

---

## S 14 KA 260/02

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Düsseldorf
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	14
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 14 KA 260/02
Datum	21.07.2004

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 99/04
Datum	-

#### 3. Instanz

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

Der Beschluss des Disziplinarausschusses der Beklagten vom 13.11.2002 wird aufgehoben. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer gegen den Kläger verhängten Disziplinarmaßnahme.

Der Kläger ist Facharzt für Augenheilkunde und seit dem 05.05.1988 niedergelassen. Nachdem er in der Zeit vom 01.10.1993 bis 30.06.2001 in Gemeinschaftspraxis tätig war, führt er seit dem 01.07.2001 eine Einzelpraxis in C H1. Er ist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat am 12.06.2001 nach Anhörung des Klägers die Einleitung eines Disziplinarverfahrens beschlossen. In der Anschuldigungsschrift vom 24.07.2002 wird dem Kläger zur Last gelegt, seine vertragsärztlichen Pflichten wegen Nichtbehandlung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patienten) ohne triftigen Grund verletzt zu haben. Zur Begründung dieses Vorwurfs bezog sich der Vorstand auf

---

Beschwerden von verschiedenen Patienten aus dem Zeitraum Januar 2001 bis April 2002. Danach habe der Kläger GKV-Patienten mehrfach keinen oder einen Termin mit sehr langer Wartezeit (für Monate) angeboten, wohingegen Privatpatienten jederzeit einen Termin erhielten. Die Patientin Wahl sei mit der Begründung abgelehnt worden, dass die Praxis keine Patienten annehme, die 5 Jahre oder länger nicht in der Sprechstunde gewesen seien. Der Kläger hatte in seinen jeweiligen Stellungnahmen hierzu ausgefurt, dass die Praxis aufgrund der Budgetknappheit gehalten sei, den Umfang der ärztlichen Leistung nicht übermäßig auszudehnen. Da die Praxis bei der Behandlung von Privatpatienten keinerlei Budgetfesselung unterläge, brauchte sie in diesen Fällen keine Beschränkung auf Stammpatienten vorzunehmen. Die Ablehnung von Kassenpatienten, die über den Stammbereich hinausgingen, sei aus wirtschaftlichen Gründen notwendig. Notfallbehandlungen würden dagegen jederzeit durchgefürt. In der Begründung der Anschuldigungsschrift ist hierzu ausgefurt, dass der Vertragsarzt gem.  13 Abs. 6 Satz 1 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-)/ 13 Abs. 4 Satz 1 Bundesmantelvertrag Ärzte-/Ersatzkassen (EKV-) die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen dürfe. Die Ablehnung aus Budgetgründen sei kein begründeter Fall im Sinne dieser Vorschrift. Der Kläger habe daher gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen. Dieser Verstoß bedürfe einer disziplinarischen Ahndung, um den Arzt künftig zur Einhaltung seiner vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten.

Die Anschuldigungsschrift leitete der Disziplinarausschuss der Beklagten dem Kläger zur Stellungnahme zu. Der Kläger furte hierzu aus, dass die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen nicht aus Budgetgründen abgelehnt würden. Dies stelle eine verkürzte Betrachtungsweise dar. Vielmehr erfolge die Ablehnung, weil zu bestimmten Patienten eine entsprechende Bindung bestehe, zu anderen jedoch nicht. Von den Patienten könne erwartet werden, dass sie angesichts der Folgen der Individualbudgetierung bei den Praxen blieben, bei denen sie über die Jahre behandelt worden sind.

Der Disziplinarausschuss hat mit Beschluss vom 13.11.2002 gegen den Kläger wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten durch Nichtbehandlung von GKV-Patienten ohne triftigen Grund einen Verweis ausgesprochen. Gründe für die Ablehnung einer Behandlung könnten sich allenfalls aus einer Sturung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient oder einer besonderen, durch Verweisung der Patienten an andere Vertragsärzte kompensierbaren uberlastungssituation ergeben. Ob eine solche uberlastungssituation vorliege sei zumindest zweifelhaft. Aus den Frequenztabellen sei eine volle Ausnutzung des Budgets nicht erkennbar. Andererseits könne dem Kläger kein Vorwurf daraus gemacht werden, dass er sich aus Qualitätsgründen ausreichend Zeit für einen Patienten nehme. Die Vorwerfbarkeit seines Verhaltens bestehe aber darin, dass er willkürlich, da ohne rechtliche Grundlage in den kassenärztlichen Bestimmungen, eine Zweiteilung der GKV-Versicherten nach Stamm- und Neupatienten im Rahmen von Routineuntersuchungen vorgenommen, und die Behandlung der letztgenannten Gruppe verweigert habe. Damit habe er die vom BSG herausgestellte Verpflichtung des Vertragsarztes zur Behandlung aller Kassenpatienten missachtet, zumal für diese die Obliegenheit bestehe, den

---

---

nächstreichbaren Vertragsarzt aufzusuchen. Schließlich habe der Kläger seine Behandlungspflichten auch dadurch verletzt, dass er die Unterscheidung zwischen Routine- und Notfällen seinem Praxispersonal überlassen habe. Dies müsse der Arzt grundsätzlich selbst entscheiden. Der Kläger habe schuldhaft gehandelt. Eine etwaige Rechtsunkenntnis entlaste ihn nicht. Bei der Bemessung der Disziplinarmaßnahme habe der Disziplinarausschuss berücksichtigt, dass gegen den Kläger erstmalig ein derartiges Verfahren anhängig geworden ist. Eine Verwarnung habe allerdings angesichts des Unrechtsgehalts der Verfehlung nicht mehr ausgereicht, wohingegen eine Geldbuße aus Verhältnismäßigkeitsgründen nicht in Betracht gekommen sei.

Der Kläger hat hiergegen am 00.00.0000 Klage erhoben. Eine willkürliche Unterscheidung bei der Behandlung von GKV-Patienten könne ihm nicht vorgeworfen werden. Vielmehr beruhe die von ihm praktizierte Verfahrensweise auf sachlichen Gründen. Ein rein chronologisches Vorgehen sei nicht sachgerecht, da dies zwangsläufig dazu führe, dass immer längere Wartezeiten entstehen würden und der Vertragsarzt diese Patienten in immer größeren Zeitintervallen sehe. Dadurch würde sich das Arzt-Patienten-Verhältnis verschlechtern. Dies werde durch eine Differenzierung zwischen Stamm- und Neupatienten vermieden. Im übrigen habe er die abgewiesenen Neupatienten stets an die nächstreichbaren weiteren Vertragsärzte verwiesen. Hierzu sei er im Falle einer Kapazitätsauslastung berechtigt. Ferner habe eine Überlastungssituation in Folge einer Kapazitätsauslastung vorgelegen. In der Gemeinschaftspraxis sei den Kassenpatienten eine wöchentliche Behandlungszeit von 28,5 Stunden und in der Einzelpraxis von 30,5 Stunden zur Verfügung gestellt worden. Hinzu käme die Vorbereitung der alltäglichen Praxisarbeiten sowie erforderlicher Dokumentationen von ca. zwei Stunden täglich. Damit übersteige seine wöchentliche Arbeitszeit bereits ohne Berücksichtigung der Behandlung von Privatpatienten die tariflich vereinbarten Arbeitszeiten für den öffentlichen Dienst. Schließlich sei noch darauf hinzuweisen, dass der Vorwurf nicht nachzuvollziehen sei, er überlasse dem Praxispersonal die Entscheidung, ob ein Notfall vorliege oder nicht. Alle Anfragen seien telefonisch erfolgt und von einer akuten Erkrankung sei nicht die Rede gewesen. Ansonsten seien die Patienten aufgrund einer internen Anweisung direkt einbestellt oder aber der Anruf an ihn selbst durchgestellt worden.

Der Kläger beantragt,

den Beschluss des Disziplinarausschusses der Beklagten vom 13.11.2002 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und verweist zur Begründung auf die Gründe des Beschlusses vom 13.11.2002.

---

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist begründet.

Der Kläger ist durch den angefochtenen Beschluss des Disziplinausschusses der Beklagten beschwert im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), denn dieser Beschluss ist rechtswidrig.

Nach [§ 81 Abs. 5 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder bestimmen, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Dies hat die Beklagte in ihrer Disziplinarordnung (DO) geregelt.-

Die gerichtliche Überprüfung von Disziplinarmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen beschränkt sich auf die Prüfung, ob Verfahrensvorschriften eingehalten, der Sachverhalt zutreffend festgestellt, rechtlich zutreffend eine schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten angenommen und die Maßnahme ermessensfehlerfrei ausgewählt worden ist (BSG SozR 2200 [§ 368 m RVO Nr. 3](#); LSG NRW, Urt. vom 07.06.2000 – [L 11 KA 29/99](#)).

Der Beschluss des Beklagten ist formell rechtmäßig. Die in der Disziplinarordnung geregelten formellen Voraussetzungen wurden eingehalten, insbesondere wurde dem Kläger bereits vor Einleitung des Disziplinarverfahrens rechtliches Gehör gewährt, der Beschluss über die Eröffnung des Disziplinarverfahrens ist begründet und benennt als Beweismittel die Beschwerdebriefe der Patienten F, L, X-N, I und H2 sowie die entsprechenden Stellungnahmen des Klägers und seines früheren Praxispartners U (vgl. [§ 9 Abs. 1](#) der Disziplinarordnung der KV No).

Der Beschluss des Disziplinausschusses ist jedoch materiell rechtswidrig, da das Verhalten des Klägers nach Ansicht der Kammer die Erteilung eines Verweises nicht rechtfertigt.

Das vorwerfbare Verhalten des Klägers besteht nach Ansicht des Disziplinausschusses der Beklagten in der Terminvergabepraxis des Klägers. Die Unterscheidung in Stamm- und Neupatienten werde von den vertragsärztlichen Vorschriften nicht gedeckt. Auch nach Ansicht der Kammer bewegt der Kläger sich hierbei in einem Grenzbereich, ohne dass hierdurch die Schlussfolgerung des Disziplinausschusses hinsichtlich einer vertragsärztlichen Pflichtverletzung ohne weiteres gezogen werden könnte.

Der Vertragsarzt übernimmt mit seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung – die Pflicht, an ihr unter Beachtung der dafür geltenden Vorgaben

---

teilzunehmen. Gemäß [Â§ 95 Abs. 3 SGB V](#) bewirkt die Zulassung, dass er Mitglied der fÃ¼r seinen Vertragsarztsitz zustÃ¤ndigen KV wird und zur Teilnahme an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist, und dass die vertraglichen Bestimmungen Ã¼ber die vertragsÃ¤rztliche Versorgung fÃ¼r ihn verbindlich sind. Der Inhalt der Teilnahmeverpflichtung wird vor allem durch [Â§ 73 Abs. 2 SGB V](#) konkretisiert, wonach die vertragsÃ¤rztliche Versorgung u.a. die Ã¤rztliche Behandlung umfasst, die wiederum mit einem entsprechenden umfassenden Leistungsanspruch des Versicherten korrespondiert ([Â§ 11 i.V.m. Â§ 27 SGB V](#)). Aus [Â§ 13 Abs. 7 BMV-Ã](#) und [Â§ 13 Abs. 6 EKV-Ã](#) erwÃ¤chst die Verpflichtung, die Behandlung eines Versicherten nur in begrÃ¼ndeten FÃ¤llen abzulehnen. Finanzielle Aspekte wie die vermeintlich unzureichende Honorierung einer Einzelleistung im Vertragsarztrecht berechtigen den Arzt nicht, einem Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur auÃerhalb des Systems der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gÃ¤nzlich zu verweigern. Darauf kann es schon deshalb nicht ankommen, weil die Frage der kostendeckenden Honorierung fÃ¼r den einzelnen Arzt von einer Vielzahl von Faktoren abhÃ¤ngt, von denen einige von ihm selbst zu beeinflussen sind (z.B. die Kostenstruktur und der Standort seiner Praxis, die QualitÃ¤t seines Dienstleistungsangebotes u.a.); daraus folgt, dass sich die Frage, ob fÃ¼r eine Leistung eine kostendeckende VergÃ¼tung zu erzielen ist, regelmÃÃig einer generellen Beantwortung entzieht, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren abhÃ¤ngt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend zu erbringen ist oder nicht (BSG Urteil vom 14.03.2001 â [B 6 KA 67/00 R](#) â). Dem Zuschnitt der vertragsÃ¤rztlichen VergÃ¼tung insgesamt liegt eine "Mischkalkulation" zugrunde. Dieses bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst fÃ¼r eine kostengÃ¼nstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nÃ¤mlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der GesamtvergÃ¼tung hat, der in aller Regel dazu fÃ¼hrt, dass das aus der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit erzielbare Einkommen Ã¤rzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung mitzuwirken (BSG a.a.O.; BSG Urteil vom 14.03.2001 â [B 6 KA 54/00 R](#) â m.w.N.). Der einzelne Vertragsarzt ist nicht berechtigt, diese sich aus dem Gesamtsystem der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung einschlieÃlich ihrer Finanzierungsweise ergebende BeschrÃ¤nkung durch gewillkÃ¼rte HerauslÃ¶sung einzelner Leistungen aus dem vertragsÃ¤rztlichen Behandlungsangebot zu umgehen (BSG a.a.O.).

Vor dem Hintergrund dieser grundsÃ¤tzlichen ErwÃ¤gungen bewegt sich der KlÃ¤ger nach Ansicht der Kammer deshalb in einem Grenzbereich, weil sein Verhalten zwar budgetrelevante Aspekte prÃ¤gen, ihm darÃ¼ber hinaus aber nicht abgesprochen werden kann, eine Praxisorganisation zu wÃ¤hlen, die seiner Leistungs- und BudgetkapazitÃ¤t angepasst ist. Auch der Disziplinausschuss hat dem KlÃ¤ger letztlich keinen Vorwurf daraus machen wollen, dass er sich aus QualitÃ¤tsgrÃ¼nden ausreichend Zeit fÃ¼r einen Patienten nimmt. Die Zweifel, die der Disziplinausschuss an einer Ãberlastungssituation der Praxis hatte, hat er nicht weiterverfolgt. Ob sich allein aus den Frequenztabelle eine solche widerlegen lÃ¤sst, ist nach Ansicht der Kammer zweifelhaft. Es hÃ¤tte letztlich dem Disziplinausschuss obliegen, die Zweifel durch eine entsprechende ÃberprÃ¼fung der Praxiszahlen anhand eines Vergleichs mit anderen Fachpraxen zu erhÃ¤rten.

---

Wenn aber davon ausgegangen wird, dass mÄ¼glicherweise auch eine Auslastung der Praxis vorlag, so wird es dem KIÄ¼rger nicht zu verwehren sein, die Terminvergabepraxis zu regeln, solange er sich hierbei im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben befindet. In deren Rahmen bewegt er sich dann, wenn er die Patienten, deren Behandlung er aus Ä¼berlastungsgrÄ¼nden ablehnt, an einen anderen Vertragsarzt verweist. Dass dies unterblieben ist, wird nicht belegt. Der KIÄ¼rger behauptet, dass er dieser Pflicht nachgekommen ist. Diese Behauptung ist letztlich nicht widerlegt. Schlie¼lich hat der KIÄ¼rger Notfallbehandlungen ohne Unterscheidung nach Neu- oder Stammpatienten vorgenommen. Der Vorwurf, er habe die Unterscheidung nach Notfall oder Routineuntersuchung dem Praxispersonal Ä¼berlassen, lÄ¼sst sich hierbei nicht halten. Insoweit ist zunÄ¼chst zuzugestehen, dass jede Praxis in einem solchen Fall auf die Angaben des Patienten angewiesen ist. Es ist jedoch nicht erkennbar, dass das Praxispersonal des KIÄ¼rgers bei entsprechendem Vortrag eine medizinische Wertung vorgenommen hat, ob ein Notfall tatsÄ¼chlich vorliegt oder -nicht. Hinzu kommt, dass die hier maÄ¼geblichen Patienten sich gerade darÄ¼ber beschwert haben, keine Termine zu Routineuntersuchungen erhalten zu haben. Dass hier ein Notfallpatient fÄ¼lschlicherweise durch das Praxispersonal abgelehnt worden ist, wird auch vom Disziplinausschuss nicht angenommen. DarÄ¼ber hinaus kÄ¼nnte ein vorwerfbares Verhalten dann vorliegen, wenn der KIÄ¼rger die von ihm praktizierte Terminvergabe dazu benutzen wÄ¼rde, Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, zur Privatliquidation zu treiben. Dass bei den betroffenen Patienten dieser Eindruck entstanden ist, kann den Beschwerdebriefen eindeutig entnommen werden ("als Privatpatient hÄ¼tte ich mit Sicherheit sofort einen Termin bekommen"). Au¼ber bei der Patientin H ist den Beschwerdebriefen hingegen nicht zu entnehmen, dass seitens des KIÄ¼rgers tatsÄ¼chlich eine entsprechende Aufforderung erfolgt ist. Das Verhalten des KIÄ¼rgers im Fall der Patientin H stellt eine vertragsÄ¼rztliche Verfehlung dar. Denn diese wurde nach den Angaben des KIÄ¼rgers in der mÄ¼ndlichen Verhandlung bereits im Vorhinein auf die Privatliquidation hingewiesen.

Unter BerÄ¼cksichtigung sÄ¼mtlicher UmstÄ¼nde ist es nach Ansicht der Kammer sicher geboten, dass der KIÄ¼rger sein Verhalten und seine Bereitschaft, als Vertragsarzt mit den entsprechenden Rechten und Pflichten tÄ¼tig zu sein, Ä¼berprÄ¼ft. Da ihm aber letztlich nur im Fall H ein pflichtwidriges Verhalten nachzuweisen war, wÄ¼re nach Ansicht der Kammer auch unter BerÄ¼cksichtigung der Tatsache, dass der KIÄ¼rger bislang disziplinarrechtlich nicht auffÄ¼llig war, allenfalls eine Verwarnung in Betracht gekommen. Nach [Ä¼ 11](#) der auf [Ä¼ 81 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) gestÄ¼tzten Disziplinarordnung kann der Disziplinausschuss folgende Ma¼nahmen aussprechen: Verwarnung, Verweis, Geldbu¼e bis zu 10.000,- Euro und Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu zwei Jahren. Die Auswahl der Ma¼nahme steht im â¼ nur eingeschrÄ¼nkt Ä¼berprÄ¼fbaren (BSG [SozR 3-2500 Ä¼ 81 Nr. 9](#)) â¼ Ermessen des Disziplinausschusses. Aus den oben genannten GrÄ¼nden war nach Ansicht der Kammer jedoch die Erteilung eines Verweises, der bereits eine Eintragung ins Arztregister nach sich zieht, unverhÄ¼ltnismÄ¼Ùig.

Der Beschluss des Disziplinausschusses war daher aufzuheben, da der Kammer

---

lediglich ein Prüfungsrecht zusteht, es ihr aber verwehrt ist, die fÄ¼r richtig befundene Maßnahme auszusprechen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [Â§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Erstellt am: 20.04.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024