



SOZIALGERICHT DÜSSELDORF

Verkündet am 21.07.2004

Az.: S 14 KA 260/02

Regierungsangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

Kläger

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]

gegen

[REDACTED]

Beklagter

hat die 14. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf auf die mündliche Verhandlung vom 21.07.2004 durch die Richterin am Sozialgericht [REDACTED] sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. [REDACTED] und Dr. [REDACTED] für Recht erkannt:

Der Beschluss des Disziplinarausschusses der Beklagten vom 13.11.2002 wird aufgehoben.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

- 2 -

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 Bergisch Gladbach. 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 (fünf 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 ausgeführt, 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 durchgeführt. In der Begründung der Anschuldigungsschrift ist hierzu ausgeführt, dass der Vertragsarzt gem. § 13 Abs. 6 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)/§ 13 Abs. 4 Satz 1

- 3 -

Bundesmantelvertrag – Ärzte-/Ersatzkassen (EKV-Ä) 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 führte 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 Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient oder einer besonderen, durch Verweisung der Patienten an andere Vertragsärzte kompensierbaren Überlastungssituation ergeben. Ob eine solche Überlastungssituation 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 bestünde aber darin, dass er willkürlich, da ohne rechtliche Grundlage in den kassenärztlichen Bestimmungen, eine Zerteilung 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

- 4 -

Kassenpatienten missachtet, zumal für diese die Obliegenheit bestehe, den nächst-erreichbaren 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 16.12.2002 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 führen würde, dass immer längere Wartezeiten entstehen würden und der Vertragsarzt diese Patienten in immer größeren Zeitintervallen sähe. 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 nächsterreichbaren 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 Re-

de 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 Disziplinarausschusses 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.

- 6 -

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, Urte. 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 E [REDACTED], K [REDACTED], W [REDACTED], H [REDACTED] und G [REDACTED] sowie die entsprechenden Stellungnahmen des Klägers und seines früheren Praxispartners Dr. [REDACTED] (vgl. § 9 Abs. 1 der Disziplinarordnung der KV No).

Der Beschluss des Disziplinarausschusses 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 Disziplinarausschusses der Beklagten in der Terminvergabep Praxis 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 Disziplinarausschusses hinsichtlich einer vertragsärztlichen Pflichtverletzung ohne weiteres gezogen werden könnte.

Der Vertragsarzt übernimmt mit seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

- 7 -

die Pflicht, an ihr unter Beachtung der dafür geltenden Vorgaben teilzunehmen. Gemäß § 95 Abs. 3 SGB V bewirkt die Zulassung, dass er Mitglied der für seinen Vertragsarztsitz zuständigen KV wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist, und dass die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung für ihn verbindlich sind. Der Inhalt der Teilnahmeverpflichtung wird vor allem durch § 73 Abs. 2 SGB V konkretisiert, wonach die vertragsärztliche Versorgung u.a. die ärztliche Behandlung umfasst, die wiederum mit einem entsprechenden umfassenden Leistungsanspruch des Versicherten korrespondiert (§ 11 i.V.m. § 27 SGB V). Aus § 13 Abs. 7 BMV-Ä und § 13 Abs. 6 EKV-Ä erwächst die Verpflichtung, die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen abzulehnen. Finanzielle Aspekte wie die vermeintlich unzureichende Honorierung einer Einzelleistung im Vertragsarztrecht berechtigen den Arzt nicht, einem Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen oder gänzlich zu verweigern. Darauf kann es schon deshalb nicht ankommen, weil die Frage der kostendeckenden Honorierung für den einzelnen Arzt von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, von denen einige von ihm selbst zu beeinflussen sind (z.B. die Kostenstruktur und der Standort seiner Praxis, die Qualität seines Dienstleistungsangebotes u.a.); daraus folgt, dass sich die Frage, ob für eine Leistung eine kostendeckende Vergütung zu erzielen ist, regelmäßig einer generellen Beantwortung entzieht, da es von individuell beeinflussbaren Faktoren abhängt, ob eine bestimmte Einzelleistung kostendeckend zu erbringen ist oder nicht (BSG Urteil vom 14.03.2001 – B 6 KA 67/00 R –). Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung insgesamt liegt eine "Mischkalkulation" zugrunde. Dieses bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat, der in aller Regel dazu führt, dass das aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen Ärzten hinreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken (BSG a.a.O.; BSG Urteil vom 14.03.2001 – B 6 KA 54/00 R – m.w.N.). Der einzelne Vertragsarzt ist

- 8 -

nicht berechtigt, diese sich aus dem Gesamtsystem der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich ihrer Finanzierungsweise ergebende Beschränkung durch gewillkürte Herauslösung einzelner Leistungen aus dem vertragsärztlichen Behandlungsangebot zu umgehen (BSG a.a.O.).

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Erwägungen bewegt sich der Kläger nach Ansicht der Kammer deshalb in einem Grenzbereich, weil sein Verhalten zwar budgetrelevante Aspekte prägen, ihm darüber hinaus aber nicht abgesprochen werden kann, eine Praxisorganisation zu wählen, die seiner Leistungs- und Budgetkapazität angepasst ist. Auch der Disziplinausschuss hat dem Kläger letztlich keinen Vorwurf daraus machen wollen, dass er sich aus Qualitätsgründen ausreichend Zeit für einen Patienten nimmt. Die Zweifel, die der Disziplinausschuss an einer Überlastungssituation der Praxis hatte, hat er nicht weiterverfolgt. Ob sich allein aus den Frequenztabelle eine solche widerlegen lässt, ist nach Ansicht der Kammer zweifelhaft. Es hätte letztlich dem Disziplinausschuss obliegen, die Zweifel durch eine entsprechende Überprüfung der Praxiszahlen anhand eines Vergleichs mit anderen Fachpraxen zu erhärten. Wenn aber davon ausgegangen wird, dass möglicherweise auch eine Auslastung der Praxis vorlag, so wird es dem Kläger 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 Überlastungsgründen ablehnt, an einen anderen Vertragsarzt verweist. Dass dies unterblieben ist, wird nicht belegt. Der Kläger behauptet, dass er dieser Pflicht nachgekommen ist. Diese Behauptung ist letztlich nicht widerlegt. Schließlich hat der Kläger Notfallbehandlungen ohne Unterscheidung nach Neu- oder Stammpatienten vorgenommen. Der Vorwurf, er habe die Unterscheidung nach Notfall oder Routineuntersuchung dem Praxispersonal überlassen, lässt sich hierbei nicht halten. Insoweit ist zunächst zuzugestehen, dass jede Praxis in einem solchen Fall auf die Angaben des Patienten angewiesen ist. Es ist jedoch nicht erkennbar, dass das Praxispersonal des Klägers bei entsprechendem Vortrag eine medizinische Wertung vorgenommen hat, ob ein Notfall tatsächlich vorliegt oder

- 9 -

nicht. Hinzu kommt, dass die hier maßgeblichen Patienten sich gerade darüber beschwert haben, keine Termine zu Routineuntersuchungen erhalten zu haben. Dass hier ein Notfallpatient fälschlicherweise durch das Praxispersonal abgelehnt worden ist, wird auch vom Disziplinausschuss nicht angenommen. Darüber hinaus könnte ein vorwerfbares Verhalten dann vorliegen, wenn der Kläger die von ihm praktizierte Terminvergabe dazu benutzen würde, 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 hätte ich mit Sicherheit sofort einen Termin bekommen"). Außer bei der Patientin G [REDACTED] ist den Beschwerdebriefen hingegen nicht zu entnehmen, dass seitens des Klägers tatsächlich eine entsprechende Aufforderung erfolgt ist. Das Verhalten des Klägers im Fall der Patientin G [REDACTED] stellt eine vertragsärztliche Verfehlung dar. Denn diese wurde nach den Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung bereits im Vorhinein auf die Privatliquidation hingewiesen.

Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände ist es nach Ansicht der Kammer sicher geboten, dass der Kläger sein Verhalten und seine Bereitschaft, als Vertragsarzt mit den entsprechenden Rechten und Pflichten tätig zu sein, überprüft. Da ihm aber letztlich nur im Fall G [REDACTED] ein pflichtwidriges Verhalten nachzuweisen war, wäre nach Ansicht der Kammer auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Kläger bislang disziplinarrechtlich nicht auffällig war, allenfalls eine Verwarnung in Betracht gekommen. Nach § 11 der auf § 81 Abs. 4 Satz 2 SGB V gestützten Disziplinarordnung kann der Disziplinausschuss folgende Maßnahmen aussprechen: Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis zu 10.000,- Euro und Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu zwei Jahren. Die Auswahl der Maßnahme steht im – nur eingeschränkt überprüfbaren (BSG SozR 3-2500 § 81 Nr. 9) – Ermessen des Disziplinausschusses. Aus den oben genannten Gründen war nach Ansicht der Kammer jedoch die Erteilung eines Verweises, der bereits eine Eintragung ins Arztregister nach sich zieht, unverhältnismäßig.

Der Beschluss des Disziplinarausschusses war daher aufzuheben, da der Kammer lediglich ein Prüfungsrecht zusteht, es ihr aber verwehrt ist, die für richtig befundene Maßnahme auszusprechen.

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

- 11 -

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht
Nordrhein-Westfalen,
Zweigertstraße 54,

45130 Essen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

Sozialgericht Düsseldorf,
Ludwig-Erhard-Allee 21,

40227 Düsseldorf,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Düsseldorf schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.