
S 42 KA 957/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 42 KA 957/97
Datum	20.07.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 141/99
Datum	19.09.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Juli 1999 wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer von der Beklagten gegenüber dem Kläger verhängten Disziplinarmaßnahme (Geldbuße in Höhe von 20.000,00 DM) wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten.

Der Kläger war im streitigen Zeitraum 1994 als Frauenarzt in München zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. An seinem Vertragsarztsitz, W.straße in München, war er zu dieser Zeit zusammen mit der Ärztin G. H. (H.) in Praxisgemeinschaft tätig. Personal- und Praxisausstattung wurden gemeinschaftlich genutzt. Zugleich betrieb der Kläger eine Apparate-Laborgemeinschaft mit der Ärztin für Allgemeinmedizin, Dr. G. (G.), die mit dem Vertragsarztsitz, B. Straße in München, zugelassen ist. Zusammen mit Dr. G. beschäftigte er eine gemeinsame Laborkraft.

Am 1. August 1995 stellte der Vorsitzende der KV-Bezirksstelle MÃ¼nchen Stadt und Land beim Vorsitzenden des Disziplinausschusses einen Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens wegen mehrerer VerstÃ¶Ãe des KIÃger gegen vertragsÃrztliche Pflichten in den Quartalen 2 bis 4/94. Der KIÃger habe bei seiner manuellen Abrechnung in den Quartalen 2 bis 4/94 Abrechnungsscheine zur Abrechnung vorgelegt, die weder ein Einlesedatum noch die Unterschrift der Patienten aufgewiesen hÃtten. Er habe auch gegen seine vertragsÃrztlichen Pflichten in Zusammenhang mit Ãberweisungen, die er an die Ãrztin H. vorgenommen habe, verstoÃen; er habe bei erhaltenen AuftragsÃberweisungen (ZielauftrÃge) die AuftrÃge unzulÃssig erweitert und er habe bei denselben Patienten dieselben Laborleistungen am gleichen Tag wie die Ãrztin G. abgerechnet, wobei die AuftrÃge hierzu von der Ãrztin H. erteilt worden seien. Auch seien durch den KIÃger auf dessen eigenen Abrechnungsscheinen wie auch auf den von der Ãrztin H. kommenden Ãberweisungsscheinen bei "Zielauftrag" bzw. "Mit-/Weiterbehandlung" dieselben Leistungen am selben Behandlungstag und bei denselben Patienten zur Verrechnung gekommen. Zudem seien fÃ¼r den Versand von Untersuchungsmaterial innerhalb der Apparate- bzw. Laborgemeinschaft Kostenpauschalen abgerechnet worden. Hinsichtlich der TatvorwÃrfe wurden jeweils BeispielsfÃlle benannt und auf die vorgelegte Anlage Bezug genommen. In der Anlage wurden Kopien der Abrechnungsausweise vorgelegt.

Auch gegen die Ãrztinnen H. und G. war ein Disziplinarverfahren beantragt worden.

Der KIÃger und sein ProzessbevollmÃchtigter nahmen in SchriftsÃtzen vom 29. September 1995, 10. November 1995 und 28. Mai 1996 ausfÃ¼hrlich Stellung zu den VorwÃrfen der KV und vertraten die Auffassung, der KIÃger habe rein fachlich keine VerstÃ¶Ãe gegen vertragsÃrztliche Pflichten begangen und habe richtig abgerechnet. Es bestÃnden vielmehr in vielen Punkten unterschiedliche Rechtsauffassungen, die ggf. im Rechtsweg geklÃrt werden mÃ¼ssten.

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung des Disziplinausschusses am 8. April 1997 wurden die Disziplinarverfahren gegen den KIÃger sowie gegen die Ãrztinnen H. und G. in Anwesenheit des Beratungsarztes Dr.L. gemeinsam verhandelt.

Mit Disziplinarbescheid vom 17. Juni 1997 wurde dem KIÃger eine GeldbuÃe in HÃ¶he von 20.000,00 DM auferlegt. Zur BegrÃ¼ndung wurde ausgefÃ¼hrt, auch wenn man die dem KIÃger vorgeworfenen Verfehlungen im Zusammenhang mit der Verwendung der Krankenversicherungskarte und der Abrechnung von PortoversandgebÃ¼hren auÃer Acht lasse, verblieben im Bereich Doppelabrechnung von Laborleistungen, Ãberweisungsverhalten und Auftragserweiterung nachweisbare Verletzungen der vertragsÃrztlichen Pflichten, die sich nach Art und AusmaÃ als schwerwiegend darstellten. Die Ãrztin H. habe vornehmlich als Zielauftrag gekennzeichnete "Blanko-Ãberweisungsscheine" ausgestellt, die den KIÃger nicht berechtigt hÃtten, darauf Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Auf den meisten Scheinen sei keine Auftragsdefinition angegeben. Damit sei das Gebot des Â§ 21 Abs.7 Nr.1 Bundesmantelvertrag-Ãrzte

(BMV-Ä) in der Fassung vom 1. Januar 1994 missachtet. Soweit der Auftrag "Urotube" gelautet habe, seien nicht nur die Nrn. 3885 und 3886 BMÄ/E-GO abgerechnet worden, sondern weitere Leistungen, was eine unzulässige Auftragerweiterung darstelle. Es seien Zielaufträge der Ärztin H. an Labor mit Auftrag "Urotube" bzw. "Rachenabstrich" bei demselben Patienten an demselben Tag vom KIÄger und Dr. G. ausgeführt worden, wobei die Nummerneintragungen dieselbe Handschrift aufwiesen. Es seien dieselben Leistungen am selben Behandlungstag bei demselben Patienten sowohl auf eigenen Abrechnungsscheinen als auch auf den von der Ärztin H. zugewiesenen Zielauftrag vom KIÄger abgerechnet worden. Auch verstoße das Überweisungsverhalten des KIÄgers, nämlich die Weiterüberweisung von Patienten, deren Behandlung der KIÄger aufgrund einer Überweisung eines Allgemein-/praktischen Arztes durchgeführt habe, an die Ärztin H. zur Mit-/Weiterbehandlung gegen Gesetz und Vertragsrecht. Zusammenfassend stellte der Disziplinausschuss fest, der KIÄger habe jedenfalls in den Bereichen Doppelabrechnungen von Laborleistungen, Überweisungsverhalten und Auftragerweiterung seine vertragsärztlichen Pflichten vorwerfbar nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt. Sein Verhalten habe gezeigt, dass er sich bewusst oder gezielt über gesetzliche und vertragsärztliche Vorschriften hinwegsetze, um vermehrt unberechtigt Leistungen abrechnen zu können. Es handle sich nicht etwa um Nachlässigkeit, sondern um gezieltes Vorgehen. Die Verantwortung werde teilweise der KVB unberechtigterweise zugeschoben, wenn der KIÄger argumentiere, dass die KVB ggf. sachlich-/rechnerische Richtigstellungen hätte vornehmen müssen. Unrechtshandlungen würden aber dadurch nicht rechtmäßig, dass sie nicht erkannt oder nicht rechtzeitig beanstandet oder korrigiert würden. Es könne den KIÄger auch nicht entlasten, dass in Teilbereichen, wie bei den Weiterüberweisungen und Abrechnung gynäkologischer Leistungen bei Zielaufträgen "Labor" je Quartal prozentual relativ wenig Fälle zu beanstanden seien. Zum einen seien in den übrigen Bereichen die Beanstandungen zahlreich, zum anderen sei disziplinarrechtlich das Gesamtverhalten zu würdigen. Dies zeige, dass er unter Ausnutzung der Praxismehrheit und der nach Überzeugung des Ausschusses tatsächlich bestehenden Apparategemeinschaft auf vielfältige Weise versucht habe, unberechtigt Leistungen abrechnen zu können. Im Bereich Laborabrechnung sei es z.B. signifikant, dass der KIÄger durch seine Hilfestellungen bei der Ausfüllung der Laborscheine der Ärztin H. und der Ärztin Dr. G. sowie bei Überstempelungen der Laborscheine (Verteilung der Scheine zwischen ihm und Dr. G.) manipulierend auf die Abrechnung Einfluss genommen habe. Sein Bevollmächtigter habe selbst eingeräumt, dass er und Dr. G., nachdem sie sich die Laborkosten teilten, auch die Zielaufträge geteilt hätten, d.h. die Scheine seien am Quartalsende "zugeordnet" und entsprechend überstempelt (abgesehen von den versehentlichen Überstempelungen durch die Halbtagskraft). Eine solche "Aufteilung" der Aufträge wäre aber nur bei einem Gemeinschaftslabor möglich gewesen.

Gegen die Grundpflichten des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes habe der KIÄger in so gravierender Weise verstoßen, dass gemäß § 5 der Satzung als Ahndung das Ruhen der Zulassung in Betracht gekommen wäre. Eine gravierende Pflichtverletzung könne je nach Lage des

Falles nach [Â§ 95 Abs.6 SGB V](#) zum Entzug der Zulassung fÃ¼hren, der jedoch wegen des schwerwiegenden Eingriffes in das Grundrecht der Berufsfreiheit nur unter BerÃ¼cksichtigung des VerhÃ¼ltnismÃ¤Ãigkeitsgrundsatzes ausgesprochen werden dÃ¼rfen, wenn die Entziehung das einzige Mittel zur Sicherung und zum Schutz der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung sei.

Man habe von der Anordnung des Ruhens der Zulassung abgesehen, weil es sich um die erste DisziplinarmaÃnahme gegen den KIÃ¤rger handle, und der KIÃ¤rger versprochen habe, die zugegebenen Fehler abzustellen und die Praxisgemeinschaft mit der Ãrztin H. mitt- festgestellten schwerwiegenden und insgesamt zahlreichen VerstÃ¶Ãen als Ahndung nur eine GeldbuÃe in der hÃ¶chstmÃ¶glichen HÃ¶he als noch angemessen in Betracht kommen kÃ¶nnen.

Dieser Bescheid wurde den ProzessbevollmÃ¤chtigten des KIÃ¤rgers am 25. Juni 1997 zugestellt. Die dagegen erhobene Klage ging am 27. Juni 1997 beim Sozialgericht MÃ¼nchen ein. Zur BegrÃ¼ndung der Klage verwies der ProzessbevollmÃ¤chtigte des KIÃ¤rgers zunÃ¤chst darauf, dass die gegen den KIÃ¤rger erhobenen VorwÃ¤rfe hinsichtlich des Einlesens der Krankenversicherungskarten und des Vorwurfes wegen der Abrechnung der Portokosten vom Vertreter der KV in der Sitzung des Disziplinarausschusses nicht mehr aufrechterhalten wÃ¼rden und deshalb auch nicht mehr Gegenstand des Disziplinarverfahrens seien. In dem Disziplinarbescheid werde nicht auf konkrete VerstÃ¶Ãe des KIÃ¤rgers gegen seine vertragsÃ¤rztlichen Pflichten eingegangen, vielmehr sei dieser von unbelegten Behauptungen, pauschalen VorwÃ¤rfen und Unterstellungen, die sogar Ã¼ber die VorwÃ¤rfe im Antragschriftsatz der KV hinausgingen, gekennzeichnet. Entscheidend sei jedoch, ob die VorwÃ¤rfe: â des rechtswidrigen Ãberweisungsverhaltens â der unzulÃ¤ssigen Auftragserweiterung â der "Doppelabrechnung von Laborleistungen" gerechtfertigt seien oder nicht. In der dem Disziplinarausschuss vorgelegten Anlage seien sieben FÃ¤lle des rechtswidrigen Ãberweisungsverhaltens in drei Quartalen aufgefÃ¼hrt. Nach Ansicht des KIÃ¤rgers handle es sich dabei aber nicht um RÃ¼ckÃ¼berweisungen an die Ãrztin H., die Behandlung durch H. sei vielmehr ohne sein Zutun erfolgt und auÃerdem Ã¤rztlich veranlasst gewesen. Der Vorwurf einer RingÃ¼berweisung sei im Hinblick auf insgesamt 1.500 abgerechneten FÃ¤llen bei sieben FÃ¤llen vÃ¶llig abwegig.

Zur Auftragserweiterung seien insgesamt 187 FÃ¤lle vorgelegt worden, dabei solle es sich um unklare ZielauftrÃ¤ge gehandelt gynÃ¤kologische Leistungen abgerechnet worden seien. Dem KIÃ¤rger werde vorgeworfen, dass er von der Ãrztin H. in groÃem Umfang "ZielauftrÃ¤ge" Labor erhalten habe, bei denen der Auftrag nicht bzw. unklar definiert gewesen sei und die er wegen der unklaren Auftragserteilung nicht hÃ¤tte annehmen dÃ¼rfen. Der Disziplinarausschuss habe unberÃ¼cksichtigt gelassen, dass die Ãrztin H. nicht nur einen Ãberweisungsschein mitgeschickt habe, sondern auch einen so genannten Laborbegleitschein "bakteriologische Untersuchungen" aus denen eindeutig die Art des Ã¼bersandten Materials, die Art und der Umfang des Untersuchungsauftrages sowie zusÃ¤tzliche Informationen zum Patienten hervorgingen. Aber auch ohne diesen Begleitschein seien die AuftrÃ¤ge eindeutig gewesen. Aus Â§ 21 Abs.6 und 7

Bundsmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 13 Abs.7 Nr.1 Ersatzkassenvertrag-Ärzte (EKV-Ä) ergeben sich zwar besondere Verpflichtungen des auftraggebenden ¼berweisenden Arztes, ein Behandlungs- oder Abrechnungsverbot für den auftragsausführenden Arzt könne daraus jedoch nicht abgeleitet werden. Jedenfalls sei aber eine stichpunktartige schriftliche Auftragsdefinition, z.B. "Urotube" oder "Rachenabstrich", für den auftragsausführenden Arzt völlig ausreichend, um zu wissen, welche Maßnahmen bzw. Untersuchungen durchzuführen seien, zumal eine mündliche Definition des auftragserteilenden, zudem in denselben Praxisräumen befindlichen Arztes an den auftragsnehmenden Arztes möglich gewesen sei. Jedenfalls seien nach Auffassung des Klägers die Zielaufträge keineswegs unklar, sondern mit "Urotube" klar definiert. Die Vorwürfe seien deshalb unbegründet. Bei den zwölf Zielaufträgen, die eigentlich zum Gynäkologen hätten erstellt werden müssen, handle es sich um irrtümliche ¼berweisungen, die vom Kläger nach Absprache mit der Ärztin H. nachträglich berichtigt worden seien.

Der Vorwurf der Doppelabrechnung sei nach der Anlage in 38 Fällen erhoben worden. In allenfalls acht Fällen (bei insgesamt 1.500 Fällen) sei es irrtümlich zu Doppelabrechnungen derselben Laborleistungen durch den Kläger und H. gekommen. In allen anderen Fällen sei unterschiedliches Material untersucht worden.

Es könne keine Pflicht des Klägers konstruiert werden, die Abrechnungen der Ärztinnen G. und H. dahingehend zu überprüfen, dass sie nicht seinen Abrechnungen widersprüchlich seien. Auch wenn der Kläger seinen Kolleginnen bei deren Abrechnungen geholfen habe, bestehe diese Pflicht nicht.

Es sei festzustellen, dass der Disziplinausschuss ganz offensichtlich nicht bemerkt gewesen sei, die Richtigkeit der von der KVB erhobenen Vorwürfe unter Berücksichtigung der konkreten Fälle, welche die KVB zum Beleg ihrer Vorwürfe eingereicht habe, einerseits und der Einlassungen des Klägers andererseits zu überprüfen, sachlich und konkret die Einzelfälle zu entscheiden und diese Entscheidungsgrundlagen in seinen Bescheid aufzunehmen, sondern seine Aufgabe offensichtlich darin verstanden habe, gegen den Kläger eine Disziplinarmaßnahme zu verhängen und diese Disziplinarmaßnahme mit pauschalen Begründungen, völlig vagen Fallzahlen und unbewiesenen Vorwürfen zu begründen. Der Kläger sei nach wie vor der Auffassung, dass alle an seinem Abrechnungsverhalten bzw. an seinen Abrechnungsscheinen erhobenen Beanstandungen im Rahmen des Abrechnungsverfahrens zu klären seien, nicht jedoch vor dem Disziplinausschuss. Die KVB habe verschiedene ihrer Vorwürfe der Art nach im Laufe des Disziplinarverfahrens zurückgenommen, von den restlichen blieben aber wenn überhaupt nur eine so geringe Zahl von Fehlern des Klägers, dass sich diese im Promillebereich bewegten und nicht den Schluss auf ein disziplinarrechtlich-relevantes Abrechnungsverhalten des Klägers zuließen.

Mit Urteil vom 20. Juli 1999 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Überzeugung der Kammer stehe fest, dass der Kläger die mit den Ärztinnen G. und H.

eingegangenen Kooperationen in einer erheblichen Anzahl hierfür geeigneter Fälle dazu ausgenutzt habe, um Leistungen, die durch ihn oder durch die Partnerinnen bereits erbracht worden seien, in identischer Weise durch ihn oder eine der Partnerinnen noch einmal zur Abrechnung gelangen zu lassen. Auch wenn man davon ausgehe, dass mehrfach abgerechnete Leistungen auch mehrfach erbracht worden seien, verbleibe eine zweifache Erbringung und Abrechnung der gleichen Leistung, weil die zweite Erbringung nicht notwendig und eindeutig unwirtschaftlich gewesen sei. Der Kläger habe mit der Art und Weise der Zuweisung der Patienten gegen Überweisungspflichten verstoßen, da den Patienten die freie Arztwahl nicht gewährleistet worden sei und Zielaufträge keine eindeutige Definition der Leistungen nach Art und Umfang enthielten, an die der ausführende Vertragsarzt gebunden sei. Der Kläger sei Kopf und Lenker des errichteten Patientenzuweisungs- und Doppelabrechnungssystems gewesen. An dessen Ergebnis sei er zumindestens im Verhältnis zur Ärztin H. aufgrund der Regelungen im Praxisgemeinschaftsvertrag beteiligt gewesen.

Aber auch wenn man aufgrund einer isolierten Betrachtung der einzelnen Komplexe anstelle von Absicht lediglich eine unsorgfältige Art und Weise der Leistungsabrechnung unterstellen würde, hätte der Vertragsarzt gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen. Der Kläger habe dabei für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten bei Delegation von Aufgaben der Abrechnung auf Hilfspersonal ebenso einzustehen wie für eigene Tätigkeit.

Auch die Ermessensentscheidung zur Zumessung der Disziplinarmaßnahme erweise sich als fehlerfrei. Angesichts der Intensivität der Pflichtverletzung und den Grad der Zumessungsschuld wäre nach Auffassung der Kammer auch eine höhere Disziplinarmaßnahme in Gestalt des Ruhens der Zulassung in Betracht gekommen.

Die gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 22. November 1999 zugestellte Urteil eingelegte Berufung ging am 13. Dezember 1999 beim Bayer. Landessozialgericht ein.

Zu ihrer Begründung trägt der Prozessbevollmächtigte des Klägers vor, im sozialgerichtlichen Urteil sei nicht ein einziger Fall der Doppelabrechnung oder eines sonstigen fehlerhaften Verhaltens des Klägers konkret benannt. Aus den KVB-Anlagen zum Disziplinantrag sei jedoch ersichtlich, dass dem Kläger in 751 Fällen Pflichtverletzung vorgeworfen würden. Da in etwa 100 Fällen ein und derselbe beanstandete Verhalten unter zwei Pflichtverletzungen abgehandelt werde, könne nur noch von etwa 650 Fällen geredet werden. Stelle man hierzu die Tatbestandskomplexe "Krankenversicherungskarten" (291 Fälle) und "Portokosten" (92 Fälle) in Relation, dann zeige sich, dass bereits mehr als die Hälfte der Fälle keine disziplinarrechtlich relevanten Fälle mehr seien. Bei den übrigen Fällen handle es sich ebenfalls keineswegs um klare und absichtliche Pflichtverletzung, sondern um komplexe und schwierige Abrechnungsfragen, für deren Klärung die sachlich und rechnerische Richtigstellung das richtige Forum wäre, nicht aber ein Disziplinarverfahren.

Offensichtlich versuche die Beklagte mit der Menge der vorgelegten Fälle zu beeindrucken und habe sogar in den Fällen den Vorwurf eines Pflichtverstoßes aufrechterhalten, in denen nach Auffassung ihres eigenen Fachberaters kein Pflichtverstoß vorlag (beim Vorwurf der Annahme unklar definierter Aufträge und der Auftragserweiterung in 185 Fällen). Der Nachweis eines disziplinarrechtlich relevanten Fehlverhaltens könne nicht durch eine Gesamtschau oder Ähnliches erbracht werden, sondern einzig und allein durch eine Bezugnahme auf konkrete Einzelfälle. Erst dann, wenn eine hinreichende Anzahl von konkreten Einzelfällen mit demselben zu beanstandenden Verhaltensmuster vorliege und sich keine entlastenden Momente zugunsten des Vertragsarztes aufdrängten (wie z.B. Änderung des Verhaltens aus eigenem Antrieb oder eigener Überzeugung), könne eine disziplinarrechtliche Ahndung in Betracht kommen.

Analysiere man die beiden übrig gebliebenen Vorwürfe Überweisungsverhalten/Auftragserweiterung (204 Fälle) und Doppelabrechnung (164 Fälle), so zeige sich, dass in keinem Fall von bewussten oder fahrlässigen Pflichtverstößen ausgegangen werden könne.

Beim fehlerhaften Überweisungsverhalten handle es sich um sieben Fälle. Von den sieben Vorwürfen seien nur fünf zutreffend. Überweisungsschein eines anderen praktischen Arztes, nicht aber der Ärztin H. bei und kein Rücküberweisungsschein des Klägers an H., so dass dieser Vorwurf nicht belegt sei. Auch bei der Patientin U. V. liege keine Rücküberweisung vor. Auch bei den restlichen fünf Fällen liege in keinem Fall eine Rücküberweisung, sondern lediglich eine Überweisung an "einen praktischen Arzt" zur weiteren Behandlung vor. Dass in fünf Fällen in drei Quartalen die Patienten nicht wieder ihren ursprünglichen Hausarzt aufsuchten, sondern die Ärztin H., mit der der Kläger eine Praxisgemeinschaft bilde, sei keinesfalls eine Hinfügigkeit, die den Vorwurf einer gezielten Rück- oder Ringüberweisung rechtfertigen könne. Es sei alleine Entscheidung der Patientinnen, zu welchem Arzt sie gingen und es gebe durchaus praktische Gründe, die für eine Inanspruchnahme der Ärztin sprächen, die in Praxisgemeinschaft mit dem Kläger sei.

Der Vorwurf der Auftragserweiterung (185 Fälle) gliedere sich bei näherer Betrachtung in 131 Fälle, in denen der Zielauftrag "Urotube" laute und 54 Zielaufträge, die mit Rachenabstrich, Darmabstrich, Hautabstrich etc. bezeichnet worden seien. Bei diesen 185 Fällen handelt es sich ausschließlich um Scheine aus dem 2. Quartal 1994, die im Rahmen der sachlich und rechnerischen Richtigstellung moniert worden seien. Im 3. und 4. Quartal seien solche Auftragsdefinitionen nicht mehr beanstandet worden. "Urotube" sei ein eindeutiger Auftrag, dessen Annahme durch den Kläger auch die Fachgutachter Dres.L. und B. im Verwaltungsverfahren für zulässig angesehen hätten. Dieser Auffassung hätte sich auch der Berater Dr.S. angeschlossen. Dennoch habe die Beklagte diese Fälle ihrem Disziplinarantrag zugrunde gelegt. Der Beklagten gehe es nicht um die sachliche Klärung von Abrechnungsfragen, sondern darum, den Kläger, der aufgrund seiner O III-Laborberechtigung und sonstiger Zusatzqualifikationen innerhalb seiner Fachgruppe einen Störfall darstelle, notfalls mittels Disziplinarmaßnahmen in das Fachgruppenschema zu pressen. Im übrigen werde

darauf hingewiesen, Labor-Begleitzettel entwickelt habe, der die Aufträge eindeutig definiert habe.

In zwölf Fällen habe der Kläger tatsächlich gynäkologische Leistungen auf Zielaufträgen abgerechnet, weil er übersehen habe, dass seine Kollegin H. ihm einen falschen Zielauftrag "Labor" statt "Mitbehandlung gyn." erteilt habe. Es habe sich in allen zwölf Fällen um langjährige Patientinnen des Klägers gehandelt, die er regelmäßig gynäkologisch betreut habe. Es sei lediglich die Abrechnung tatsächlich erbrachter Leistungen auf einem falschen Schein erfolgt, durch den weder der Kläger einen Vorteil noch die Kassen einen Nachteil gehabt hätten.

Der Vorwurf der Doppelabrechnung beziehe sich auf insgesamt 164 Fälle: 1. Dieselben Laborleistungen vom Kläger und Dr. G. am gleichen Tag aufgrund von Zielaufträgen der Ärztin-H. (19 Fälle). Von diesen 19 Fällen schieden 12 Fälle schon deshalb aus, weil auch nach Ansicht des Fachberaters Dr.L. hier keine Doppelabrechnung vorliege. In den übrigen sieben Fällen habe tatsächlich eine Doppelabrechnung stattgefunden. Allerdings habe in sechs Fällen die Ärztin H. einen doppelten Zielauftrag erteilt und der Kläger habe nicht gewusst, dass derselbe Zielauftrag auch der Ärztin G. erteilt worden sei. Allerdings sei der Schluss auf eine Überweisung unzulässig, von den sechs Doppelabrechnungen, die auf einen Organisationsfehler zurückzuführen seien, seien vier im 2. Quartal 1994, zwei im 3. Quartal 1994 und keiner im 4. Quartal 1994 zu verzeichnen. Dies zeige, dass es sich um organisatorische Probleme gehandelt habe, die alsbald beseitigt worden seien. Es sei gezielt darauf geachtet worden, solche Fehler zu vermeiden.

2. Dieselben Leistungen auf Originalabrechnungsscheinen der Ärztin H. und auf Zielauftrag von H. (122 Vorwürfe). Faktisch liege eine Doppelabrechnung der Nrn.3885 bis 3887 EBM vor, da der Kläger als Empfänger des Abstrichmaterials und des Zielauftrages diese Nummern habe abrechnen dürfen, ohne zu wissen, dass auch H. diese Nummern abgerechnet habe. Das SG habe zu Unrecht aus der Identität der Handschriften auf beiden Abrechnungsscheinen ein positives Wissen des Klägers unterstellt. Diese Handschriften seien jedoch nicht die des Klägers. Der Kläger habe auf Abrechnungsscheinen der H. nie Einträge vorgenommen oder H. irgendwelche Vorgaben gegeben. Die Identität der Handschrift sei dadurch zu erklären, dass die Eintragungen vom gemeinsamen Praxispersonal der Praxisgemeinschaft zwischen dem Kläger und H. vorgenommen worden seien.

3. Doppelabrechnung auf Originalschein M. und auf Zielauftrag an H. (23 Fälle). Hier handle es sich in 19 Fällen um unterschiedliches Material, nämlich Vaginalabstrich und Urinabstrich etc. Auch hier habe der Fachberater die Zulässigkeit der Abrechnung festgestellt. Bei den restlichen vier Scheinen lagen je zwei Überweisungsscheine mit gleichem Datum und gleichem Material vor. Weshalb hier am gleichen Tag Laborleistungen einmal vom Kläger und einmal von der Ärztin H. veranlasst worden sei, könne er nicht klären. Ihm habe diese Doppelüberweisung aber auch nicht auffallen müssen.

Zusammenfassend stellt der Prozessbevollmächtigte des Klägers fest, als unklare

Fälle blieben letztlich elf Fälle, nämlich sieben Fälle der Abrechnung derselben Laborleistungen durch den Kläger und Dr. G. am gleichen Tag und vier Fälle der Doppelabrechnung von dem Kläger und der Ärztin H. Der Vorwurf der Doppelabrechnung der Nrn. 3885 bis 3887 EBM durch den Kläger und H. entfalle, weil sowohl der Kläger als auch Dr. G. als Auftragnehmer des Zielauftrages hätten abrechnen dürfen. Ob auch die Auftraggeberin diese Gebührensätze habe abrechnen dürfen, sei im Rahmen dieses Verfahrens unerheblich. Der Vorwurf der Annahme unklarer Aufträge und Auftragserweiterung sei nach der Stellungnahme der Fachberater nicht aufrechterhalten. Auch der Vorwurf der Abrechnung gynäkologischer Leistungen auf Zielauftrag sei insofern nicht aufrechterhalten, als es sich bei sämtlichen zwölf Patientinnen um langjährige Patientinnen des Klägers gehandelt habe, welche vom Kläger auch tatsächlich gynäkologisch behandelt worden seien. In diesen zwölf Fällen sei lediglich irrtümlich durch ein Versehen des Praxispersonals auf den falschen Abrechnungsscheinen abgerechnet worden. Inhaltlich sei die Abrechnung völlig korrekt gewesen.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Juli 1999 und den Bescheid der Beklagten vom 17. Juni 1997 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, allein die vom Kläger eingeräumten Abrechnungsverträge rechtfertigten die Disziplinarmaßnahme bzw. würden den Weg für weitergehende Maßnahmen eröffnen, was aufgrund von erneut festgestellten, schwerwiegenden Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten mittlerweile auch geschehen sei.

Im Disziplinarbescheid sei ausreichend darauf eingegangen worden, dass hinsichtlich der Krankenversicherungskarte und der Portokosten der Vorwurf nicht aufrechterhalten werde und dass eine Doppelabrechnung von Laborleistungen in Bezug auf gynäkologische Indikationen bei Überweisungen zur Mit-/Weiterbehandlung von H. an den Kläger nicht eindeutig festgestellt werden können.

Zum Vorwurf des fehlerhaften Überweisungsverhaltens werde festgestellt, dass gemäß den Ausführungen des Prozessbevollmächtigten des Klägers lediglich der Vorwurf der Rücküberweisung für fünf der sieben Behandlungsfälle bestätigt werde. Anhand der in der Anlage beigefügten Kopien der übrigen zwei Behandlungsfälle sei auch für diese der Vorwurf als berechtigt anzusehen. Ein Arztwechsel der Patientinnen auf eigenem Wunsch erscheine nicht nachvollziehbar, ebenso die Einlassung, dass diese Überweisungsscheine lediglich der Information des praktischen Arztes dienen (z.B. OP-Vorbereitung etc.).

Soweit der Kläger zum Vorwurf der Auftragserweiterung ausführt, dass es sich bei dem Vorwurf der unklaren Zielauftragsdefinition "Urotube und Ähnliches" ausnahmslos um Behandlungsausweise aus dem 2. Quartal 1994 handle und in den Folgequartalen diese Auftragsdefinition angeblich nicht mehr von der KVB beanstandet worden sei, entspreche dies nicht den Tatsachen. Derartige Behandlungsausweise seien aus den Quartalen 3 und 4/94 mit Schreiben vom 25. April 1995 an den Vertragsarzt zurückgegeben worden. Diese Behandlungsscheine seien vom Kläger nicht wieder zur Abrechnung bzw. Geltendmachung eines Honoraranspruches im Rahmen des Widerspruchsverfahrens eingereicht worden. Hinsichtlich der Beurteilung der Fachberater zum Auftrag "Urotube" (Urineintauchnährboden/einfache Schnellkultur) sei festzustellen, dass nur die Beibringung der Nährböden mit den Nrn. 3885 und 3886 oder 3887 EBM abgerechnet werden könnten. Sofern relevantes Keimwachstum festgestellt werde, d.h. also nicht in allen Fällen, wären ggf. weitere Untersuchungen zur Charakterisierung der Harnwegserreger denkbar, allerdings seien in diesem Zusammenhang die durch den Kläger überwiegend in Ansatz gebrachten Laborleistungen nach den Nrn. 4658, 4698, 4724 und 4736 EBM bei dem Zielauftrag "Urotube" als nicht sinnvoll bzw. eindeutig als Auftragsüberschreitung anzusehen (vgl. auch Stellungnahme der Fachberater vom 16. Januar 1996 und 18. Januar 1996). Bezüglich der Ausführungen für den "O III-Materialbegleitzettel" sei festzustellen, dass es sich bei diesen um praxisinterne Formulare handle, die lediglich den laborinternen Ablauf erleichtern sollten, sie stellten jedoch keine vertragsärztlichen Vordrucke dar.

Zum Vorwurf der Abrechnung gynäkologischer Leistungen bei einem Zielauftrag "Labor" sei festzustellen, dass die betreffenden seien. Nach Abänderung durch den Kläger (statt: "Zielauftrag Labor" dann "Mit-/Weiterbehandlung" mit dem Vermerk "n.A.H.") seien die Behandlungsausweise wieder zur Abrechnung eingereicht worden. Die Ausführungen, dass schließlich von der Ärztin H. Zielauftrag Labor statt Überweisung zur Mitbehandlung auf dem Abrechnungsschein eingetragen worden sei, könne nicht nachvollzogen werden, da sich die gynäkologische Behandlung der Patientinnen überwiegend über mehrere Behandlungstage im genannten Quartal erstrecke. Dieser Sachverhalt sei Gegenstand im Widerspruchsverfahren 2/94 gewesen; mit bestandskräftigem Bescheid des Widerspruchsausschusses vom 20. Juni 1996 sei die Rechtmäßigkeit des Ausschusses von der Honorierung durch die Bezirksstelle bestätigt worden.

Die Behauptung, die Ärztin H. als Auftraggeberin sei allein für die doppelte Ausstellung von den Überweisungsscheinen an den Kläger und die Ärztin Dr. G. verantwortlich und für den Kläger wäre dies nicht erkennbar gewesen, sei nicht glaubhaft, da der Kläger sowohl im Disziplinarverfahren als auch vor dem Sozialgericht bestätigt habe, seinen beiden Kolleginnen bei der Quartalsabrechnung "behilflich" gewesen zu sein. Im Rahmen dieser Hilfestellung hätte die doppelte Geltendmachung von gleichen Leistungen auffallen und die Abrechnung somit dem tatsächlichen Leistungserbringer, dem Kläger oder Dr. G., zugeordnet werden müssen. Gleiches gelte für die Aussagen zur Doppelabrechnung Kläger/Ärztin H., wonach anhand der Handschriften auf den

Behandlungsscheinen nicht die Ärzte, sondern das gemeinsame Praxispersonal für die Mehrfachabrechnung gleicher Leistungen verantwortlich gewesen sei oder aber jede der Ärzte die gleiche Untersuchung im Rahmen seines Fachgebietes durchgeführt habe. Dies sei auch anhand der räumlichen Nähe der Ärzte innerhalb der Praxisgemeinschaft sowie der gegenseitigen Informationspflicht der behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit Überweisungen nicht nachvollziehbar.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsunterlagen der Beklagten mit zwei Leitzordnern-Anlagen zum Disziplinarantrag, die Klageakte, Az.: S 42 Ka 957/97, und die Berufungsakte, Az.: [L 12 KA 141/99](#), vor. Auf deren Inhalt, insbesondere den der vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten, wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [Â§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [Â§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, jedoch unbegründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 17. Juni 1997, mit dem gegen den Kläger als Disziplinarmaßnahme eine Geldbuße in Höhe von 20.000,00 DM verhängt wurde, ist im Ergebnis rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat deshalb zu Recht die dagegen erhobene Anfechtungsklage abgewiesen. Gemäß [Â§ 78 Abs.1 Satz 2 Nr.1 iVm Â§ 81 Abs.5 Satz 4](#) bedurfte es eines Vorverfahrens nicht.

Rechtsgrundlage für den Bescheid der Beklagten vom 17. Juni 1997 ist [Â§ 81 Abs.5 SGB V](#) iVm [Â§ 5](#) der Satzung der Beklagten.

Der Sicherstellungsauftrag â d.h. der Auftrag des Gesetzgebers an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht ([Â§ 75 Abs.1 Satz 1 SGB V](#)) â kann nur erfüllt werden, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen in bestimmten Fällen Disziplinarmaßnahmen gegen ihre Mitglieder bei Nichteinhaltung der vertragsärztlichen Pflichten ergreifen können ([Â§ 81 Abs.5 SGB V](#)). Im Rahmen dieser gesetzlichen Garantieverpflichtung haben daher die Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufgabe, die Einhaltung der den Kassenärzten obliegende Pflichten zu überwachen und einzelne Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung von Disziplinarmaßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten ([Â§ 75 Abs.2 Satz 2](#) und [81 Abs.5 SGB V](#)). Als Disziplinarmaßnahmen gibt der Gesetzgeber in [Â§ 81 Abs.5](#) Sätze 2 und 3 SGB V je nach Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis zu 20.000,00 DM oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu zwei Jahren vor. Diesen gesetzgeberischen Auftrag hat die Beklagte in [Â§ 5](#) ihrer Satzung vom 1. April 1956 in der hier maßgeblichen Fassung von 12.November 1994 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr.6/1995) umgesetzt.

Die gerichtliche Überprüfung von Disziplinarmaßnahmen gemäß [Â§ 81 Abs.5](#)

[SGB V](#) erfolgt in zwei Schritten. Die Beurteilung über das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzung eines Pflichtverstoßes ist zu unterscheiden von der Frage, ob und ggf. welche Rechtsfolgen dafür angebracht sind. Während die Tatbestandsvoraussetzungen des Pflichtverstoßes gerichtlich voll überprüfbar sind, besteht bei der Auswahl der möglichen Disziplinarmaßnahme und der Festsetzung ihrer Höhe ein Ermessensspielraum, so dass insoweit die Entscheidung gemäß [Â§ 54 Abs.2 Satz 2 SGG](#) vom Gericht nur eingeschränkt nachzuprüfen ist (ständige Rechtsprechung des Senates, siehe zuletzt Urteil vom 28. Juni 2000, Az.: [L 12 KA 76/98](#) und BSG SozR 2200 Â§ 368 m Nr.3).

Tatbestandsvoraussetzung für die Verhängung einer Disziplinarmaßnahme ist nach Â§ 5 Abs.1 der Satzung, dass ein Mitglied seine "vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt". Dieser unbestimmte Rechtsbegriff ist vom Gericht voll nachprüfbar. Der Senat, der mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte fachkundig besetzt ist, kommt nach eigener Überprüfung ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die dem Kläger zum Vorwurf gemachten Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten gegeben sind.

Dem Kläger ist zuzustimmen, dass das zunächst beanstandete Verhalten im Zusammenhang mit der Verwendung von Krankenversichertenkarten, die weder ein Einlesedatum noch die Unterschrift des Versicherten enthalten haben sollen, sowie hinsichtlich der Abrechnung von Portokosten innerhalb der Apparate- bzw. Laborgemeinschaft mit der Ärztin Dr. G. nicht mehr Gegenstand des Disziplinarverfahrens ist und deshalb auch nicht als Verstoß des Klägers gegen vertragsärztliche Pflichten gewertet werden kann. Entgegen der Rechtsauffassung des Klägers kommt es bei der Bewertung des klägerischen Verhaltens nicht nur darauf an, in wievielen einzelnen Fällen dem Kläger ein bestimmtes Fehlverhalten vorgeworfen werden kann, sondern es sind auch wie es die Beklagte und das Sozialgericht zutreffend vorgenommen haben auch die Gesamtumstände in der Praxis des Klägers und die Art der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen H. und Dr. G. zu wärdigen.

Dabei ist zunächst der Vertrag über eine Praxisgemeinschaft vom 26. Oktober 1992 zwischen dem Kläger und der Ärztin H. zu berücksichtigen. Nach der Prambel dieses Vertrages vermietete der Kläger einen Teil seiner Praxisräume an die Ärztin H., die auch berechtigt war, die Arzthelferinnen, Sprechstundenhilfen, Sekretärinnen und sonstige Hilfskräfte in der Praxis des Klägers in Anspruch zu nehmen. Aus Â§ 3 des Praxisgemeinschaftsvertrages ergibt sich, dass zunächst kein weiteres Personal eingestellt wurde, sondern das vorhandene Praxispersonal des Klägers von der Ärztin H. in Anspruch genommen werden durfte. Als Vergütung für die Überlassung der Praxisräume und für die Dienstleistungen durch das Personal des Klägers waren 50 % der Jahreseinnahmen der Ärztin H. aus ihrer vertrags- und privatärztlichen Tätigkeit, mindestens aber 60.000,00 DM pro Jahr in monatlichen Vorauszahlungsbeträgen von 5.000,00 DM vereinbart. Die Praxisgemeinschaft begann zum 1. März 1993. Dies lässt den Schluss zu, dass der Kläger bei Überweisungen an die Ärztin H. zu 50 % am Gewinn beteiligt war. Ein derartiges Verhalten dürfte schon gegen Â§ 22 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in der Fassung vom 1. Januar 1994

verstoßen.

Das Vorbringen des Klägers im Verwaltungsverfahren, Klageverfahren und insbesondere im Berufungsverfahren vermag die gegen ihn erhobenen Vorwürfe nicht zu entkräften.

In dem angefochtenen Bescheid der Beklagten wird dem Kläger vorgeworfen, er verstoße gegen seine vertragsärztlichen Pflichten, indem er Patientinnen, deren Behandlung er auf Überweisung eines Allgemein-/praktischen Arztes durchgeführt habe, an die Ärztin H. zur Mit-/Weiterbehandlung weiterverwiesen habe. Die entsprechenden sieben Überweisungsscheine finden sich in der Anlage 2 (roter Ordner). Die Beklagte wertete dies als einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des [Â§ 12 Abs.1 SGB V](#) und die Grundsätze der [Â§ 21 Abs.3 Nrn.4 und 5 BMV-Ä](#) sowie [Â§ 13 Abs.3 und 7 Nrn.4 und 5 EKV-Ä](#) in der jeweils 1994 geltenden Fassung. Nach Auffassung des Senats können die sieben beanstandeten Überweisungsfälle in den drei Quartalen 2 bis 4/94 bei Berücksichtigung der Zahl der in diesen Quartalen insgesamt abgerechneten Fälle bei der Würdigung der disziplinarrechtlichen Ahndung außer Betracht bleiben. Die Überweisung erfolgte in diesen Fällen an einen praktischen Arzt und erscheint auch z.B. im Falle der Patientin E.S. (Fall Nr.183 der AOK Bayern in der Abrechnung des Klägers bzw. Fall Nr.25 der AOK Bayern in der Abrechnung der Ärztin H.) zur OP-Vorbereitung vertretbar. Im Hinblick auf die dem Kläger vorgeworfenen sonstigen Verstöße gegen vertragsrechtliche Pflichten, die alleine bereits die getroffene Maßnahme rechtfertigen, sah der Senat deshalb von einer näheren Prüfung dieser sieben Fälle ab, zumal durch sie alleine der Vorwurf einer Ringüberweisung nicht aufrechterhalten werden kann. Anders verhält es sich jedoch bei den weiteren dem Kläger vorgeworfenen Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten.

So wurde ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten in dem Verhalten des Klägers gesehen, bei unklar definierten bzw. nicht definierten Laboraufträgen Laborleistungen erbracht zu haben, deren Notwendigkeit sich aus der definierten Auftragserteilung nicht ableiten lasse.

Nach [Â§ 21 Abs.7 BMV-Ä](#) bzw. [Â§ 13 Abs.7 EKV-Ä](#) in der im Quartal II/94 geltenden Fassung soll der überweisende Arzt grundsätzlich die Diagnose oder Verdachtsdiagnose mitteilen. Er ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt. Bei Zielaufträgen ist die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Angabe der Leistungsnummer oder der präzisen Leistungsbezeichnung) erforderlich. Der ausführende Arzt ist an diesen Auftrag gebunden.

In der Anlage 2.1 finden sich 185 Zielaufträge aus dem Quartal 2/94, die alle von der sich in Praxisgemeinschaft mit dem Kläger befindlichen Ärztin H. ausgestellt wurden. Sie wurden zunächst nur an "Labor" ausgestellt und trugen weder ein Überweisungsdatum noch in den meisten Fällen einen Zielauftrag. Als Diagnose war zumeist (131 Fälle) "Urotube" angegeben. Diese Überweisungsscheine nahm die Beklagte aus der Abrechnung des Klägers heraus und sandte sie an ihn

zurück. Dieser reichte diese Scheine wieder ein. Nunmehr befand sich auf allen Scheinen ein Überweisungsdatum, das in der Regel mit dem Untersuchungsdatum des Klägers übereinstimmt. Die kurative Überweisung war in allen Fällen durch den Zusatz "Gyn." ergänzt worden und lautete nunmehr "Labor-Gyn.". Die Diagnose "Urotube" wurde mit einem Pfeil in die Zeile "Auftrag" verwiesen und dort neu eingetragen. Als Diagnose wurde in der Regel nunmehr "Bakt. Untersuchung" eingetragen. Nach seinen eigenen Angaben hat der Kläger die Überweisungsscheine nach Absprache mit der Ärztin H. selbst abgeändert. Eine derartige nachträgliche Abänderung der Überweisungsscheine ist unzulässig und unbeachtlich, wie der Senat bereits in seiner Entscheidung vom 25. Oktober 1989, Az.: [L 12 Ka 94/88](#), entschieden hat. Aus § 24 Abs.7 Nr.1 BMV-Ä bzw. § 27 Abs.7 Nr.1 EKV-Ä, die im Wortlaut mit den im streitigen Zeitraum geltenden § 21 Abs.7 Nr.1 BMV-Ä bzw. § 13 Abs.7 Nr.1 EKV-Ä übereinstimmen, ergibt sich nicht nur eine Verpflichtung des Überweisenden Arztes, sondern auch die Bindung des auftragnehmenden Arztes an den ihm erteilten Auftrag (BSG, Beschluss vom 13. Februar 2001, Az.: [B 6 KA 64/00 B](#) und [SozR 3-2500 § 85 Nr.38](#) S.314). Der Kläger hätte als Gynäkologe deshalb die an "Labor" ausgestellten Überweisungen überhaupt nicht annehmen dürfen. Er hätte die Konkretisierung der Überweisungsaufträge an "Gynäkologe, Labor" und nähere Definition der Aufträge vor Durchführung der Leistungen beim auftraggebenden Arzt, der ja für leicht erreichbar war, herbeiführen müssen. Eine nachträgliche Korrektur der Abrechnungsscheine ist auch mit Zustimmung des Auftraggebers unzulässig.

Soweit der Kläger auf die Stellungnahme der gynäkologischen und urologischen Fachberater Dr.L. und Dr.B. Bezug nimmt bzw. auf die Erklärungen des Fachberaters Labor, Dr.S., so kann seinen Ausführungen ebenfalls nicht gefolgt werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Dr.L. als Beratungsarzt in der mündlichen Verhandlung vor dem Disziplinarausschuss persönlich anwesend war. Die Ausführungen dieser drei Fachberater befinden sich in den Anlagen zum Disziplinarantrag und wurden deshalb dem Disziplinarausschuss entgegen den Ausführungen des Klägers keineswegs vorenthalten. Bei der Bezeichnung "Urotube" handle es sich um eine Firmenbezeichnung für einen Urineintauchkatheterboden. Die Bebrütung dieser Katheterböden wird mit den Nrn.3885 bzw. 3886 oder 3887 BMÄ/E-GO abgerechnet. Nachdem der Auftrag sowohl auf den ursprünglich eingereichten Abrechnungsscheinen als auch auf den später vom Kläger korrigierten Abrechnungsscheinen eindeutig "Urotube" lautete, wäre die Untersuchungsleistung "Urotube" mit dem Ansatz der Nrn.3885 bzw. 3886 und 3887 (BMÄ/E-GO) abgegolten. Weitere Untersuchungen durch den Kläger bei der Auftragsdefinition "Urotube" sind deshalb eine Auftragsüberschreitung. Wenn Dr.S. in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 1996 ausführlich, für die Folgeuntersuchung sei die Nr.4698 BMÄ/E-GO in Verbindung mit Urinkulturen nicht gerechtfertigt und es kämen allenfalls die Nrn.4690 BMÄ/E-GO oder stattdessen die Nr.4697 BMÄ/E-GO in Betracht, dies jedoch keinesfalls immer, sondern nur wenn auf dem Eintauchkatheterboden konfluentes Wachstum gewesen sei, so ließen sich entgegen der Auffassung des Klägers die tatsächlich auch bei einer zulässigen Auftragsannahme vorgenommenen Abrechnungen in großem Umfang nicht rechtfertigen. Bei der klaren Auftragsdefinition "Urotube"

waren nur die Nrn.3885 bis 3887 BMÄ/E-GO gerechtfertigt. Für jede weitere Untersuchung hätte es eines eigenen weiteren Auftrags bedurft. Soweit an den KIÄger, der als Gynäkologe zugelassen ist, Laboruntersuchungen von "Rachenabstrich", "Darmabstrich", "Hautabstrich" erfolgten, waren diese für den KIÄger als Gynäkologen als "Zielauftrag" nicht abrechnungsfähig. In diesen Fällen hätte sich zumindestens aus der Diagnose auf den Überweisungsscheinen ein Zusammenhang mit einer Erkrankung, die in das Fachgebiet des KIÄgers fällt, ergeben müssen. Stattdessen stand auch auf diesen Überweisungsscheinen nur "Bakt. Untersuchung".

Damit erweist sich der dem KIÄger im Disziplinarbescheid gemachte Vorwurf gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen zu haben, nämlich Aufträge überschritten zu haben, als zutreffend. Nach § 21 Abs.7 Nr.1 Satz 2 BMV-Ä bzw. § 13 Abs.7 Nr.1 Satz 1 EKV-Ä ist der ausführende Vertragsarzt an den Auftrag gebunden. Dieser Auftrag lautete in den meisten Fällen nur "Urotube".

Soweit dem KIÄger in zwölf Fällen vorgeworfen wurde, gynäkologische Leistungen auf einem Zielauftrag "Labor" ohne jegliche Auftragsdefinition abgerechnet zu haben, entspricht dieser Vorwurf auch nach den Einlassungen des KIÄgers den Tatsachen. Es ist zunächst schon nicht sehr schlüssig, wenn der KIÄger vorträgt, es habe sich bei diesen zwölf Fällen um langjährige Patientinnen gehandelt, die er regelmäßig gynäkologisch betreut habe, wenn er dann seine Leistungen nicht auf einem eigenen Abrechnungsschein abrechnete, sondern auf einem Überweisungsschein an Labor. Dies widerspricht den Aufgaben eines Vertragsarztes, gewissenhaft und korrekt abzurechnen.

Auch der schwerwiegende Vorwurf, der KIÄger habe auf den von der Ärztin Dr. H. empfangenen Überweisungsscheinen Leistungen abgerechnet, die bereits von der Ärztin H. abgerechnet worden waren bzw. am selben Tag ebenfalls von der Ärztin Dr. G. gleichfalls auf Überweisungsscheinen von der Ärztin H. abgerechnet wurden, ist zutreffend. Als Anlage 3 a lagen dem Disziplinarantrag der Beklagten 19 Fälle vor, bei denen auf von der Ärztin H. ausgestellten Überweisungsscheinen bei denselben Patienten am selben Tag dieselben Laborleistungen durch den KIÄger und durch Dr. G. abgerechnet wurden. Hier hat der Disziplinarausschuss ausdrücklich festgestellt, dass es sich bei den Zielaufträgen der Ärztin H. an "Labor" ohne gezielten Auftrag um eine rechtswidrige Leistungserbringung und Abrechnung gehandelt habe. Nur soweit eine Überweisung der Ärztin H. an Gyn. zur Mit-/Weiterbehandlung erfolgt sei, könne anhand der Diagnose-Eintragungen eine Doppelabrechnung im Bezug auf die gynäkologische Indikation nicht eindeutig festgestellt werden. Hier habe der KIÄger die auf seinem Fachgebiet notwendigen Laboruntersuchungen durchgeführt und Dr. G. weitere, von der Ärztin H. für erforderlich gehaltene und in Auftrag gegebene Untersuchungsleistung erbringen dürfen. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese zulässige Abrechnung von gynäkologischen Laborleistungen durch den KIÄger an demselben Tag, an dem auch Dr. G. für nichtgynäkologische Laborleistungen dieselben Gebührenordnungspositionen abrechnete, in zehn, elf oder zwölf Fällen zulässig war, auf jeden Fall erfolgte auch nach den Einlassungen des KIÄgers in mindestens sieben Fällen eine Doppelabrechnung derselben

Leistungen. Die Einlassung des Klägers, dass er bei Erhalt des Zielauftrages nichts davon wusste, dass derselbe Zielauftrag auch seiner Kollegin G. erteilt worden sei, ist nicht überzeugend. Die auf den Abrechnungsscheinen erfolgten Eintragungen in die Überweisungsscheine sowohl an den Kläger wie auch an Dr. G. erfolgten von derselben Handschrift, offensichtlich durch das Praxispersonal des Klägers, der sich dies zurechnen lassen muss. Auch wenn die Fehler tatsächlich durch eine beim Kläger angestellte Hilfskraft verursacht sein sollten, ist dieses Verhalten als grobe Pflichtverletzung des Klägers einzustufen, da ihm das Verhalten der Hilfskraft unter Heranziehung des Rechtsgedankens aus [Â§ 278 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zuzurechnen ist (BSG, Beschluss vom 14. Juli 1993, Az.: [6 RKa 10/92](#)).

In der Anlage 3 b sind 122 Überweisungsscheine enthalten, auf denen eine Doppelabrechnung durch den Kläger und die Ärztin H. erfolgte. Hier vertritt der Kläger die Auffassung, dass er berechtigt sei, bei dem Zielauftrag "Urotube" die Nr.3885 bis 3887 BMJ/E-GO als Auftragsnehmer abzurechnen. Dies treffe auch für die Auftragnehmerin Dr. G zu. Er habe nicht gewusst, dass auch die Auftraggeberin H. diese Nummern bereits abgerechnet habe. Diese Einlassung des Klägers ist, wie das Sozialgericht bereits ausgeführt hat, nicht nachvollziehbar. Der Kläger hat sowohl im Disziplinarverfahren als auch vor dem Sozialgericht bestätigt, seinen beiden Kolleginnen bei der Quartalsabrechnung "behilflich" gewesen zu sein. Wie sich aus dem Praxisgemeinschaftsvertrag ergibt, erfolgten die Eintragungen in die Behandlungsscheine durch das Personal des Klägers. Da die Leistungen nach den Nrn.3885 bis 3887 BMJ/E-GO bei demselben Untersuchungsmaterial nur einmal erbracht werden konnten, musste dem Praxispersonal des Klägers bekannt sein, wer diese Leistungen erbracht hat. Wenn sie tatsächlich in der Praxisgemeinschaft nur einmal erbracht wurden, hätten sie auch nur von einem der drei Ärzte abgerechnet werden dürfen. Aber auch hier gilt zudem, dass der Kläger, der als Gynäkologe zugelassen war, generell Überweisungen "an Labor" nicht hätte annehmen dürfen, sondern allenfalls an "gynäkologisches Labor". In 23 Fällen hat der Kläger zudem eine Abrechnung derselben Leistungen auf seinem Original-Behandlungsschein und auf dem Überweisungsschein vorgenommen. Ein Abrechnungsverhalten, das unter keinem Gesichtspunkt zulässig sein kann und ist.

Nachdem sich der Senat seine richterliche Überzeugung gemäß [Â§ 128 Abs.1 SGG](#) aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens bildet, ergibt eine Würdigung der vorgelegten Behandlungsunterlagen, des Praxisgemeinschaftsvertrages sowie der fachärztlichen Stellungnahmen im Disziplinarverfahren, dass die dem Kläger gemachten Vorwürfe, nämlich gegen vertragsärztliche Bestimmungen verstoßen zu haben, tatsächlich vorliegen.

Der Kläger hat auch schuldhaft gehandelt. Diese subjektive Voraussetzung für die Verhängung einer Disziplinarmaßnahme ist immer dann gegeben, wenn dem betroffenen Arzt vorsätzliches oder auch nur fahrlässiges Verhalten vorgeworfen werden kann. Das Verhalten des Klägers ist nach Auffassung des Senats zumindestens im Sinne einer grob fahrlässigen Missachtung vertragsärztlicher Pflichten zu werten. Dem Protokoll über die Sitzung des Disziplinarausschusses

am 8. April 1997 ist zu entnehmen, dass sowohl die Ärztin H. als auch der Klagender die unzutreffenden Eintragungen auf den Abrechnungsscheinen mit einer "Schlamperei" der Mitarbeiter begründeten. Nach den Angaben der Ärztin H. wussten aber die Empfänger der Überweisungsscheine, um was es jeweils gehe. Ein Vertragsarzt muss sich anhand der ihm zur Verfügung stehenden Verträge, Abrechnungsvorschriften, Gebührenordnungen, Anleitungen etc. die notwendige Kenntnis darüber verschaffen, ob die von ihm erbrachten und abgerechneten Leistungen so abrechenbar sind, wie sie auf den Abrechnungsscheinen eingetragen werden. Bereits grob fahrlässig erstellte fehlerhafte Abrechnungen stellen eine schwerwiegende Verletzung vertragsärztlicher Pflichten dar. Es kann dahingestellt bleiben, ob tatsächlich ein gezieltes Vorgehen zur Erlangung von doppeltem oder dreifachem Honorar für einmal erbrachte Leistungen bzw. zur Honorierung von nicht erbrachten Leistungen vorliegt. In diesen Fällen wäre die Ungeeignetheit des Klägers als Vertragsarzt offenkundig und eine Disziplinarmaßnahme wohl nicht mehr geeignet, den Kläger zur Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten. Die Krankenkassen und die KV müssen sich nämlich unbedingt im Rahmen der Abrechnung auf die Ehrlichkeit und Sorgfalt des Vertragsarztes verlassen können (BSG, Urteil vom 18. August 1973, Az.: [6 RKa 28/71](#) und Urteil des Senats vom 16. August 1989, Az.: L 12 Ka 40/88). Eine Verletzung von Pflichten im Zusammenhang mit der Leistungsabrechnung kann keinesfalls als "Kavaliersdelikt" abgetan werden. Die Disziplinarmaßnahme soll deshalb in erster Linie zu einer korrekten Befolgung vertragsärztlicher Pflichten anhalten. Dadurch, dass der Kläger inzwischen nicht mehr als Vertragsarzt zugelassen ist, hat sich hinsichtlich der verhängten Geldbuße, die Hauptsache auch nicht erledigt. Es würde nämlich die Steuerungsfunktion der als gesetzliche Sanktion vorgesehene Geldbuße "ad absurdum" führen, wenn die Aufrechterhaltung dieses schärferen Disziplinarmittels dadurch in das Belieben des Betroffenen gestellt wäre, dass er dieser Sanktion durch Ausscheiden aus dem besonderen Pflichtenstatus entgehen könnte (BSG, [SozR 3-2500 Â§ 81 Nr.6](#), S.21).

Bei der Festsetzung der Höhe der Disziplinarmaßnahme hat der Disziplinarausschuss von dem ihm eingeräumten Ermessen keinen fehlerhaften Gebrauch gemacht. Er hat nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt, dass nur eine erhebliche Geldbuße den Kläger mit allem Nachdruck künftig zur Erfüllung seiner vertragsärztlichen Pflichten anhalten könnte. Allein weil es sich um die erste Disziplinarmaßnahme gegen den Kläger handelt, hat er von einem Ruhen der Zulassung abgesehen. Im Übrigen ist ein Disziplinarbescheid gegen einen Vertragsarzt nicht rechtswidrig, wenn zwar einige der ihm zugrunde liegenden Vorwürfe entfallen, die Übrigen aber nach der Wertung des Gerichtes die ausgesprochene Maßnahme nach Art und Höhe rechtfertigen und den dargelegten Ermessenserwägungen des Disziplinarausschusses nicht entgegenstehen. Dies hat das BSG im Urteil vom 3. September 1987 (SozR 2200 Â§ 368 m Nr.3) ausdrücklich festgestellt. Im Hinblick darauf ist es also ohne Bedeutung, ob die gegen den Kläger erhobenen Vorwürfe auf einigen wenigen Abrechnungsscheinen so nicht zutreffend sind. Die Gesamtwürdigung aller vorgelegten Abrechnungsscheine und der vorgelegte Praxisgemeinschaftsvertrag bestätigen die gegen den Kläger erhobenen Vorwürfe.

Die Disziplinarmaßnahme der Beklagten ist demnach ebenso wenig wie das die Klage abweisende Urteil des Sozialgerichts München rechtlich zu beanstanden. Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen dieses Urteil zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass der Kläger mit seinem Rechtsmittel keinen Erfolg hatte.

Gründe, die Revision nach [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 25.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024