L 4 KA 24/17

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 137/17
Datum
24.05.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 24/17
Datum
24.07.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 24. Mai 2017 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens hat der Kläger zu tragen. Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung wegen gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten und die Feststellung der Beendigung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einer Kollegin.

Der Kläger ist als praktischer Arzt seit 1978, seit 1995 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Seit 1. August 2003 war er in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin tätig, deren Ende der Zulassungsausschuss Hessen mit Beschluss vom 22. März 2016 aufgrund der hier strittigen Zulassungsentziehung feststellte. Hiergegen legten der Kläger und seine Kollegin Widerspruch ein.

Das Landgericht Gießen verurteilte den Kläger mit Urteil vom 11. Mai 2015 – 7 KLs - 401 Js 10093/11 – wegen gemeinschaftlichen Betruges in 14 Fällen sowie des versuchten gemeinschaftlichen Betruges in 7 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Nach den Urteilsgründen stimmten die Ärzte der Praxis des Klägers mit den Ärzten einer weiteren Berufsausübungsgemeinschaft ihre Urlaubszeiten direkt aufeinander ab, so dass die Praxen grundsätzlich durchgehend geöffnet und nicht ganztäglich oder gar längerfristig geschlossen gewesen seien. Soweit dennoch ein Vertretungsbedarf entstanden sei, hätten sich die Gemeinschaftspraxen über viele Jahre regelmäßig gegenseitig vertreten. Die Zusammenarbeit hätten sie im Laufe der Zeit dahingehend entwickelt, dass Vertretungen durch die jeweilige andere Praxis auch dann übernommen worden seien, wenn die Ärzte aus der vertretenden Praxis nur halbtags oder stundenweise abwesend gewesen seien. Auch im Voraus geplante Vertretungen bei Hausbesuchen seien durch die Praxen gegenseitig übernommen worden. Der Kläger und ein weiterer Arzt der anderen Gemeinschaftspraxis hätten schließlich gemeinsam den Plan entwickelt, die Fallzahlen ihrer jeweiligen Praxen dadurch zu steigern, dass sie untereinander die Daten von gesetzlich krankenversicherten Patienten austauschten und so zusätzliche fiktive Vertretungsfälle gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abrechnen zu können. Ein solcher Austausch von Versichertendaten zwischen den beiden Praxen habe in den Abrechnungsquartalen I/2007 bis I/2012 durchgehend stattgefunden. Hierfür hätten sie Vertretungsscheine und mobile Kartenlesegeräte eingesetzt. In beiden Praxen seien nach Anweisung des Klägers bzw. seines Kollegen durch das Praxispersonal für zahlreiche Patienten in der Praxis Vertretungsscheine für die jeweils andere Praxis vorbereitet worden, die mit den Versichertendaten bedruckt worden seien, und auf den Vertretungsscheinen sei regelmäßig die Gebührenordnungsposition 01430 teilweise in Kombination mit Pseudoziffern für die Praxisgebühr eingetragen worden, um den Anschein zu erwecken, für die Patienten sei in der Praxis in Vertretung ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung ausgestellt worden. Da es sich nicht um reguläre Vertretungen gehandelt habe, seien die Vertretungsscheine den betroffenen Versicherten nicht zur Unterschrift vorgelegt worden. Die Vertretungsscheine seien in der Praxis, die angeblich vertreten worden sei, gesammelt worden. Am Ende des Quartals hätten die beiden Ärzte die Vertretungsscheine untereinander zwecks Abrechnung der tatsächlich nicht erbrachten Vertretungsleistungen ausgetauscht. Zusätzlich seien mobile Kartenlesegeräte dazu verwendet worden, die Krankenversichertenkarten der Patienten für die angeblich vertretende Praxis einzulesen. Nach Umstellung auf eine vollständige elektronische Abrechnung ohne Vertretungsscheine in Papierform seien die mobilen Lesegeräte das einzige Mittel gewesen, um die Versichertendaten zwischen den Praxen auszutauschen. Die mobilen Kartenlesegeräte seien zwischen den Praxen ausgetauscht worden, wenn die Speicher der Geräte voll gewesen seien oder das Quartalsende erreicht worden sei. Die Übergabe bzw. Abholung der Geräte sei

entweder durch die Ärzte persönlich oder auf deren Veranlassung hin durch das Praxispersonal erfolgt. Pro Quartal seien zwei bis drei Lesegeräte pro Praxis ausgetauscht worden. Die Speicherkapazität der Lesegeräte habe von etwa 200 bis 500 Datensätzen pro Gerät variiert. Die Versichertendaten seien nach Austausch der Lesegeräte in der jeweiligen Praxis, die angeblich die Vertretungsleistungen erbracht haben sollte, in die Praxis-EDV übertragen worden. In den elektronischen Abrechnungsdaten sei für diese ausgetauschten Patientendaten jeweils ein Vertretungsfall erfasst und regelmäßig ausschließlich Gebührenordnungsposition 01430 eingetragen worden, um den Anschein zu erwecken, die Abrechnung der Praxis habe in Vertretung ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung für die betroffenen Versicherten ausgestellt. Tatsächlich seien für einen Teil der Patienten, deren Versichertenkarten für die jeweils andere Praxis eingelesen worden sei, auch Rezepte durch die angeblich vertretende Praxis im Namen der angeblich vertretenden Praxis ausgestellt worden. In den Praxen seien Blankorezepte mit den Praxisdaten der anderen Praxis aufbewahrt worden. Teilweise hätten diese Blankorezepte bereits die Unterschrift des Arztes der anderen Praxis getragen. Für Patienten, die ihre Rezepte zeitnah benötigten, seien bereits unterschriebene Rezeptvordrucke verwendet worden. Für andere Patienten seien nichtunterschriebene Rezeptvordrucke verwendet worden. Die Ärzte hätten diese Rezepte dann unterschrieben und diese seien zu einem späteren Zeitpunkt an die Patienten ausgehändigt worden. Durch den gegenseitigen Austausch der Versichertendaten und die Abrechnung der fiktiven Vertretungsfälle hätten die Ärzte eine erhebliche Steigerung der Fallzahlen ihrer jeweiligen Praxis in jeder Quartalsabrechnung bewirkt. Obwohl die in den irregulären Vertretungsfällen abgerechnete Gebührenordnungsposition 01430 für sich genommen keinen hohen Wert gehabt habe, hätte die Steigerung der Fallzahlen im Tatzeitraum zur Folge gehabt, dass ihnen auf Grund einer mit den steigenden Fallzahlen einhergehenden Erhöhung des Regelleistungsvolumens bei der jeweiligen Praxis in jedem Quartal ein wesentlich höheres Gesamthonorar durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zuerkannt worden sei. Durch die Steigerung ihrer Fallzahlen hätten sie gezielt die für Allgemeinmediziner im vertragsärztlichen Abrechnungssystem vorgesehenen Budgetierungsmaßnahmen umgangen. Es sei nicht auszuschließen, dass sie zum Wohl ihrer Patienten gehandelt hätten, gleichwohl hätten sie auch zur Umgehung der Budgetierungsmaßnahmen und der damit verbundenen Steigerung ihres Honoraranspruchs gehandelt. In der Praxis des anderen Arztes seien in der Zeit vom Quartal I/2007 bis zum Quartal I/2012 in jedem Quartal 472 bis 690 Vertretungsscheine immer mit der Gebührenordnungsposition 01430 zur Abrechnung gebracht worden. In der Praxis des Klägers seien im gleichen Zeitraum in jedem Quartal 416 bis 671 Vertretungsscheine nur mit der Gebührenordnungsposition 01430 zur Abrechnung gebracht worden. Beinahe bei allen Vertretungsscheinen habe es sich um reguläre Vertretungsscheine gehandelt, in denen die abgerechneten Vertretungsleistungen nicht bzw. nicht entsprechend den gesetzlichen Voraussetzungen für eine Vertretung gem. § 32 Abs. 1 der Zulassungsordnung der Vertragsärzte erbracht worden seien. Dies sei dem Angeklagten auch bewusst gewesen. Dennoch hätten sie mit ihrer Sammelerklärung bewusst wahrheitswidrig erklärt, alle mit der jeweiligen Quartalsabrechnung abgerechneten Leistungen seien von ihnen bzw. ihrem jeweiligen Gemeinschaftspraxispartner persönlich in Übereinstimmung mit den gesetzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie Abrechnungsvorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erbracht worden. Der Zeuge, der bei der Kassenärztlichen Vereinigung alle Sammelerklärungen und Quartalsabrechnungen der Angeklagten geprüft habe, sei bei der Erstellung der Honorarbescheide irrtümlich davon ausgegangen, die abgerechneten Leistungen seien tatsächlich im Einklang mit den vertragsärztlichen Vorgaben erbracht worden. Mit Schreiben vom 19. Oktober 2010 habe der Vorsitzende des Plausibilitätsausschusses C. der KVH den Geschäftsführer der KVH über die hohe Übereinstimmung gemeinsamer Patienten informiert. Der Kläger und sein Kollege hätten durch die Abrechnung der nicht bzw. nicht ordnungsgemäß erbrachten Vertretungsleistungen Honorarzahlungen erhalten wollen, auf welche sie in dieser Höhe keinen Anspruch gehabt hätten, was ihnen auch bewusst gewesen sei. Der Kläger und sein Kollege hätten sich durch die wiederholten und über mehrere Jahre erfolgten falschen Abrechnungen eine nicht nur vorübergehende, nicht ganz unerhebliche Einnahmequelle verschafft. Der Kläger und sein Kollege hätten den festgestellten Sachverhalt in vollem Umfang eingeräumt und die Tat in objektiver und subjektiver Hinsicht entsprechend den getroffenen Feststellungen geschildert. Ihre Geständnisse seien auch glaubhaft, da sie nicht im Widerspruch zu den übrigen Beweismitteln stünden. Sie hätten den im Sachverhalt festgestellten wirtschaftlichen Mindestschaden anerkannt. Die Honoraransprüche der Praxis des Kollegen seien durch die Abrechnung von insgesamt 11.335 Vertretungsfällen, in denen nur die Gebührenordnungsposition 01430 angesetzt worden sei, um insgesamt 305.777,17 EUR erhöht gewesen. Bei einem Sicherheitsabschlag von 20 % belaufe sich der wirtschaftliche Mindestschaden durch unrechtmäßig abgerechnete Vertretungsfälle für die Praxis auf 244.621,74 EUR. Für die Praxis des Klägers belaufe sich der Schaden auf 335.425,62 EUR bzw. abzüglich des Sicherheitsabschlags auf 268.340,50 EUR. Insgesamt hätten sie einen wirtschaftlichen Schaden in Höhe von 512.962,24 EUR verursacht. Der Kläger habe an die Kassenärztliche Vereinigung bereits Rückzahlungen in Höhe von insgesamt 242.802,99 EUR geleistet.

Ab dem 15. von 22 Fällen sei die Kammer zur Überzeugung gelangt, dass lediglich ein Versuch vorliege. Seit der Sitzung des Plausibilitätsausschusses C. vom 28. September 2010 hätten sich die Verdachtsmomente so sehr verdichtet, dass von einem Irrtum nicht mehr ausgegangen werden könne.

In seinen Ausführungen zur Strafzumessung wies das Landgericht u.a. darauf hin, dass zu Gunsten des Angeklagten sein Geständnis und die Wiedergutmachung des strafrechtlichen Mindestschadens gewertet worden sei. Straferschwerend sei der recht hohe Schaden, das strukturierte und planmäßige Vorgehen und die insoweit an den Tag gelegte kriminelle Energie berücksichtigt worden. Der Angeklagte habe die Tat über einen längeren Zeitraum unter Einbindung seines Praxispersonals und damit auch unter Ausnutzung eines bestehenden Abhängigkeitsverhältnisses begangen.

Der Bundesgerichtshof verwarf mit Beschluss vom 26. April 2016 – 2 StR 357/15 – die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts Gießen als unbegründet, da die Nachprüfung des Urteils aufgrund der Revisionsrechtfertigung keinen Rechtsfehler zum Nachteil des Angeklagten ergeben habe.

Die Beigeladene zu 1) beantragte mit Schreiben vom 1. Februar 2016 die Entziehung der Zulassung des Klägers wegen gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflicht. Zur Begründung wies sie darauf hin, im Rahmen der bei der Berufsausübungsgemeinschaft zunächst für die Quartale IV/2006 bis IV/2008 durchgeführten patientenbezogenen Plausibilitätsprüfung sei eine auffällig hohe Zahl von Patienten festgestellt worden, die auch von den Ärzten der weiteren Berufsausübungsgemeinschaft behandelt worden seien. In der anderen Berufsausübungsgemeinschaft sei ein Facharzt für Allgemeinmedizin und eine praktische Ärztin tätig. Diese habe ihren Sitz im selben Ort, etwa 1,2 km von der Praxis des Klägers entfernt gehabt. Nach den Feststellungen des Plausibilitätsausschusses hätten sich an gemeinsamen Patienten folgende Werte ergeben:

Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Prozent
IV/2006 2.197 1.236 56,26%

I/2007 2.251 1.279 56,82%
II/2007 2.169 1.192 54,96%
III/2007 2.164 1.203 55,59%
IV/2007 2.211 1.222 55,27%
I/2008 2.267 1.161 51,21 %
II/2008 2.155 1.159 53,78%
III/2008 2.166 1.090 50,32%
IV/2008 2.224 1.161 52,20%
I/2009 2.270 1.253 55,20 %
II/2009 2.147 1.204 56,08%
III/2009 1.951 1.024 52,49 %
IV/2009 2.288 1.262 55,16%
I/2010 2.273 1.314 57,81 %
II/2010 2.009 1.071 53,31 %
III/2010 2.124 1.217 57,30%
IV/2010 2.242 1.311 58,47%
I/2011 2.392 1.381 57,73%
II/2011 2.204 1.244 56,44%
III/2011 2.219 1.239 55,84%
IV/2011 2.287 1.329 58,11 %
I/2012 2.313 1.267 54,78 %
II/2012 2.208 1.171 53,03 %

Bei den Prüfungen sei festgestellt worden, dass die Patientenidentitäten im Wesentlichen auf dem Anlegen von Vertretungsscheinen beruhten, wobei jedoch überwiegend keine Arzt-Patienten-Kontakte abgerechnet worden seien, sondern lediglich der Verwaltungskomplex nach Nr. 01430 EBM. So seien z.B. im Quartal I/08 bei 2.269 Behandlungsfällen 625 Vertretungsscheine angelegt worden. Bei 474 dieser Vertretungsscheine seien ausschließlich die Kennziffer für die Praxisgebühr sowie der Verwaltungskomplex in Rechnung gestellt worden. Weiterhin habe eine notwendige Übernahme der Patienten nicht nachvollzogen werden können, da die zu vertretende Praxis jeweils besetzt gewesen sei. Gegen den Kläger und seinen Kollegen sei Anklage erhoben worden. Das Verfahren gegen die jeweiligen Partner in den Berufsausübungsgemeinschaften sei zuvor gem. § 170 Abs. 2 StPO eingestellt worden. Das Landgericht Gießen habe den Kläger zwischenzeitlich verurteilt. Der Kläger habe somit in betrügerischer Absicht fortgesetzt falsche Abrechnungen eingereicht und auf diese Weise Honorare generiert, welche ihm nicht zugestanden hätten. Die Verletzung seiner Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung sei darüber hinaus gravierend, da das System der gesetzlichen Krankenversicherung auf die unbedingte Ehrlichkeit und Gewissenhaftigkeit des Vertragsarztes zwingend angewiesen sei. Die besondere Schwere der Straftat ergebe sich ebenfalls aus dem Strafmaß des Urteils des Landgerichts Gießen und der darin enthaltenen Begründung. Jedenfalls seien die Straftaten des Klägers so schwerwiegend, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und ihr bzw. den Krankenkassen nicht mehr bestehe und die weitere Zusammenarbeit mit dem Kläger nicht mehr zumutbar sei.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen lud den Kläger unter Datum vom 4. April 2016 zu einer mündlichen Verhandlung am 22. März 2016, zu der der Prozessbevollmächtigte des Klägers erschien.

Der Kläger beantragte mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 10. März 2016 die Verlegung des Verhandlungstermins und die Anordnung des Ruhens des Verfahrens. Er trug vor, die Angaben im Antrag der Beigeladenen zu 1) seien fehlerhaft, zumindest unvollständig. Er habe eine Täuschung bei der Beigeladenen zu 1) gar nicht hervorrufen können, da diese bereits seit dem Jahre 2003 Kenntnis gehabt habe, das möglicherweise unberechtigte/unzulässige Honorarabrechnungen durchgeführt worden seien. Ein als Zeuge vernommener Abteilungsleiter der Beigeladenen zu 1) habe im Strafverfahren ausgesagt, dass bereits 2003 die hohe Zahl gemeinsamer Patienten aufgefallen sei. 2006 sei die Überprüfung wiederholt worden mit der gleichen Feststellung. Beide Male sei er nicht informiert worden. Die zu 2) beigeladene AOK Hessen habe sich im Januar 2008 an die Beigeladene zu 1) gewandt und erneut auf die auffällig hohe Zahl gemeinsamer Patienten hingewiesen. Eine Information der betroffenen Ärzte sei wiederum nicht erfolgt, um mögliche staatsanwaltliche Ermittlungsergebnisse nicht zu gefährden. Im Strafurteil werde deshalb auch nicht in allen Fällen ein vollendeter Betrug angenommen. Es sei ein Revisionsverfahren anhängig. Gegenstand sei die Frage der Vorsatztat, zum Anderen die Höhe des Schadens bei rechtzeitiger Information im Jahre 2003, spätestens im Jahre 2008, wäre gar kein Schaden oder nur ein extrem geringer Schaden entstanden. Das Verhalten der Beigeladenen zu 1) müsse auch im hiesigen Verfahren Berücksichtigung finden. Zu berücksichtigen sei auch, dass er bereits mit Schreiben vom 9. Juni 2015 die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens beantragt habe. Er habe bisher allerdings noch keinen Nachfolger finden können. Durch den Entzug der Zulassung würde sich weiterhin eine Gefährdung der ärztlichen Versorgung in der Gemeinde seines Praxissitzes ergeben. Sein Kollege habe seine Zulassung bereits beendet, ohne einen Nachfolger zu finden.

Die Beigeladene zu 1) wies unter Datum vom 21. März 2016 darauf hin, ihr werde regelhaft von der ermittelnden Staatsanwaltschaft untersagt, Kontakt zu dem strafrechtlichen Beschuldigten aufzunehmen, um die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft (Verdunklungsgefahr) nicht zu gefährden. Eine Konstruktion einer Mitschuld ihrerseits sei mehr als abwegig. Die Rechtskraft eines Strafurteils sei keine Voraussetzung für die Durchführung eines Entziehungsverfahrens. Bei einem laufenden Entziehungsverfahren sei ein Nachbesetzungsverfahren auszusetzen. Ein vermeintlicher Versorgungsengpass sei kein Grund für eine Aussetzung oder ein Ruhen.

Der Zulassungsausschuss entzog mit Beschluss vom 22. März 2016 dem Kläger die Zulassung.

Hiergegen legte der Kläger am 26. Juli 2016 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, das Fehlverhalten der Beigeladenen zu 1) führe dazu, dass eine Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung nicht gerechtfertigt sei. Ohne das Fehlverhalten hätte es niemals das bis dahin strafrechtlich relevante Verhalten gegeben. Es hätte eine Information erfolgen können, da Möglichkeiten zur Vertuschung nach durchgeführter Abrechnung gar nicht mehr gegeben seien. Die Abrechnungsdaten lägen der Beigeladenen zu 1) vor und könnten nachträglich vom Arzt nicht mehr geändert werden.

Der Beklagte führte eine mündliche Verhandlung durch, zu der der Prozessbevollmächtigte des Klägers erschien.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 30. November 2016, ausgefertigt am 2. Februar 2017, die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung der gröblichen Pflichtverletzung bezog er sich wesentlich auf das Urteil des Landgerichts Gießen. Weiter führte er aus, der Kläger habe über Jahre hinweg gewerbsmäßig handelnd betrügerische Abrechnungen vorgenommen und durch diese manipulierten Abrechnungen unrechtmäßige Honorarzahlungen in der vom Landgericht festgestellten Höhe erhalten. Bei einem solchen Fall müsse zweifelsfrei davon ausgegangen werden, dass das Vertrauen in die Redlichkeit des Klägers nachhaltig und unumkehrbar zerstört worden sei, sodass lediglich eine Entfernung aus dem vertragsärztlichen System in Betracht komme. Ein milderes Mittel stehe nicht zur Verfügung, da jede andere Maßnahme den Verbleib des Klägers im vertragsärztlichen System zur Folge hätte, was im Hinblick auf den eingetretenen Vertrauensschaden nicht zu rechtfertigen sei. Hiergegen könne nicht der Einwand erhoben werden, der Beigeladene zu 1) habe die Abrechnungsmanipulationen über Jahre hingenommen. Die Beigeladene zu 1) sei am vertragsärztlichen System nicht allein beteiligt, beteiligt seien auch die Versicherten und die gesetzlichen Krankenversicherungen. Für diese könne nicht geltend gemacht werden, dass sie Kenntnis von den Manipulationen des Klägers gehabt hätten. So sei zumindest gegenüber diesen beiden Gruppen von der beschriebenen Zerstörung des Vertrauens auszugehen. Entscheidend sei im Übrigen, dass der Kläger über Jahre hinweg bewusst und gezielt Abrechnungsmanipulationen vorgenommen habe. Mit diesem Verhalten habe er eindeutig an den Tag gelegt, dass er das in ihn gesetzte Vertrauen, welches Voraussetzung für das Funktionieren des vertragsärztlichen Abrechnungssystems sei, nicht verdiene. Mithin stehe die gröbliche Pflichtverletzung außer Frage. Die gröbliche Pflichtverletzung habe auch über Jahre angedauert und zu einem erheblichen Vermögensschaden geführt. Es habe sich nicht um einen Einzelfall bei Gelegenheit einer einzelnen Sammelerklärung, sondern vielmehr um eine gewerbsmäßig angelegte dauerhafte kriminelle Tätigkeit gehandelt. Der Entzug der vertragsärztlichen Zulassung stelle sich damit als die einzig mögliche wirksame Maßnahme dar, entspreche damit auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Mittel.

Hiergegen hat der Kläger am 10. Februar 2017 die Klage erhoben.

Er hat weiterhin der Auffassung vertreten, dass zwar ein vorwerfbares Verhalten in Bezug auf die abgerechneten Vertretungsfälle vorliege. Aufgrund des Verhaltens der Beigeladenen zu 1) und der Krankenkassen rechtfertige dies jedoch nicht den vollständigen Entzug der vertragsärztlichen Zulassung. Im Übrigen hat er die Besetzung des Berufungsausschusses gerügt. Der ärztliche Beisitzer Herr Dr. D. sei in D-Stadt und damit im Bundesland Thüringen ansässig. Er habe die – fiktive – Schadenssumme zwischenzeitlich zurückgezahlt, da ein Widerspruch keine aufschiebende Wirkung habe. Nach seiner Ansicht ergebe sich sogar eine Überzahlung von ca. 130.000,00 EUR, da im Rahmen des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens immer wieder durch die Beigeladene zu 1) eine neue Schadensberechnung vorgelegt worden sei, die um etwa diesen Betrag niedriger sei, als der im Rückforderungsbescheid aus dem Plausibilitätsprüfungsverfahren festgelegte Betrag. Ein Vertrauensverlust der Patienten könne überhaupt nicht eingetreten sein. Die jetzige Fallzahl der Praxis liege sogar höher als die Fallzahl im Rahmen der im Strafverfahren/Plausibilitätsverfahren geprüften Quartale. Die Patienten seien völlig mit seiner ärztlichen Behandlung einverstanden. Sie interessierten sich überhaupt nicht für die Frage der internen Abrechnung der Beigeladenen zu 1) oder für sein Verhältnis zu den Krankenkassen. Er habe bereits vor längerer Zeit ein Ausschreibungsverfahren eingeleitet, leider seien zwei Interessenten zwischenzeitlich "abgesprungen", da sie den angemessenen Kaufpreis, der durch einen sachverständigen Gutachter ermittelt worden sei, nicht hätten bezahlen wollen. Mit einem weiteren Interessenten verhandle er derzeit.

Der Beklagte hat vorgetragen, der Beisitzer Dr. D. sei bis zum 31. März 2012 als Facharzt für Allgemeinmedizin in E-Stadt/Vogelsbergkreis im Bundesland Hessen vertragsärztlich zugelassen gewesen. Er verfüge mithin über ausgezeichnete Kenntnisse des hessischen Vertragsarztsystems. Eine Vorschrift, derzufolge die Mitglieder des Berufungsausschusses ihren Wohnsitz im Bundesland Hessen haben müssten, existiere nicht. Ein Wohnsitz in Hessen sei auch keine Voraussetzung für eine vertragsärztliche Zulassung in diesem Bundesland. Dies gelte entsprechend auch für die Ausübung des Ehrenamtes. Das Landgericht Gießen gehe in seinem Urteil für die Honorarabrechnungen für die Quartale I/2007 bis II/2010 von vollendetem Betrug aus, während für die nachfolgenden Quartalsabrechnungen III/2010 bis I/2012 von einem versuchten Betrug ausgegangen werde, da wegen der Verdichtung der Verdachtsmomente ab diesem Zeitpunkt von einem Irrtum über die Verpflichtung der Beigeladenen zu 1) zur Erbringung der Honorare nicht mehr ausgegangen werden könne. Bereits aus diesem Grund sei die Entziehung nicht zu beanstanden. Auch in den Folgequartalen liege aber eine deutliche Pflichtverletzung im Übrigen vor. Ein Verstoß gegen das Gebot zur peinlich genauen Abrechnung sei auch dann anzunehmen, wenn die Täuschungshandlung nicht mehr zur Erzeugung eines Irrtums führen könne, weil hinreichende Kenntnisse über die Täuschungsversuche vorhanden gewesen seien. Für die gröbliche Pflichtverletzung sei nicht entscheidend, dass tatsächlich eine Irrtumserregung stattgefunden habe. Auf die Wiedergutmachung des Schadens komme es nicht an, da dadurch die gröbliche Pflichtverletzung nicht ungeschehen werde. Gleichfalls komme es nicht auf die vom Kläger behauptete Überzahlung an. Auch die weitere Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Leistungen durch Patienten führe nicht dazu, dass die begangenen Straftaten zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung ungeschehen würden. Es sei nicht zu beanstanden, dass die Beigeladene zu 1) mit ihrem Entziehungsantrag zugewartet habe, bis das Strafverfahren vor dem Landgericht Gießen abgeschlossen gewesen sei.

Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 15. Februar 2017 die Beiladung ausgesprochen.

Es hat nach Anhörung die Klage mit Gerichtsbescheid vom 24. Mai 2017 abgewiesen.

Der angefochtene Bescheid vom 2. Februar 2017 sei rechtmäßig. Er sei daher nicht aufzuheben gewesen. Rechtsgrundlage hierfür sei § 95 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 27 Ärzte-ZV. Danach sei die Zulassung u. a. zu entziehen, wenn der Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

Der Bescheid sei formell rechtmäßig. Der Beklagte sei nicht fehlerhaft besetzt gewesen. Wohnsitzvorgaben macht das Gesetz nicht, ebensowenig §§ 34, 35 Ärzte-ZV. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) müsse es sich bei den Vertretern der Ärzte nicht um Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 Abs. 3 SGB V) handeln. Von daher sei es unerheblich, wo die einzelnen Mitglieder des Beklagten ihren Wohnsitz hätten.

Der Bescheid sei auch materiell rechtmäßig. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, ist eine Pflichtverletzung gröblich, wenn sie so schwer wiegt, dass ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist. Davon ist dann auszugehen, wenn durch sie das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen

in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch den Vertragsarzt so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht mehr zugemutet werden kann. Nicht erforderlich sei, dass den Vertragsarzt ein Verschulden treffe; auch unverschuldete Pflichtverletzungen können zur Zulassungsentziehung führen. Wegen der Schwere des Eingriffs sei die Entziehung selbst immer ultima ratio. Die Zulassungsentziehung dürfe unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur ausgesprochen werden, wenn sie das einzige Mittel zur Sicherung und zum Schutz der vertragsärztlichen Versorgung sei. Vorrangig kämen Disziplinarmaßnahmen in Betracht; insbesondere als milderes Mittel sei die Anordnung des Ruhens (vgl. 95 Abs. 5 SGB V) zu prüfen. Maßgeblicher Zeitpunkt für die rechtliche und tatsächliche Beurteilung nicht vollzogener Entziehungsentscheidungen sei der Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung. Nach der Entscheidung des Berufungsausschusses liegende Umstände - wie eine Änderung des Verhaltens - könnten nur in einem Verfahren auf Wiederzulassung gewürdigt werden. Eine Zulassungsentziehung erfordere keine Negativprognose für das künftige Verhalten des Leistungserbringers im Sinne der Feststellung einer Wiederholungsgefahr, da § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V nicht auf die Steuerung künftigen Verhaltens ausgerichtet sei, sondern auf eine nachträgliche Reaktion auf ein in der Vergangenheit liegendes pflichtwidriges Verhalten.

Für Vertragszahnärzte gelte das Gebot peinlich genauer Abrechnung der zu vergütenden Leistungen. Hierzu ist auch die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung zu rechnen. Leistungen dürften nicht abgerechnet werden, die der Arzt entweder nicht oder nicht vollständig oder - sofern sie sein Tätigwerden voraussetzen - nicht selbst erbracht habe. Dies sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts deshalb von so entscheidender Bedeutung, weil ordnungsgemäße Leistungserbringung und peinlich genaue Abrechnung lediglich in einem beschränkten Umfang der Überprüfung durch diejenigen zugänglich seien, die die Gewähr für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu tragen haben, nämlich die KV und die Krankenkassen. Insbesondere die Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung gehöre daher zu den Grundpflichten des Arztes. Mit der Abrechnungs- und Sammelerklärung (§ 16 Abs. 2 EKV-Z) garantiere der Vertragsarzt, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Behandlungsausweisen bzw. Datenträgern zuträfen. Wiederholt unkorrekte Abrechnungen können die Zulassungsentziehung rechtfertigen. Bei einem Verdacht auf Abrechnungsbetrügereien sei eine Übermittlung von Daten aus strafrechtlichen Ermittlungsverfahren gemäß § 14 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 13 Abs. 2 Satz 1 EGGVG bereits vor Erhebung der öffentlichen Klage rechtmäßig und könne die Verwendung der übermittelten Daten in dem Zulassungsentziehungsverfahren somit zulässig sein. Die Zulassungsgremien könnten vor einer Zulassungsentziehung den rechtskräftigen Abschluss eines Strafverfahrens abwarten. Die lange Dauer eines Strafverfahrens habe keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Entscheidung über die Zulassungsentziehung in der Sache. Sozialgerichte dürften bei ihrer Feststellung, ob der Arzt sich als ungeeignet erwiesen hat, vorliegende bestandskräftige Entscheidungen anderer Gerichte und auch die Ergebnisse staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen verwerten. Dagegen könne die Höhe der Strafe für die Entscheidung über die Entziehung der Zulassung bereits deshalb nicht unmittelbar herangezogen werden, weil es sich bei der Entziehung der Zulassung nicht um eine Strafe, sondern um eine Verwaltungsmaßnahme handelt, die dem verloren gegangenen Vertrauen in die Einhaltung der vertragsarztrechtlichen Pflichten Rechnung trage und der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung diene. Die Höhe der Strafe könne daher allenfalls Hinweise für die Beurteilung der Schwere der Pflichtverletzung geben. Letztlich sei aber auch diese Frage von den Zulassungsgremien und den Gerichten eigenständig zu beurteilen. Im Übrigen könne ein geringeres Strafmaß, dem ein kooperatives Verhalten des Angeklagten im Strafprozess zugrunde liegt, im sozialgerichtlichen Verfahren keine Berücksichtigung finden, wenn sich dieses Verhalten im sozialgerichtlichen Verfahren nicht fortsetze und wenn die Prognose eines künftig pflichtgemäßen Verhaltens auch aufgrund der fehlenden Einsicht des Arztes in sein Fehlverhalten nicht gestellt werden könne.

Der angefochtene Bescheid des Beklagten sei aus den dort ausgeführten Gründen rechtmäßig. Ergänzend weise die Kammer darauf hin, dass der Vorwurf der gröblichen Pflichtverletzung nicht entfalle, wenn eine KV von Abrechnungsmanipulationen Kenntnis erhalte, ohne den Vertragsarzt wegen eines laufenden Plausibilitätsverfahrens hierüber sogleich zu informieren. Es sei der Vertragsarzt, der für seine Abrechnung verantwortlich sei. Der Kläger sei sich offensichtlich nicht der Schwere seines eigenen Fehlverhaltens und der Verantwortung für sein Tun bewusst ist, wenn er wiederholt vortragen lässt, ohne das Fehlverhalten der Beigeladenen zu 1) hätte es niemals das bis dahin strafrechtlich relevante Verhalten gegeben. Es sei der Kläger selbst, der nach den Feststellungen des Landgerichts, denen die Kammer folgt, in betrügerischer Absicht die Abrechnungen manipuliert habe. Im Übrigen habe das Landgericht die teilweise Kenntnis der Beigeladenen zu 1) insofern berücksichtigt, als es z. T. nur von einem Versuch ausgegangen sei. Selbst wenn man von der vom Kläger behaupteten "Überzahlung" ausginge, verbleibe ein Schadensumfang und ein kriminelles Vorgehen des Klägers, das eine Zulassungsentziehung auf jeden Fall rechtfertigen würde. Angesichts des Umfangs des Schadens und der sich über viele Quartale hinziehenden Falschabrechnung, die zu Steigerungen der Honorarumsätze führte, sei die Zulassungsentziehung auch verhältnismäßig.

Der Gerichtsbescheid ist dem Kläger am 29. Mai 2017 zugestellt worden.

Die hiergegen gerichtete Berufung des Klägers ist am 28. Juni 2017 bei dem Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Der Kläger trägt vor, ihm seien die Schwere des eigenen Fehlverhaltens und die Verantwortung für sein Tun durchaus bewusst. Aus der Durchführung des strafrechtlichen Rechtsmittelverfahrens könne nicht zum Nachteil des Klägers geschlossen werden, dass er seine strafrechtliche Verantwortung nicht akzeptiere. Die Besonderheit des Falles bestehe vielmehr darin, dass der Beigeladenen zu 1) seit 2003 positiv bekannt gewesen sei, dass vom Kläger unrichtige Abrechnungen eingereicht worden seien. Auch die Krankenkassenverbände seien über die fehlerhafte Abrechnung des Klägers informiert gewesen. Im Rahmen der im Strafverfahren durchgeführten Akteneinsicht sei eine E-Mail der Beigeladenen zu 2) vom 21. Januar 2008 bekannt geworden, in der sich diese an die Beigeladene zu 1) gewandt habe und erneut auf die auffällig hohe Zahl gemeinsam Patienten der Praxis des Klägers mit der Nachbarpraxis im Ort hingewiesen habe. Erstmals mit Schreiben vom 11. Juni 2012 sei eine Information bezüglich der Fehlerhaftigkeit der Abrechnungen an den Kläger erfolgt.

Der Kläger ist der Rechtsauffassung, aufgrund dieser besonderen Umstände rechtfertigte das erhebliche Fehlverhalten des Klägers gleichwohl nicht den vollständigen Entzug der Zulassung. Die Beigeladene zu 1) habe als Körperschaft des öffentlichen Rechts Schutzpflichten und Informationspflichten gegenüber dem Kläger. Sie hätte den Kläger nicht über eine Vielzahl von Quartalen im Unklaren darüber lassen dürfen, dass nach ihrer Ansicht eine betrügerische Abrechnung eingereicht werde. Dem Kläger hätte sein Fehlverhalten früher vor Augen geführt werden müssen, dann hätte sich gerade nicht der lange Zeitraum eines Fehlverhaltens mit einem möglicherweise hohen Schaden ergeben. Auf einen Vertrauensverlust könne sich die Beigeladene zu 1) daher im Rahmen des Entzuges der vertragsärztlichen Zulassung nicht berufen. Sie habe gerade nicht auf die Richtigkeit der Abrechnung vertraut. Gleiches gelte gegenüber den Verbänden der Krankenkassen. Auch diese hätten positive Kenntnis von der Fehlerhaftigkeit der Abrechnungen vor dem Jahr 2008

gehabt. Auch bei den Patientinnen und Patienten sei kein Vertrauensverlust aufgetreten. Aufgrund der Abrechnungsystematik sei es dem einzelnen Patienten egal, welche Leistungen der Kläger gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechne, da davon weder finanzielle Vorteil noch Nachteile habe. Maßgeblich sei allein die ordnungsgemäße medizinische Versorgung.

Der Kläger beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 14. Mai 2017 und den Bescheid des Beklagten vom 2. Februar 2017 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte trägt vor, die Kernfrage des vorliegenden Rechtsstreits, ob die Kenntnis des Betrugsopfers von den Täuschungshandlungen des Täters dazu führe, dass die Täuschungshandlung selbst als so geringfügig eingeschätzt werden könne, dass sie nicht mehr als gröbliche Pflichtverletzung gewertet werden könne, sei zu verneinen. Der Vorwurf knüpfe nicht am Handlungserfolg sondern an der Handlung selbst an. Der Vorwurf der gröblichen Pflichtverletzung beim Abrechnungsbetrug bestehe mithin unabhängig davon, ob die betrügerische Handlung von Erfolg gekrönt gewesen sei. Alternative oder mildere Maßnahmen stünden nicht zur Verfügung, da diese stets zur Folge hätten, dass der Kläger im vertragsärztlichen System verbleibe, was angesichts der Schwere der gegen ihn erhobenen Vorwürfe und es dadurch begründeten Misstrauens nicht vertretbar wäre. Die Wiedergutmachung des Schadens, sei eine Selbstverständlichkeit, die sich der zur Wiedergutmachung Verpflichtete nicht im positiven Sinne anrechnen lassen könne.

Die Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung habe zum Ziel, unredlich Vertragsärzte aus dem vertragsärztlichen System zu entfernen. Derartige Maßnahmen könnten und müssten unabhängig von der konkreten Versorgungssituation vor Ort erfolgen.

Wegen des Ergebnisses der mündlichen Verhandlung wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 24. Juli 2019 verwiesen. Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht ist zu Recht zu dem Ergebnis gelangt, dass die Klage unbegründet ist.

Rechtsgrundlage der angefochtenen Entscheidung des Beklagten ist § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V. Danach ist einem Vertragsarzt die Zulassung unter anderem dann zu entziehen, wenn er seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Eine Pflichtverletzung ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der der Senat folgt, gröblich, wenn sie so schwer wiegt, dass ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist (auch zum Folgenden BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – B 4 KA 49/11 R –, juris Rn. 20 m.w.N.). Davon ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss vom 26. September 2016 1 BvR 1326/15 – , juris, Rn. 40) wie auch des Bundessozialgerichts auszugehen, wenn die gesetzliche Ordnung der vertragsärztlichen Versorgung durch das Verhalten des Arztes in erheblichem Maße verletzt wird und das Vertrauensverhältnis zu den vertragsärztlichen Institutionen tiefgreifend und nachhaltig gestört ist, sodass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht mehr zugemutet werden kann. Bei der Auslegung ist den aus Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz folgenden Grenzen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes Rechnung zu tragen; dabei dient es der Sicherung des gewichtigen Gemeinwohlbelangs der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, ausschließlich geeignete Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen (BVerfG a.a.O., Rn. 43). Die Zulassungsentziehung darf nur ausgesprochen werden, wenn sie das einzige Mittel zur Sicherung und zum Schutz der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Nach § 27 Satz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in der bis 10. Mai 2019 geltenden Fassung hat der Zulassungsausschuss von Amts wegen über die vollständige oder hälftige Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen können die Entziehung der Zulassung beim Zulassungsausschuß unter Angabe der Gründe beantragen (§ 27 Satz 2 Ärzte-ZV a.F.).

Maßgeblicher Zeitpunkt der Sach- und Rechtslage ist der der Entscheidung durch den Berufungsausschuss (BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – B 6 KA 49/11 R – juris, Rn. 24 ff., insbesondere 32 ff.).

Die angegriffene Entscheidung des Beklagten leidet an keinen formellen Mängeln; hinsichtlich der ordnungsgemäßen Besetzung des Beklagten wird auf die Entscheidungsgründe des angegriffenen Urteils verwiesen (§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz).

Der Bescheid ist auch materiell rechtmäßig. Der Kläger hat das Gebot peinlich genauer Abrechnung in besonders gröblicher Weise verletzt.

Für die Frage der Gröblichkeit der Pflichtverletzung ist maßgeblich, welchen Stellenwert die verletzte Pflicht hat und wie schwer der Verstoß unter Berücksichtigung seiner Eigenart wiegt. Eine für die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung grundlegende Pflicht von großem Gewicht ist insbesondere die Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung. Denn das Abrechnungs- und Honorierungssystem der vertragsärztlichen Versorgung baut auf Vertrauen auf. Der Honorierung werden die Angaben der Leistungserbringer über die von ihnen erbrachten Leistungen zugrunde gelegt; eine Überprüfung erfolgt nur bei Auffälligkeit oder stichprobenweise. Da also bei der Honorierung die Angaben der Leistungserbringer grundsätzlich als zutreffend zugrunde gelegt werden, muss auf deren Richtigkeit vertraut werden können: Dies ist ein Fundament des Systems der vertragsärztlichen Versorgung (BSG, Urteil vom 21. März 2012 – B 6 KA 22/11 R –, SozR 4-2500 § 95 Nr. 24, juris Rn. 24 f.).

Gerichte können bei ihrer Feststellung, ob der Arzt ein Delikt begangen und damit seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt und sich als ungeeignet für die vertragsärztliche Tätigkeit erwiesen hat, vorliegende bestandskräftige Entscheidungen anderer Gerichte und auch die Ergebnisse staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen verwerten (BSG, Beschluss vom 2. April 2014 – B 6 KA 58/13 B –, juris Rn. 17; Beschluss vom 27. Juni 2007 - B 6 KA 20/07 B -, juris Rn. 12; Beschluss vom 5. Mai 2010 – B 6 KA 32/09 B –, MedR 2011, 307, zitiert nach juris Rn. 9; Beschluss vom 31. August 1990 – 6 BKa 33/90 –, juris Rn. 5; Beschluss vom 27. Februar 1992 – 6 BKa 15/91 –, juris Rn. 27).

Dagegen kann die Höhe der Strafe für die Entscheidung über die Entziehung der Zulassung bereits deshalb nicht unmittelbar herangezogen werden, weil es sich bei der Entziehung der Zulassung nicht um eine Strafe, sondern um eine Verwaltungsmaßnahme handelt, die dem verloren gegangenen Vertrauen in die Einhaltung der vertragsarztrechtlichen Pflichten Rechnung trägt und der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung dient (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Februar 2011 - B 6 KA 49/10 B – juris Rn. 20 m.w.N.). Die Höhe der Strafe kann daher allenfalls Hinweise für die Beurteilung der Schwere der Pflichtverletzung geben (vgl. auch zum Folgenden BSG, Beschluss vom 02. April 2014 – B 6 KA 58/13 B –, juris Rn. 17). Letztlich ist aber auch diese Frage von den Zulassungsgremien und den Gerichten eigenständig zu beurteilen.

Aufgrund der rechtskräftigen Verurteilung des Klägers durch das Landgericht Gießen, Urteil vom 11. Mai 2015 – 7 KLs - 401 Js 10093/11 – und der dortigen Tatsachenfeststellungen sowie des Inhalts der vom Beklagten vorgelegten Verwaltungsvorgänge steht für den Senat fest, dass der Kläger und ein weiterer Arzt der anderen Gemeinschaftspraxis in der oben (Seite 3 bis 8 dieses Urteils) wiedergegebenen Weise den Plan entwickelten, die Fallzahlen ihrer jeweiligen Praxen dadurch zu steigern, dass sie untereinander die Daten von gesetzlich krankenversicherten Patienten austauschten und so zusätzliche fiktive Vertretungsfälle gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abrechnen zu können. Ein solcher Austausch von Versichertendaten zwischen den beiden Praxen hat in den Abrechnungsquartalen I/2007 bis I/2012 durchgehend stattgefunden. Hierdurch kam es aufgrund der durch die derartige Abrechnung von fiktiven Vertretungsfällen verursachten Irrtums bei Mitarbeitern der Beigeladenen zu 1) und den zunächst unbeanstandet erfolgten Honorarzahlungen zu einem Mindestschaden, der sich für die Praxis des Klägers auf 335.425,62 EUR bzw. abzüglich des Sicherheitsabschlags auf 268.340,50 EUR beläuft.

Von besonders hohem Gewicht für die Bewertung der Pflichtverletzung als gröblich ist zunächst die vorsätzlich betrügerische Begehungsweise der Verletzung der Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung, die über Jahre angedauert hat und zu einem erheblichen Vermögensschaden geführt hat. Insoweit nimmt auch der Senat Bezug auf die Begründung des Beschlusses des Beklagten vom 2. Februar 2017, S. 7 bis 9. Darüber hinaus kommt eine besondere Gröblichkeit der Pflichtverletzung in der Verabredung mit einem anderen Arzt zur Ermöglichung des vorsätzlichen Betrugs unter Einbeziehung seines Praxispersonals und damit auch unter Ausnutzung eines bestehenden Abhängigkeitsverhältnisses sowie in der mit dem Datenaustausch zu Tage tretenden Missachtung grundlegender datenschutzrechtlicher Bestimmungen zum Ausdruck (zur Relevanz einer derartigen Bewertung vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. August 2013 – L 7 KA 24/12 –, juris Rn. 42). Insoweit nimmt der Senat auf die Tatsachenfeststellungen des Landgerichts Gießen im Urteil vom 11. Mai 2015 – 7 KLs - 401 Js 10093/11 – Bezug.

Demgegenüber ist die Angemessenheit der Entziehung der Zulassung nicht dadurch in Zweifel zu ziehen, dass der Kläger schon mindestens 242.802,99 EUR an Rückzahlungen geleistet hat, bevor der Beschluss des Beklagten vom 2. Februar 2017 ergangen ist. Insoweit handelt es sich lediglich um die Erfüllung einer Rechtspflicht, die die jahrelang andauernde Begehung von Straftaten nicht in der Weise aufwiegen kann, dass ein milderes Mittel geboten wäre.

Ob der Beigeladenen zu 1), zu 2) oder den Zulassungsgremien im Zusammenhang mit dem Entziehungsverfahren Versäumnisse anzulasten sind, etwa wegen zu zögerlicher Bearbeitung, wegen unzureichender Ermittlungen oder bewusster ermittlungstaktischer Rücksichtnahme auf die Strafverfolgungsbehörden, ist für die Frage der Zumutbarkeit der Fortsetzung der Zusammenarbeit ohne Bedeutung (ähnlich Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. August 2013 – L 7 KA 24/12 –, Rn. 49, juris, damals im Rahmen der Prüfung des sog. Wohlverhaltens). Zudem hat das Sozialgericht zutreffend darauf hingewiesen, dass der Aspekt, dass das Fehlverhalten jedenfalls seit der Sitzung des Plausibilitätsausschusses C. vom 28. September 2010 den Prüfungsgremien und anschließend der Beigeladenen zu 1) bekannt war, in die Würdigung der Schwere des Verstoßes insoweit miteingeflossen ist, als nur eine Versuchsstrafbarkeit zugrunde gelegt wurde. Das Landgericht Gießen ist nämlich ab diesem Zeitpunkt lediglich von einer Versuchsstrafbarkeit ausgegangen; der Beklagte nahm keine abweichende Würdigung vor. Die vom Kläger vorgetragenen Aspekte griffen nur, wenn sie ab einem früheren Zeitpunkt die Tatvollendung in Zweifel ziehen könnten. Dies ist aber in Anbetracht der Tatsachenfeststellungen im Urteil des Landgerichts Gießen nicht der Fall.

Weitere Aspekte eines Wohlverhaltens oder einer Wiedergutmachung, die zeitlich nach der Entscheidung des Beklagten liegen, sind wegen des maßgeblichen Zeitpunkts der Beurteilung der Sach- und Rechtslage – dem der Entscheidung des Beklagten – nicht zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012 – B 6 KA 49/11 R – juris, Rn. 24 ff., insbesondere 32 ff.).

Weitere Umstände die eine andere Bewertung der Verhältnismäßigkeit tragen könnten, sind weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Nach alledem begegnet auch die Feststellung der Beendigung der Berufsausübungsgemeinschaft keinen Bedenken. Allerdings dürfte die Rechtsgrundlage entgegen der Rechtsauffassung des Beklagten nicht eine Annexkompetenz zur Ermächtigung zur Entziehung der Zulassung sein, denn die beabsichtigten Rechtswirkungen zielen auf die Aufhebung der Wirkungen der Genehmigung der BAG, da die Genehmigung wegen der Entziehung rechtswidrig geworden ist (vgl. auch Pawlita, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016 (Stand 1.7.2019), § 95 SGB V, Rn. 188 m.w.N.). Insoweit wäre zu erwägen, dass sich jedenfalls im Verhältnis zum Kläger der Verwaltungsakt der Genehmigung der BAG durch die Entziehung der Zulassung erledigt hat. Folgt man diesem Gedanken nicht, so wäre Rechtsgrundlage der Feststellung § 48 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz –, dessen Voraussetzungen offensichtlich gegeben sind.

Die Kostengrundentscheidung folgt aus § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht gegeben.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2020-11-19