.

Der Senat hat am 7. Oktober 2015 über die Berufung mündlich verhandelt und den Zeugen N. vernommen. Auf das Sitzungsprotokoll wird verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte, der beigezogenen Prozessakte des Verfahrens mit dem Aktenzeichen L 2 B 414/08 ER KA, eines Auszugs aus der Akte des Landgerichts Hamburg mit dem Aktenzeichen 709 Ns 110/10 und der beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Beschluss des Beklagten ist rechtmäßig im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#).

I.) Die Zulassung der Klägerin zur vertragsärztlichen Versorgung hatte nicht bereits infolge der Aufgabe des Praxisstandorts P. kraft Gesetzes geendet (zur Umdeutbarkeit einer Zulassungsentziehung in die deklaratorische Feststellung des Endes der Zulassung Hessisches LSG, Urteil vom 25. April 2012 – [L 4 KA 24/10](#), juris). Gemäß [§ 95 Abs. 7 Satz 1](#) vierte Alternative SGB V endet die Zulassung mit dem

Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die bloße Verlegung der Praxis innerhalb dieses Bezirks lässt, wenn sie mit Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 24 Abs. 7 Ärzte-ZV) erfolgt, die Zulassung unangetastet (BSG, Urteil vom 28. November 2007 – [B 6 KA 26/07 R](#), [BSGE 99, 218](#), = juris, Rn. 17 und 21). Geschieht diese Verlegung ohne die erforderliche Genehmigung, so ändert dies nichts daran, dass der Arzt den Bezirk im Sinne von [§ 95 Abs. 7 Satz 1](#) vierte Alternative SGB V nicht verlassen hat. Sie macht eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit unzulässig, lässt die Wirkung der Zulassung jedoch nicht kraft Gesetzes enden. Was genau unter diesem Bezirk zu verstehen ist, ist umstritten. Der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts lässt sich entnehmen, dass es sich hierbei um den Planungsbereich im Sinne des Bedarfsplanungsrechts (vgl. [§ 99 SGB V](#) und § 12 Ärzte-ZV) handeln soll (BSG, Urteil vom 28. November 2007 – [B 6 KA 26/07 R](#), [BSGE 99, 218](#), = juris, Rn. 17; Krauskopf/Clemens in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 29 Rn. 121), während andere (insbesondere Pawlita in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 95 Rn. 663) ihn unter Berufung auf [§ 96 Abs. 1 SGB V](#) und § 11 Ärzte-ZV mit dem Zuständigkeitsbereich des Zulassungsausschusses gleichsetzen. Nach einer engeren Auslegung handelt es sich bei dem Bezirk um die konkrete Praxisanschrift (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 9. Dezember 2009 – [L 3 KA 117/08](#), juris, Rn. 39). Im vorliegenden Fall kann offenbleiben, ob Bezirk im Sinne von [§ 95 Abs. 7 Satz 1](#) vierte Alternative SGB V nur der Planungsbezirk oder auch der Zuständigkeitsbereich des Zulassungsausschusses ist, denn beides führt im vorliegenden Fall zu dem Ergebnis, dass die Klägerin – die mit der Verlegung der Praxis den Planungsbezirk Wandsbek nicht verlassen hatte – nicht aus dem Bezirk ihres Kassenarztsitzes weggezogen war. Die noch engere, auf den Praxissitz abstellende, Auffassung findet im Gesetzestext keine Stütze und steht im Übrigen auch im Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach die Tätigkeit ohne bzw. vor Genehmigung der Sitzverlegung "nur" einen Entziehungsgrund darstellen kann (BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 35/08 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 15).

II.) Das Sozialgericht hat jedoch zutreffend jedenfalls die Entziehungsgründe des Wegfalls der Zulassungsvoraussetzungen und der gröblichen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten bejaht, von denen jeder für sich die angefochtene Entscheidung trägt. Auch die im vorliegenden Fall kraft richterrechtlichen Übergangsrechts anzustellende Wohlverhaltensprüfung fällt nicht zugunsten der Klägerin aus.

1.) Gemäß [§ 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) ist die Zulassung zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Sind die Voraussetzungen der Vorschrift gegeben, so hat der Zulassungsausschuss nach § 27 Satz 1 Ärzte-ZV von Amts wegen über die vollständige oder hälftige Entziehung der Zulassung zu beschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen können gemäß § 27 Satz 2 Ärzte-ZV die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuss unter Angabe der Gründe beantragen.

2.) Bei der Prüfung von Entziehungsgründen nach [§ 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) hat das Sozialgericht zutreffend auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung – ergänzt um eine Wohlverhaltensprüfung – (zu alledem BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 24 = juris, Rn. 54 f.) abgestellt. Hierbei hat es seiner rechtlichen Überprüfung des angefochtenen Beschlusses zutreffend auch andere tatsächliche und rechtliche Gesichtspunkte als die in diesem Beschluss genannten zugrunde gelegt. Denn da die Zulassungsgremien weder über einen Beurteilungsspielraum verfügen (zur Eignung des Arztes BSG, Urteil vom 19. Dezember 1984 – [6 RKA 34/83](#), juris, Rn. 13) noch ihnen Ermessen eingeräumt ist (BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 26, juris, Rn. 17), nimmt das Gericht eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung vor und vermag die Entziehung einer Zulassung auch mit solchen Aspekten rechtfertigen, auf die sich der Beklagte nicht oder nicht in wesentlicher Hinsicht gestützt hat (vgl. zum umgekehrten Fall des Nachschiebens von Gründen bei gebundenen Entscheidung Bieresborn in Roos/Wahrendorf, SGG, 2014, § 54 Rn. 149). Daher ist bei der gerichtlichen Überprüfung einer angefochtenen Zulassungsentziehung das gesamte Verhalten des betroffenen Arztes zu berücksichtigen, soweit es nur vor der Entscheidung des Berufungsausschusses stattfand und zugleich nicht mehr als fünf Jahre zurücklag. Dies gilt auch für Sachverhalte, die in der Entscheidung des Berufungsausschusses nicht verwertet wurden (hierzu und zum Vorangehenden BSG, Urteil vom 19. Juli 2006 – [B 6 KA 1/06 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 12 = juris, Rn. 14).

3.) Im Fall der Klägerin waren jedenfalls die Entziehungsgründe des Wegfalls einer Zulassungsvoraussetzung sowie einer gröblichen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten erfüllt.

a) Die Zulassungsvoraussetzung der Eignung (§ 21 Ärzte-ZV) war angesichts der Begehung von Straftaten entfallen und ist auch bis zum Erlass des angefochtenen Beschlusses nicht wieder eingetreten.

Die Klägerin hat nicht nur jene fünf Betrugstaten begangen, die das Amtsgericht Wuppertal mit Strafbefehl vom 15. Januar 2010 geahndet hat (Datum der letzten Tatbegehung: 9. Mai 2008), sondern sie hat die Geschädigte J., eine Heilpraktikerin, die im Sommer 2007 einen Behandlungsraum in den damaligen Praxisräumen der Klägerin gemietet hatte, im August 2007 um einen Betrag von 11.000 Euro betrogen und ist hierfür durch Urteil des Amtsgerichts Hamburg-Barmbek vom 23. Juli 2010 zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Sämtliche Taten lagen vor dem Erlass des angefochtenen Beschlusses. Dass die Verurteilung durch das Amtsgericht Hamburg-Barmbek erst später erfolgte, ist insoweit ohne Belang.

Das Vorliegen eines Entziehungsgrundes kann aus rechts- beziehungsweise bestandskräftigen Entscheidungen anderer Gerichte oder Behörden abgeleitet werden (BSG, Beschluss vom 5. Mai 2010 – [B 6 KA 32/09 B](#), juris). Ob der Grundsatz, wonach jemand, der wegen eines Verbrechens rechtskräftig verurteilt wurde, die dieser Verurteilung zugrunde liegenden Feststellungen im Zulassungsentziehungsverfahren gegen sich gelten lassen muss (BSG, a.a.O.), auch auf Verurteilungen wegen Vergehen übertragbar ist, kann dahinstehen, denn die Klägerin hat die Feststellungen des Amtsgerichts Hamburg-Barmbek nicht angegriffen, sondern lediglich ergänzend zu ihrer Motivationslage vorgetragen.

Mangelnde Eignung kann sich auch in der Begehung von Vermögensdelikten manifestieren (Pawlita in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 95 Rn. 376). Ein Arzt, der den gebotenen Respekt vor fremdem Vermögen und Eigentum vermissen lässt und dies sogar in der Begehung von Eigentums- und Vermögensstraftaten zum Ausdruck gebracht hat, rechtfertigt nicht das Vertrauen, dass er die Vermögensinteressen der am System der vertragszahnärztlichen Versorgung Beteiligten achten und nicht schädigen wird (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 8. Oktober 2003 – [L 11 KA 165/02](#), juris, Rn. 33). Die Funktionsfähigkeit des Systems der vertragsärztlichen Versorgung setzt voraus, dass die beteiligten Ärzte, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage gegenseitigen Vertrauens trotz gegenläufiger Interessen zusammenwirken. Damit bieten alle Umstände, die dieses Vertrauen zerstören, Anlass, die Eignung zur Ausübung der Kassenpraxis ausschließen, unter ihnen der mangelnde Respekt vor fremden Vermögensinteressen (LSG

Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 08. Oktober 2003 – [L 11 KA 165/02](#), juris, Rn. 35). Auf einen engeren Bezug zur vertragsärztlichen Tätigkeit als solcher kommt es – wie auch bei der Frage nach einer gröblichen Pflichtverletzung (dazu BSG, Beschluss vom 31. März 2006 – [B 6 KA 69/05 B](#), juris, Rn. 8 m.w.N.) – nicht an, zumal die Klägerin jedenfalls den Betrug zum Nachteil der Geschädigten J. im Zusammenhang mit der Anmietung eines Behandlungsraums und somit in einem zumindest weiteren Zusammenhang zu ihrer Berufsausübung begangen hat. Da weiterhin auf den Respekt vor fremden Vermögen als charakterlichem Kriterium und nicht auf die Schwere der Tat, deren Folgen etc. abzustellen ist, spricht es nicht zugunsten der Klägerin, dass die Beträge, um die sie andere geschädigt hat, möglicherweise geringer waren als in anderen Fällen des Betrugs durch Ärzte (vgl. etwa LSG Nordrhein-Westfalen, a.a.O.). Im Übrigen handelt es sich bei der Summe von 11.000 Euro, um die die Klägerin die Geschädigte J. betrogen hatte, auch nicht um einen Bagatelldelikt.

Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren ausgeführt hat, sie habe sich bei Begehung der Taten in einer finanziellen Notlage befunden, die durch Verluste aus dem Kauf so genannter Schrottimmobilien und dem Fehlen einer entsprechenden Altersversorgung herbeigeführt worden sei, macht sie deutlich, dass ihr bis heute die gebotene Einsicht in ihr Verhalten fehlt. Es versteht sich von selbst, dass der Vertragsarzt den Respekt vor fremdem Vermögen auch in einer möglicherweise prekären Lage nicht verlieren darf. Das Vorbringen der Klägerin ist daher auch nicht geeignet, ihr Verhalten in einem günstigeren Licht erscheinen zu lassen.

Soweit die Klägerin überdies darauf abhebt, sie sei unter anderem durch unberechtigte Zahlungsverweigerungen seitens der Beigeladenen zu 7 so weit gebracht worden, dass sie zu illegalen Mitteln gegriffen habe, ist bereits kein solcher ursächlicher Zusammenhang zu den Straftaten erkennbar. Den Betrug zulasten der Geschädigten J. beging die Klägerin im August 2007, die letzte der Straftaten, die Grundlage der Entscheidung des Amtsgerichts Wuppertal waren, im Mai 2008. In diesem Zeitraum leistete die Beigeladene zu 7 – wie sich ihren Angaben im Strafverfahren entnehmen lässt – noch Vergütung in Form von monatsbezogenen Abschlagszahlungen sowie quartalsbezogenen Restzahlungen. Wenn die Klägerin nunmehr versucht, der Beigeladenen zu 7 eine – rechtlich wie auch immer zu qualifizierende – Mitverantwortung für die von ihr begangenen Straftaten anzulasten, spricht dies erst recht dafür, dass der Beigeladenen zu 7 wie auch den übrigen Beteiligten an der vertragsärztlichen Versorgung eine weitere Zusammenarbeit mit der Klägerin nicht mehr zumutbar ist.

b) Es lag weiterhin eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten vor. aa) Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes ohne beziehungsweise vor der Genehmigung der Sitzverlegung (§ 24 Abs. 7 Ärzte-ZV) stellt eine Pflichtverletzung von erheblichem Gewicht dar, die zur Zulassungsentziehung gemäß [§ 95 Abs 6 Satz 1 SGB V](#) führt, wenn sie nicht glaubhaft abgestellt wird und deshalb der Schluss gerechtfertigt ist, dass die betroffenen Ärzte nicht bereit sind, sich auch dann an die rechtlichen Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung zu halten, wenn sie diese als lästig empfinden (BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 35/08 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 15). Im vorliegenden Fall lag ein gravierender Verstoß gegen die sich aus § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV ergebende Pflicht vor, der – obwohl später abgestellt – den Schluss zulässt, dass die Klägerin nicht gewillt ist, sich dauerhaft an die rechtlichen Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung zu halten.

bb) Die Klägerin hat gegen die sich aus § 24 Absätze 1, 2, 3 und 7 Ärzte-ZV ergebende Pflicht, am Vertragsarztsitz Sprechstunde zu halten, vertragsärztliche Tätigkeiten nicht außerhalb des Vertragsarztsitzes zu erbringen und den Vertragsarztsitz nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses zu verlegen, verstoßen, indem sie die Praxis an dem Ort der Niederlassung, für den sie gemäß § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV zugelassen war – die Anschrift P. – zum 1. April 2008 aufgegeben und erst im Juli 2008 (sinngemäß) die Genehmigung einer solchen Verlegung des Vertragsarztsitzes beantragt hat.

Dass die Klägerin in der Zeit vom 1. April 2008 bis zum 16. Juli 2008 nicht an dem Ort der Niederlassung, für den sie – überdies erst zum 1. April 2007 – die erforderliche Genehmigung erhalten hatte, Sprechstunde gehalten hat, ergibt sich zunächst aus ihrem eigenen Vorbringen in früheren Stadien des vorliegenden Verfahrens, aus ihren letzten Angaben in der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat sowie aus denjenigen der anderen Verfahren, in denen dieser Umstand ebenfalls von Bedeutung war. Das eigene Vorbringen der Klägerin stellt sich chronologisch betrachtet wie folgt dar: - Am 8. Juli 2008 teilte sie der Beigeladenen zu 7 durch ein undatiertes Schreiben mit, sie sei am 1. Juli 2008 von P. in den M., 22399 Hamburg "umgezogen" und bat darum, den Eingang des Schreibens zu bestätigen (nur der von der Beigeladenen zu 7 veranlassten Weiterleitung an den Zulassungsausschuss hat die Klägerin es zu verdanken, dass es überhaupt zu einer Genehmigung mit Wirkung zu 17. Juli 2008 kam). - Mit Schriftsatz vom 9. September 2008 äußerte der damalige Verfahrensbevollmächtigte der Klägerin gegenüber der Beigeladenen zu 7, die Praxisverlegung habe jedenfalls noch nicht im Quartal I/2008 stattgefunden. - Zur Begründung ihres am 11. September 2008 beim Sozialgericht gestellten Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Az. S 27 KA 135/08 ER) auf Zahlung des restlichen Honorars für das Quartal I/2008 sowie der Vorauszahlungen für die Monate Juli und August 2008 führte die Klägerin aus, sie habe die Praxis in P. noch "mindestens bis 31. März 2008" fortgeführt. - In der Begründung der gegen diesen Beschluss eingelegten Beschwerde führte die Klägerin aus, soweit das Sozialgericht darauf abhebe, dass sie, die Klägerin, ihre Tätigkeit seit dem 1. April 2008 nicht mehr in ihrer alten Praxis ausgeübt habe, sei dies unerheblich, denn sie habe dies auch gegenüber der Beklagten nicht bestritten. Es sei klarzustellen, dass Zahlungen für das Quartal II/2008 erst ab dem 17. Juli 2008 verlangt würden. Die angebliche Falschabrechnung resultiere nur daraus, dass sie im April 2008 ihre Praxis in eine Nachbarstraße verlegt habe. - In der Sitzung des Zulassungsausschusses am 28. Januar 2009, erklärte die Klägerin, sie habe ihre Praxis "im März 2007" von P. in den M. verlegt, da die Miete in den alten Räumlichkeiten zu hoch gewesen sei. - Im Berufungsverfahren mit dem Aktenzeichen L 5 KA 21/13 (betreffend die Vergütung im Zeitraum vom 1. April 2008 bis zum 16. Juli 2008) hat die Klägerin (mit Schriftsatz vom 12. August 2015) ausgeführt, sie habe ihre Praxis in der P. bis zum 30. Juni 2008 weitergeführt. "Etwas gegenteilige Einlassungen" seien "unzutreffend oder zumindest missverständlich". - Schließlich hat sie im vorliegenden Verfahren in der mündlichen Verhandlung eingeräumt, dass sich ihre Praxis ab April 2008 im M. befunden habe.

Diese letzte Aussage wird im Übrigen durch eine Reihe anderer Indizien gestützt: - Am 14. März 2008 schlossen die Klägerin und Frau N. einen Mietvertrag über die Räumlichkeiten im Obergeschoss des Anwesens M. zum Zweck des Betriebes einer Arztpraxis. Als Beginn des Mietverhältnisses wurde der 1. April 2008 bestimmt. - Am 7. Mai 2008 schlossen die Klägerin, firmierend unter der Praxisanschrift M., und Frau W. einen Arbeitsvertrag mit Wirkung zum 1. Mai 2008. - Am 26. Juni 2008 schlossen die Klägerin, firmierend unter der Praxisanschrift M., und Frau P. einen Ausbildungsvertrag mit Wirkung zum 1. Juli 2008. - Mit Schreiben vom 2. September 2008 bestätigte die Hausverwaltung des Anwesens P., die Klägerin sei dort bis zum 31. März 2008 Mieterin gewesen.

Der auf Antrag der Klägerin als Zeuge vernommene Herr N. hat in der mündlichen Verhandlung nichts ausgesagt, was für eine Verlegung

der Praxis erst zum 1. Juli 2008 spricht. Nach seiner Aussage hatte er – nachdem er zuvor bereits von 1992 bis 1999 bei der Klägerin beschäftigt gewesen war – seine Arbeit in der Praxis der Klägerin erst im Herbst 2008 wieder aufgenommen. Nähere Angaben zu der vorher stattgefundenen Verlegung der Praxis von P. in den M. konnte er nicht machen.

Von einer Vernehmung der angebotenen Zeugin M. hat der Senat abgesehen, nachdem die Beigeladene zu 7 das Schreiben der Hausverwaltung K. vom 2. September 2008 vorgelegt, wonach die Klägerin bis zum 31. März 2008 "Mieterin in P." gewesen sei.

Auch der Vortrag der Klägerin, sie sei unter der Anschrift P. in das Ärztereister eingetragen gewesen, liegt neben der Sache. Abgesehen von der ohnehin nur eingeschränkten Bindungswirkung des Arztregisters (dazu BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 35/08 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 15: Nachweis der Approbation und des Abschlusses der für die Eintragung erforderlichen Weiterbildung), bedarf es keiner näheren Darlegungen, dass die Eintragung dort als solche nicht zum Beweis des Vertragsarztsitzes genügt. Dies gilt umso mehr, als die Klägerin ihren "Umzug" überhaupt erst im Juli 2008 mitgeteilt hatte.

Die durch Beschluss des Zulassungsausschusses vom 16. Juli 2008 erfolgte Genehmigung entfaltete – anders als der Wortlaut von § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV, der nicht von Zustimmung, sondern von Genehmigung spricht, suggerieren mag – keine Wirkung für die Vergangenheit; der Terminus "Genehmigung" ist nicht im zivilrechtlichen Sinne zu verstehen (allgemein zum Ganzen BSG, Urteil vom 31. Mai 2006 – [B 6 KA 7/05 R](#), [SozR 4-5520 § 24 Nr. 2](#)).

cc) Diese Pflichtverletzung ist als gröblich im Sinne von [§ 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) anzusehen. Eine gröbliche Pflichtverletzung liegt vor, wenn die Verletzung ein Ausmaß erreicht, dass das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung des Versicherten und/oder in die Richtigkeit der Leistungsabrechnung so stark zerstört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit nicht mehr zugemutet werden kann (BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), [BSGE 110, 269](#); BSG, Urteil vom 24. November 1993 – [6 RKa 70/91](#), [BSGE 73, 234](#), zur Vereinbarkeit dieser Auslegung mit Verfassungsrecht BVerfG, Beschluss vom 28. März 1985 – [1 BvR 1245/84](#), [1 BvR 1254/84](#), [BVerfGE 69, 233](#)). Ein Verschulden des Leistungserbringers hinsichtlich der Vertrauenszerstörung ist nicht Voraussetzung der Zulassungsentziehung (BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), [BSGE 110, 269](#) m.w.N.).

Die nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV erforderliche Genehmigung hat – schon um der Präsenzpflcht aus § 24 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV zu wirksamer Durchsetzung zu verhelfen – der tatsächlichen Ortsveränderung vorauszugehen (Schallen, Ärzte-ZV, 8. Aufl., 2012, § 24 Rn. 50; vgl. auch BSG, Urteil vom 31. Mai 2006 – [B 6 KA 7/05 R](#), [SozR 4-5520 § 24 Nr. 2](#)). Eine Frist hierfür gibt es naturgemäß (angesichts einer fehlenden Fiktionsmöglichkeit) nicht. Jedenfalls verstößt ein Vertragsarzt, der ohne Genehmigung des Zulassungsausschusses seine Praxis verlegt und nachträglich lediglich Mitteilung an die nicht für die Genehmigung zuständige Kassenärztliche Vereinigung macht, in hohem Maße gegen § 24 Ärzte-ZV. Dies würde im vorliegenden Fall selbst dann gelten, wenn die Klägerin ihre Praxis tatsächlich erst zum 1. Juli 2008 verlegt haben sollte. Hierbei fällt auch ins Gewicht, dass die Klägerin zum damaligen Zeitpunkt seit mehr als 15 Jahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war und ihre letzte Praxisverlegung auch erst ungefähr ein Jahr zurücklag. Dass die Klägerin ihr Verhalten zuletzt – in der Berufungsbegründung im Verfahren L 5 KA 21/13 – ausdrücklich als Bagatelle bezeichnet hat, lässt auf eine grundlegende Missachtung gegenüber zentralen rechtlichen Anforderungen an ihre Tätigkeit schließen. Es rechtfertigt den Rückschluss auf die fehlende Bereitschaft, sich auch an die als lästig empfundenen rechtlichen Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung zu halten, und vermag somit eine Entziehung der Zulassung zu begründen, obwohl auch dieses Verhalten naturgemäß nicht bis in die Gegenwart andauert.

Auch die Umstände der späteren Verlegung der Praxis von der Anschrift M. in den H.5 ließen keine Besserung erkennen. Ausweislich der Darlegungen der Beigeladenen zu 7, denen die Klägerin nicht entgegengetreten ist, war Post der Beigeladenen zu 7 an die Klägerin im Zeitraum Februar/März 2012 als unzustellbar zurückgekommen. Am 7. März 2012 stellte sich heraus, dass die Praxisschilder entfernt waren und der Briefkasten den Vermerk trug, wonach sich die Postanschrift geändert habe und Post für die Klägerin in einer nahegelegenen Bäckerei hinterlegt werden solle. Laut Aussage einer Mitarbeiterin der Bäckerei sei die Klägerin bereits seit etwa sechs Wochen nicht mehr an dieser Anschrift tätig gewesen. Wenn die Klägerin nunmehr am selben Tag dieses Hausbesuches einen Antrag nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV gestellt hat, so zeigt auch dieses Verhalten, dass sie grundlegenden vertragsärztlichen Pflichten selbst angesichts der laufenden Klageverfahren nicht in hinreichender Weise nachgekommen ist.

c) Die im vorliegenden Fall vorzunehmende Wohlverhaltensprüfung (allgemein dazu BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – [B 6 KA 49/11 R](#), SozR 4-2500 § 95 Nr. 26) führt zu keinem günstigeren Ergebnis. Aus letztlich denselben Gründen erscheint die Zulassungsentziehung auch nicht als unverhältnismäßig im weiteren Sinne (zur Prüfung der Verhältnismäßigkeit BSG, Beschluss vom 11. Februar 2015 – [B 6 KA 37/14 B](#), juris, Rn. 17; BSG, Urteil vom 21. März 2012 – [B 6 KA 22/11 R](#), [BSGE 110, 269](#) = juris, Rn. 61). Die Klägerin hat sich ausweislich ihrer Berufungsbegründung bis zuletzt uneinsichtig im Hinblick auf ihre Verstöße gegen strafrechtliche und vertragsärztliche Vorschriften gezeigt und hierbei sogar versucht, der Beigeladenen zu 7 eine Mitverantwortlichkeit anzulasten. Im Übrigen wird auch keine der beiden gröblichen Pflichtverletzungen durch reinen Zeitablauf relativiert (vgl. BSG, Beschluss vom 2. April 2014 – [B 6 KA 58/13 B](#), juris). Die Klägerin hat weiterhin – wovon angesichts bestandskräftiger Beschlüsse des Beschwerdeausschusses ausgegangen werden muss – Regresse in Höhe von deutlich über 400.000 Euro verwirklicht, die angesichts ihrer (von ihr selbst geschilderten) kritischen finanziellen Situation mit erheblicher Wahrscheinlichkeit uneinbringlich sein werden. Angesichts all dessen erscheint eine Zulassungsentziehung im Sinne des überragend wichtigen Gemeingutes der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten geboten. Die Feststellungen im Beschluss des Hamburgischen Berufungsgerichts für die Heilberufe vom 13. Juli 2012 (Aktenzeichen 47 H 4/11) runden dieses Bild ab.

IV.) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) und 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und [§ 162 Abs. 3 VwGO](#). Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-11-04