

L 12 KA 84/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 39 KA 3229/01

Datum

17.04.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 84/02

Datum

19.03.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 17. April 2002 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat dem Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

[L 12 KA 84/02](#)

[S 39 KA 3229/01](#)

BAYER. LANDESSOZIALGERICHT

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

in dem Rechtsstreit

I. M.

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigte: I. J.

g e g e n

Berufungsausschuss für Ärzte - Bayern -, Elsenheimerstraße 39,
80687 München, vertreten durch den Vorsitzenden

- Beklagter und Berufungsbeklagter -

b e i g e l a d e n:

1. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Arabellastraße 30,
81925 München, vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstands

2. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
Zentrale, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,
vertreten durch die Mitglieder des Vorstands

3. BKK Landesverband Bayern, Züricher Straße 25, 81476 München,
vertreten durch die Mitglieder des Vorstands

4. Innungskrankenkasse Bayern, Hauptverwaltung, Meglingerstraße 7,
81477 München, vertreten durch die Mitglieder des Vorstands

5. Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen
Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern, vertreten durch den
Geschäftsführer, Neumarkter Straße 35, 81673 München

6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
vertreten durch die Mitglieder des Vorstands

7. Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Frankfurter Straße 84,
53721 Siegburg, vertreten durch die Mitglieder des Vorstands

Der 12. Senat des Bayer. Landessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung in München

am 19. März 2003

durch den Vorsitzenden Richter am Bayer. Landessozialgericht
Scholz, die Richter am Bayer. Landessozialgericht Spiegl und
Wildemann sowie die ehrenamtlichen Richter Dr.Schwiersch und
Himmelstoß

für Recht erkannt:

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des
Sozialgerichts München vom 17. April 2002 wird
zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat dem Beklagten auch die Kosten des
Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d:

Der Kläger wendet sich gegen die Entziehung seiner Zulassung
zur vertragsärztlichen Versorgung.

Der Kläger, Arzt für Allgemeinmedizin im Planungsbereich M. ,
wurde mit Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte München
Stadt und Land vom 21. Dezember 1992 zur vertragsärztlichen
Versorgung zugelassen, die er zum 1. Januar 1993 aufnahm. Ab
1. Mai 1998 führte er mit weiteren drei Ärzten eine
Gemeinschaftspraxis in München, die Anfang April 2001 aufgelöst
wurde. Danach war der Kläger wieder in Einzelpraxis tätig. Mit
Schriftsatz vom 14. Januar 2000 beantragte die Beigeladene zu
2), dem Kläger die Zulassung gemäß § 27 Ärzte-ZV i.V.m. [§ 95](#)
Abs.6 SGB V zu entziehen. Der Kläger habe auf Anfragen der
Beigeladenen zu 2) in einer Art und Weise reagiert, die nicht
mehr hingenommen werden könne (z.B. "Exorbitanter Schwachsinn
der Volleppen-Angestellten", "wenn ihr Scheiße produzieren
wollt, geht auf die Toilette bzw. spült gleich die Scheiß-AOK
weg", "an arme-Onkel-Kasse, Direktion," wir sind nicht der
AOK-Mülleimer, warum muss ausgerechnet die AOK 100 % geistig
Schwerbehinderte einstellen", "wie dämlich muss man sein, um
bei der AOK arbeiten zu dürfen", "mit den besten Wünschen,
möglichst heute statt morgen am Baum zu landen"). Weiter wird
auf Praktiken der Gemeinschaftspraxis M. und Kollegen im Jahre
1998 betreffend die Abrechnung von Notfallscheinen der im
Privatärztlichen Bereitschaftsdienst M. GmbH (PÄB) gefahrenen
Notfalleinsätze sowohl mittels Abtretungserklärung der
Patienten als auch über Chip-Karte verwiesen. Zusammenfassend
sei festzustellen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen allen
an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten und dem Kläger
als Vertragsarzt als derart gestört anzusehen sei, dass eine
weitere Zusammenarbeit nicht mehr tragbar sei. Der Beigeladene
zu 5) mit Schriftsatz vom 3. Februar 2000 und der Beigeladenen
zu 3) mit Schriftsatz vom 8. März 2000 haben ebenfalls
beantragt, dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen
Versorgung wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten zu
entziehen, wobei allerdings keine Vorfälle aus dem eigenen
Zuständigkeitsbereich geschildert wurden. Mit Schriftsatz vom
8. Februar 2000 haben auch die Beigeladenen zu 6) und 7) die
Entziehung der Zulassung des Klägers beantragt. Der Kläger sei
nicht gewillt, sich in das System der vertragsärztlichen
Versorgung einzufügen. Dies offenbare sich in den Ergebnissen

der Plausibilitätprüfung bzw. zeige sich im Zusammenwirken mit dem Privatärztlichen Bereitschaftsdienst (PÄB). Ebenso liege in den wiederkehrenden beleidigenden Äußerungen, die im Zusammenhang mit ständigen Unwirtschaftlichkeiten in der Behandlungs- oder Ordnungsweise stünden, eine gröbliche Pflichtverletzung ("bitte dringend nochmal den Hauptschul- bzw. Sonderschulabschluss wiederholen", "Sauhaufen"). Mit Schriftsatz vom 22. Februar 2000 hat schließlich auch die Beigeladene zu 1) Antrag auf Entziehung der Zulassung des Klägers gestellt. Zum einen liege ein eklatanter Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten (Hinweis auf § 13 Abs.6 BMV-Ä) darin, wenn der Kläger erkläre, von heute auf morgen die Behandlung von Patienten (166 Methadon-Patienten) einzustellen (Schreiben vom 16. Februar 2000). Diese "Erklärung", die wohl eher als Drohung zu bezeichnen sei, erfülle nach Auffassung der Beigeladenen zu 1) den Tatbestand der Erpressung und Nötigung. Die kurzfristige Ankündigung bedeute nämlich, dass die Versorgung der von der Praxis des Klägers Substituierten nicht mehr gewährleistet sei. Weiter hätten entgegen § 7 Abs.2 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beigeladenen zu 1) der Kläger und die übrigen Gesellschafter den massiven Fallzahlrückgang nicht angezeigt, was zu erhöhten Abschlagszahlungen geführt habe. Der Kläger beabsichtige nach eigenen Worten, das von der Beigeladenen zu 1) installierte MQM (Medizinisches Qualitätsnetz M.) zu zerschlagen. Um dieses Ziel zu erreichen, bediene er sich unlauterer Mittel, wie der Drohung bzw. Nötigung und einer Rufmordkampagne gegen Dr.M. ("Profi-Lügner", "lauf mir ja nicht nochmals über den Weg, A ... mit den unfreundlichsten Grüßen, M."). Hierzu hat der Kläger mit Schriftsatz vom 29. Februar 2000 Stellung genommen. Das Schreiben vom 16. Februar 2000 sei vor dem Hintergrund ergangen, dass die Zahlungen der Beigeladenen zu 1) seit Herbst 1999 unzureichend gewesen seien, um einen weiteren Betrieb der Praxis ohne Zuführung zusätzlicher finanzieller Liquidität zu ermöglichen. Prinzipiell wären sie daher gezwungen gewesen, den kompletten Betrieb der Gesellschaft Bürgerlichen Rechts zum 18. Februar 2000 einzustellen. Fragen über die Vergütungshöhe der einzelnen Leistungen und die gesamte Honorarsituation der Kassenmedizin seien berufs- und allgemeinpolitische Äußerungen, die, sofern nicht persönlich beleidigend, durch [Art.5 Abs.1 GG](#) gedeckt seien. Das von der Beigeladenen zu 1) praktizierte Vergütungssystem sei zumindestens in einzelnen Teilen juristisch klar eine Nötigung. § 7 Abs.2 des HVM der Beigeladenen zu 1) besage, dass wesentliche Änderungen des zu erwartenden Honorars, insbesondere durch Scheinzahlveränderungen, mitzuteilen seien. Eine solche wesentliche Änderung liege aber nicht vor. Bezüglich des "MQM" sei es weiterhin sein Ziel, dieses zu zerschlagen, ein im Wirtschaftsleben durchaus üblicher Begriff, der nichts mit Gewalt zu tun habe. Es sei hinreichend bekannt, dass zumindest unter aktiver Duldung sowohl der Geschäftsführung der MQM-GmbH als auch des sogenannten Netz-Lenkungsausschusses als auch aller Netzmitglieder eine massiv berufsrechtswidrige Abwerbungskampagne der Krankenkassen gestartet und durchgeführt werde. Das handschriftliche Fax vom 5. Dezember 1999 an Dr.M. tue ihm nicht mal leid. Es betreffe ausschließlich die Person Dr.M. und ihn.

In der Sitzung des Zulassungsausschusses Ärzte München Stadt und Land wurden ein Vertagungsantrag des Klägers und Befangenheitsanträge des Klägers abgelehnt. Der Zulassungsausschuss Ärzte München Stadt und Land hat mit Beschluss vom 23. März 2000/Bescheid vom 19. April 2000 dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung entzogen. Der Zulassungsausschuss sei nach ausführlicher Diskussion, Würdigung der Unterlagen und eingehender Beratung zu dem Ergebnis gekommen, dem Kläger gemäß § 27 Ärzte-ZV in Verbindung mit [§ 95 Abs.6 Satz 1 SGB V](#) die Zulassung zu entziehen. Insbesondere ergebe sich ein gravierender Verstoß des Klägers gegen seine vertragsärztlichen Pflichten. Aufgrund

dieser Verstöße könnte den Verantwortlichen für die vertragsärztliche Versorgung die auf einem besonderen Vertrauensverhältnis basierende Zusammenarbeit mit dem Kläger nicht mehr zugemutet werden. Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses hat der Kläger mit Schreiben vom 27. April 2000 Widerspruch eingelegt, den er zunächst nicht begründete. Zu dem Widerspruch hat die Beigeladene zu 1) mit Schriftsatz vom 18. Dezember 2000 Stellung genommen und beantragt, den Widerspruch des Klägers zurückzuweisen und den Beschluss des Zulassungsausschusses für sofort vollziehbar zu erklären. Der Kläger setze sein Verhalten unverändert fort (z.B. Androhung gegenüber Frau K., Juristin der Bezirksstelle, "sie habe ihm den Hals umgedreht und er werde ihr den Hals umdrehen, das würde er wörtlich meinen", "KV sei eine kriminelle Vereinigung", "die Verwaltungsangestellten seien SS-Leute eines Hitler-Regimes", "die Funktionäre der KV seien alles Verbrecher", "der M. sei ein verbrecherisches Arschloch"). Entgegen § 7 Abs.2 und 5 des HVM habe der Kläger für die Monate April, Mai und Juni 2000 eine Fallzahl von insgesamt 2.801 Fällen gemeldet, tatsächlich eingereicht worden seien jedoch mit der Abrechnung 2/00 1.803 Fälle. Daher sei ihm für die Monate April und Mai 2000 eine Abschlagszahlung für 2.212 Fälle in Höhe von DM 144.840,00 ausbezahlt worden.

Der Kläger hat hierzu mit Schreiben vom 13. Januar 2001 Stellung genommen. Dass sein verbaler und schriftlicher Umgang mit Angestellten oder gewählten Mitarbeitern der Beigeladenen zu 1) und der beigeladenen Krankenkassen durchaus "gröblich" sei, werde zugegeben. Im gesamten Sozialgesetzbuch und dem zugehörigen Bereich des Kassenarztrechts finde sich jedoch keine Vorschrift, die etwas über die Form und die Freundlichkeit oder Unfreundlichkeit des Umgangs im internen Verkehr zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen auf der einen Seite und niedergelassenen Ärzten und der KVB auf der anderen Seite vorgebe. Falls die KVB meine, dass mit der Eingliederung in das vertragsärztliche Versorgungssystem gemeint sei, der jeweilige Kassenarzt dürfe sich gegen die in seinen Augen teilweise willkürlichen Vorgaben der KVB nicht wehren, dann sei er durchaus nicht bereit, sich in dieses Versorgungssystem einzugliedern. Er habe der KVB mittlerweile mitgeteilt, worin die Differenzen zwischen der Meldung und der ersten Abrechnung des Quartals 2000 liege. Aufgrund der besonders schwierigen Situation durch die Trennung der Gemeinschaftspraxis Anfang April 2000 hätten umfangreiche Notfallscheine in die Abrechnung des Quartals 2/00 nicht rechtzeitig eingebracht werden können.

Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 4. April 2001 u.a. einen Schriftwechsel mit dem Kläger zu einem Auskunftersuchen der Beigeladenen zu 1) hinsichtlich seiner Geschäftsführertätigkeit bei der Firma B. GmbH im Hinblick auf § 20 Abs.2 Ärzte-ZV vorgelegt. Mit Schreiben vom 1. Mai 2001 hat der Kläger geltend gemacht, dass er weiterhin im gesamten Kassenarztrecht keine Verpflichtung sehe, der KVB ohne das Vorliegen konkreter Verdachtsmomente Auskunft über gesetzlich zulässige Tätigkeiten neben der kassenärztlichen Tätigkeit zu geben. Mit Schriftsätzen vom 15. Mai 2001 und 8. Juni 2001 hat die Beigeladene zu 1) Übersichten bzgl. des Komplexes "überhöhte Scheinzahlmeldung" betreffend die Quartale 2/00 bis 4/00 vorgelegt. Des Weiteren wurde der Vorwurf der Doppel- und Mehrfachabrechnung anhand von Fällen eingehend erläutert. Mit Schriftsatz vom 26. Juni 2001 hat die Beklagte nochmals zusammenfassend den Schriftwechsel und die Vorgänge im Zusammenhang mit der vorübergehenden Schließung/Wiedereröffnung der Praxis vorgelegt und dabei u.a. auf die aus § 24 Abs.2 Ärzte-ZV sich für den Kläger ergebenden Pflichten (Unterhalt einer Vertragsarztpraxis, Abhaltung von Sprechstunden) hingewiesen. Hierzu hat sich nochmals der Kläger mit Schriftsatz vom 30. Juni 2001 geäußert. Das Thema "Beleidigungen" sei hinreichend durchgesprochen. Die gemachten Äußerungen würden nicht bestritten. Seines Erachtens könnten

nur von den zuständigen Stellen (Strafgericht, Landesärztekammer, Berufsgesicht) Beleidigungen rechtlich gültig festgestellt werden. Den Vorwurf der Nichtbeantwortung von Fragen bzgl. Patienten weise er zurück. Es möge zwar nicht die rechte Form sein, zu schreiben "Ihr Idioten, das ist nicht mein Patient, den kenne ich nicht", nur enthalte dies die klipp und klare Aussage, und damit die Beantwortung der Frage, nämlich, dass dies nicht sein Patient sei. In der von ihm gemeldeten Scheinzahl und den tatsächlich zur Abrechnung gebrachten Scheinen ergebe sich kein wesentlicher Unterschied, wenn die abgerechnete Scheinzahl im zweiten Quartal insgesamt betrachtet werde, also einschließlich der Nachträge im 3., 4. Quartal 2000 und dem 1. Quartal 2001.

Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 7. August 2001 eine Zusammenfassung der gegen den Kläger erhobenen Vorwürfe hinsichtlich seines beleidigenden Verhaltens vorgelegt. Auch die Beigeladene zu 2) hat mit Schriftsatz vom 13. August 2000 nochmals die sie betreffenden Beleidigungen zusammengestellt. Mit Schreiben vom 14. August 2001 hat die Beigeladene zu 1) eine zusammenfassende Darstellung der Komplexe "falsche Vorauszahlung", "falsche Abrechnung" und "Klammerung gleicher Patienten" abgegeben. Hierzu hat der Kläger wiederum mit Schriftsatz vom 17. August 2001 Stellung genommen, wobei er erneut insgesamt darlegte, dass sich sein gesamtes Verhalten innerhalb des geltenden Rechts bewege.

Der Beklagte hat mit Schriftsätzen vom 24. August 2001 und 27. August 2001 Anfragen an die Beigeladene zu 1) gerichtet, die diese mit Schriftsatz vom 3. September 2001 beantwortet hat. Hierzu weist die Beigeladene zu 1) zunächst auf ihren Schriftsatz vom 7. August 2001 hin. Eine Überprüfung habe im Übrigen ergeben, dass es sich bei den vorliegenden Anfragen der Krankenkassen um eigene Patienten des Klägers gehandelt habe. Lediglich in zwei Fällen hätten die Patienten nicht dem Kläger zugeordnet werden können. Dies berechtige den Kläger jedoch nicht zu den auf den genannten Schreiben enthaltenen Bemerkungen. Der Kläger hat zu der Anfrage des Beklagten vom 28. August 2001 mit Schriftsatz vom 3. September 2001 Stellung genommen. Die Behauptung der Beigeladenen zu 1), er hätte 987 Scheine aus dem bereits abgerechneten Originalquartal 2/00 nochmals als Nachtrag aus 2/00 im Quartal 4/00 zur Abrechnung eingereicht, sei bislang weder bewiesen noch widerlegt, sondern von ihm angefochten. Er wolle jedoch nicht ausschließen, dass durch die primäre Abrechnung im 2. Quartal 2000 die nochmalige, dann von der Beigeladenen zu 1) aus Gründen der verspäteten Abgabe nicht akzeptierten Abrechnung des Quartals 3/00 und die drittmalige Abrechnung im Quartal 4/00 und die jeweilige Wiederreaktivierung einzelner Scheine es zur nochmaligen Abrechnung gekommen sei. Diese Scheine seien wohl auf der Diskette aufgetaucht. Er halte dies aus seinen EDV-Kenntnissen heraus sogar für durchaus wahrscheinlich. Es sei nicht möglich gewesen, diese eventuellen Fehler zu entdecken. Zum Vorwurf der "falschen Abrechnung" im Schriftsatz der Beigeladenen zu 1) vom 14. August 2001 sei festzustellen, dass keiner dieser Punkte bisher rechtskräftig von den zuständigen Gremien (Widerspruchsausschuss, Beschwerdeausschuss, Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht) festgestellt worden sei. Es erübrige sich, auf nicht rechtskräftig festgestellte Vorwürfe detailliert einzugehen, da dieses den dafür zuständigen Verfahren vorbehalten bleibe. Zu dem Komplex "Klammerung gleicher Patienten" sei auszuführen, dass ihm § 21 BMV-Ä bekannt sei, wonach die gesamte von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung als Behandlungsfall gelte. Nur halte er dies eben nicht für rechtmäßig. Weil das System keine direkte Klage gegen den Honorarverteilungsmaßstab, den einheitlichen Bewertungsmaßstab bzw. den Bundesmantelvertrag-Ärzte zulasse, sei er gezwungen, hier bewusst und durchaus vorsätzlich gegen diese Verwaltungsvorschriften zu verstoßen, um dann gegen die Absetzung oder Änderung den entsprechenden Rechtsweg

beschreiten zu können. Er sei im Übrigen nie auf die Problematik der Angabe der Scheinzahl in geklammerten bzw. ungeklammerten Zustand hingewiesen worden. Die Behauptung, dass im Quartal 3/00 keine Abrechnung von ihm eingereicht worden sei, sei schlicht und ergreifend falsch. Tatsache sei, dass die Abrechnung verspätet eingereicht und von der Beigeladenen zu 1) nicht mehr akzeptiert worden sei. Zum Vorwurf, dass im Quartal 4/00 252 Scheine ungeklammert eingereicht worden seien, die bereits im Original Quartal 2/00 vorgelegt worden seien, sei zunächst festzustellen, dass auch diese angebliche Doppelabrechnung von 252 Scheinen bisher weder bewiesen noch widerlegt sei.

Die Beigeladenen zu 6) und 7) haben mit Schriftsatz vom 28. August 2001 geltend gemacht, dass ihr Antrag auf Entziehung der Zulassung des Klägers sich auf die sachwidrige Einwirkung des Arztes auf Versicherte stütze, um mit diesen das Kostenerstattungsverfahren zu praktizieren. Im 3. und 4. Quartal 1998 seien durch den Kläger eine Vielzahl von Privatliquidationen eingereicht worden. Dabei handele es sich um Behandlungsfälle im Rahmen der Notfallsituation. Speziell bei diesem Patientengut sei die Möglichkeit der eigenmotivierten bzw. qualifizierten Wahl der Kostenerstattung nicht gegeben. Eine unzulässige Einflussnahme ergebe sich auch daraus, dass regelmäßig vorbereitete Patienten-/Abtretungserklärungen bereit gehalten worden seien. Vor der erstmaligen Inanspruchnahme der Kostenerstattung müsse der Versicherte/Patient jedoch die Möglichkeit haben, das Beratungsgespräch mit seiner Krankenkasse zu suchen und sein Wahlrecht schriftlich zu fixieren.

Mit weiterem Schriftsatz vom 28. August 2001 hat die Beigeladene zu 1) dem Kläger mitgeteilt, dass besondere Umstände bzgl. seiner Abrechnung für das Quartal 2/01 bekannt geworden seien. Der Kläger habe insgesamt 2052 Scheine gemeldet. Nach einer ersten Durchsicht sei festgestellt worden, dass eine ganz Reihe von Scheinen abgesetzt werden müsste, so dass nach derzeitigem Stand 1.158 Scheine ungeklammert für das Quartal 2/01 vergütet werden könnten. Wegen der bereits geleisteten Abschlagszahlungen bestehe kein Anlass für weitere Abschlagszahlungen für das Quartal 2/01. Mit der Abrechnung für das Quartal 2/01 seien 432 Nachträge aus dem Quartal 1/01 eingereicht worden, wovon bei 429 Patienten für diese bereits Leistungen im ursprünglichen Quartal 1/01 abgerechnet worden seien. Teilweise seien vom Kläger dieselben Patienten doppelt mit unterschiedlichen Versichertendaten, Kassennummern, unterschiedlich geschriebenen Namen, Adressen, Geburtsdatum usw. erfasst worden. Der Kläger werde zur Stellungnahme aufgefordert, weshalb er Leistungen bei diesen Patienten doppelt zur Abrechnung eingereicht und im Einzelnen Behandlungstage sowie Leistungen "nachgeschoben" habe. Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 3. September 2001 Widerspruch eingelegt. Da es an einer hinreichenden Begründung fehle, seien die formalen Voraussetzungen eines ordentlichen Bescheides schon nicht erfüllt. Bezüglich der weiteren Anfrage, wieso dieselben Patienten doppelt mit unterschiedlichen Versicherungsdaten, Kassennummern, unterschiedlich geschriebenen Namen, Adressen, Geburtsdaten usw. erfasst worden seien, sei festzustellen, dass es sich nicht um eine Doppelabrechnung, sondern um das in vielen Schreiben hinlänglich bekannte, noch nicht rechtlich geklärte Problem des zweiten Notfallscheines im gleichen Quartal handele. Mit weiterem Schriftsatz vom 3. September 2001 hat der Kläger nochmals auf die Probleme bei der Abrechnung in den Quartalen 2/00 bis 4/00 hingewiesen, nachdem quasi über Nacht am 3. April 2000 die bisherige Gemeinschaftspraxis aufgelöst worden sei. Bezüglich der Scheinzahlmeldung im Oktober bleibe anzumerken, dass er hier durchaus sehe, dass er einen Fehler gemacht habe. Er habe es nämlich versäumt, diese Scheinzahlmeldung mit seiner Entscheidung, diese Scheine nicht über die Beigeladene zu 1) in der bisherigen Weise abzurechnen, sofort zurückzuziehen. Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 2. September 2001 Antrag auf Vertagung des Termins am 6. September 2001 vor dem Beklagten

gestellt. Da eine Antwort auf das Schreiben des Beklagten vom 24. August 2001 noch nicht vorliege, habe er keine Gelegenheit zur Stellungnahme auf diesen Schriftsatz. Mit weiterem Schriftsatz vom 2. September 2001 hat der Kläger wiederum Antrag auf Vertagung des Termins am 6. September 2001 wegen der Schriftsätze der Beigeladenen zu 6) und 7) vom 28. August 2001, zugegangen am 31. August 2001, gestellt. Diese Schriftsätze würden völlig neue Vorwürfe enthalten. Es sei ihm nicht möglich, bis einschließlich 5. September 2001 hierzu eine ordnungsgemäße Stellungnahme abzugeben.

Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 4. September 2001 an den Kläger mitgeteilt, dass den Vertagungsanträgen nicht entsprochen werde. Der Kläger erhalte in der mündlichen Verhandlung ausreichend rechtliches Gehör. Sollte dies nicht ausreichend sein, werde der Beklagte insgesamt über das weitere Prozedere entscheiden.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung des Beklagten am 6. September 2001 hat der Kläger nochmals seinen Antrag, ihm eine Frist zur Stellungnahme zu den in den letzten Tagen eingegangenen Schriftsätzen einzuräumen, gestellt. Der Vertreter der Beigeladenen zu 1) hat erklärt, dass in der Stellungnahme der Beklagten kein neuer Sachverhalt dargelegt worden sei.

In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger bzgl. der 26 Patienten mit verschiedenen Schreibweisen ("Doppelabrechnung") noch erklärt, dass er diese Unterlagen erst mit den Originalunterlagen in seiner Praxis abgleichen müsste. Man könne ihm nicht unterstellen, dass er absichtlich 26 Fälle bewusst doppelt abrechne.

Der Beklagte hat mit Beschluss vom 6. September 2001/Bescheid vom 12. November 2001 den Widerspruch gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte München Stadt und Land vom 23. März 2000 zurückgewiesen und die sofortige Vollziehung dieser Entscheidung angeordnet.

Der Beklagte geht dabei von folgender Bewertung der in Frage kommenden Entziehungsgründe aus:

1.) Einen Wegfall der Zulassungsvoraussetzung gemäß § 20 Ärzte-ZV wegen der Geschäftsführertätigkeit des Klägers bei der B. GmbH habe die Beigeladene zu 1) nicht nachweisen können. Die Nichterweislichkeit beruhe allerdings auf der nachhaltigen Weigerung des Klägers gegenüber der Beigeladenen zu 1), sachdienliche Angaben zu machen, die ihrerseits eine gröbliche Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten begründen könne.

2.) Es könne nicht abschließend entschieden werden, ob der Kläger die vertragsärztliche Tätigkeit in der Zeit nach dem 4. April 2000 ausgeübt habe oder nicht. Dies könne letztlich dahingestellt bleiben, weil der Kläger während des Entziehungsverfahrens die vertragsärztliche Tätigkeit wieder aufgenommen habe, so dass die Grundlage für die entsprechende Entziehungsmaßnahme entfallen sei.

3.) Gemäß [§ 95 Abs.6 SGB V](#) sei die Zulassung schließlich zu entziehen, wenn der Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt habe. In verfassungskonformer Auslegung der Vorschrift sei auf eine durch gröbliche Pflichtverletzung verursachte Nichteignung zur vertragsärztlichen Tätigkeit abzustellen. Diesbezüglich seien dem Kläger seine nachhaltigen pflichtwidrigen Weigerungen, an ihn erbetene Auskünfte zu erteilen, zur Last zu legen. Dies beziehe sich zum einen auf die Anfragen hinsichtlich der Ausübung einer für die vertragsärztliche Tätigkeit schädlichen anderweitigen Tätigkeit und die Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit im vorgeschriebenen Umfang entgegen § 4 Abs.2 der Satzung der Beigeladenen zu 1) (Vorwurf unter Ziff.3.1). Eine weitere Pflichtverletzung sehe der Beklagte in der Weigerung des Klägers, ihm obliegende administrative Tätigkeiten ordnungsgemäß auszuüben (Vorwurf unter Ziff.3.2). Von den

seitens der Beigeladenen zu 2) geltend gemachten 51 Fällen von nicht oder unzulänglich beantworteten Anfragen der Krankenkassen handele es sich entgegen der Einlassung des Klägers bei 49 betroffenen Versicherten nach Angaben der Beigeladenen zu 1) um Patienten des Klägers. Weiter kämen beim Kläger die jahrelang herabwürdigenden und beleidigenden Attacken gegenüber den Krankenkassen und der Beigeladenen zu 1) hinzu (Vorwurf unter Ziff.3.3). Der Kläger könne sich dabei nicht auf den Schutz der freien Meinungsäußerung (Art.5 Abs.1 Satz 1 GG) berufen, insbesondere bei Formalbeleidigungen, Schmähkritik, Drohungen und Verstößen gegen die Menschenwürde gehe der persönliche Ehrenschatz des Betroffenen dem Recht auf freie Meinungsäußerung vor (Hinweis auf BayLSG, Urteil vom 22. Mai 1996, Az.: [L 12 Ka 511/95](#)). Weiter habe der Kläger im Jahre 1998 die Mitgliedskassen der Beigeladenen zu 6) und 7) mit Privatliquidationen im Zusammenwirken mit dem PÄB im Rahmen von Notfallbehandlungen überhäuft und als

Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs.2 SGB V](#) deklariert, obwohl sich die Versicherten als Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse ausgewiesen und nicht den Wunsch geäußert hätten, privat behandelt zu werden (Vorwurf unter Ziff.3.4). Dies komme einer pflichtwidrigen Privatliquidation gleich. Mit einem Arzt, der auf diese Weise die Angewiesenheit der Patienten auf seine Behandlung zu seinem persönlichen Vorteil ausnutze, und ein Versorgungssystem als nicht legitim betrachte, das die Versicherten und die Arbeitgeber mit ihren Beiträgen finanzieren würden und von dem die Leistungserbringer profitieren würden, müssten die Krankenkassen nicht mehr zusammenarbeiten (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 8/00 R](#)). Als ein Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten sei weiter der Abdruck des Schreibens vom 6. Februar 2000 an 38 politische Stellen und Medien-Stellen zu sehen (Vorwurf unter Ziff.3.5). Das Breittreten angeblich unzureichender Honorierung des Klägers und seiner Kollegen der Gemeinschaftspraxis in der Öffentlichkeit bedeute eine unsachgemäße Infragestellung des gesamten Kassenarztsystems. Als nicht hinnehmbare Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten sei schließlich das Abrechnungsverhalten des Klägers (Vorwurf unter Ziff.3.6), und zwar namentlich die überhöhten Meldungen von Scheinzahlen (Vorwurf unter Ziff. 3.6.1), die Doppelabrechnungen und Mehrfacheinreichungen (Nachschieben von Scheinen, Vorwurf unter Ziff.3.6.2) und die Abrechnung von Leistungen von einer beim PÄB angestellten Nichtvertragsärztin (Vorwurf unter Ziff.3.6.3) anzusehen.

Die aufgezeigten Verletzungen der vertragsärztlichen Pflichten seien - jedenfalls in ihrer Gesamtheit - auch gröblich im oben dargestellten Sinne der Rechtsprechung. Sie führten zur Ungeeignetheit des Klägers als Kassenarzt. Kein anderes Mittel als die Zulassungsentziehung reiche aus, um die geordnete vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Es sei bei der hier gesetzlich eingeräumten Ermessensentscheidung als geboten anzusehen, die sofortige Vollziehung der Entscheidung im öffentlichen Interesse anzuordnen ([§ 97 Abs.4 SGB V](#)).

Das Interesse am sofortigen Vollzug der Zulassungsentziehung gehe nach der aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung des Beklagten erheblich über das öffentliche Interesse hinaus, das den Entzug der Zulassung selbst rechtfertige. Das Vollzugsinteresse sei gegeben, weil der Kläger bis zuletzt - auch im Laufe des Entziehungsverfahrens - ein Verhalten an den Tag gelegt habe, das erkennen lasse, dass er nicht bereit sei, den bisher eingeschlagenen Weg zu verlassen. Dies gelte sowohl hinsichtlich seiner durch Beleidigungen und Wortattacken gezeigten psychischen Gewalt, die sogar in physische Gewalt umzuschlagen drohe, wie auch hinsichtlich der Leistungsabrechnung. Er sei bald und fortgesetzt wieder in seinen aggressiven Umgangsstil verfallen mit der Folge, dass das Vertrauensverhältnis aufgrund des Gesamtverhaltens des Klägers als zerrüttet anzusehen sei. Der Kläger sei nach seinem gesamten Verhalten schlicht nicht mehr verwaltbar. Sein Privatinteresse am Fortbestand seiner

Zulassung müsse daher bis zum rechtskräftigen Abschluss des Entziehungsverfahrens zurücktreten.

Gegen den Bescheid des Beklagten vom 12. November 2001 richtet sich die Klage des Klägers vom 19. November 2001 zum Sozialgericht München, die zunächst nicht begründet wurde.

Mit Schreiben vom 3. Dezember 2001 hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers beim Sozialgericht München (SG) beantragt, die angeordnete sofortige Vollziehung der Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung auszusetzen. Das Sozialgericht München hat mit Beschluss vom 27. Dezember 2001 den Antrag des Klägers auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung der vertragsärztlichen Zulassung abgewiesen.

Der Senat hat mit Beschluss vom 15. Februar 2002, Az.: L 12 B 3/02 KA ER, auf die Beschwerde des Klägers hin den Beschluss des Sozialgerichts München vom 27. Dezember 2001 und den Bescheid des Beschwerdegegners vom 12. November 2001 in Ziff.2 dahingehend abgeändert, dass die sofortige Vollziehung der Entscheidung des Beklagten ab Zustellung dieses Beschlusses an den Kläger bis einschließlich 31. März 2003 ausgesetzt wird.

Nach Rückkehr der Akten an das Sozialgericht München hat das SG die vom Senat in seinem Beschluss vom 15. Februar 2002 angeregten weiteren Ermittlungen in Form von Anfragen an die Beigeladenen zu 1), 2), 6) und 7) durchgeführt. Die Beigeladene zu 2) hat mit Schreiben vom 21. März 2002 Unterlagen zum Themenbereich "Notfallbehandlungen im Kostenerstattungsverfahren" übersandt.

Die Klägerbevollmächtigte hat mit Schriftsatz vom 8. April 2002 die Klage näher begründet. Zur Rechtslage werde vor allem darauf hingewiesen, dass vor dem Entzug der Zulassung bzw. parallel zum Entziehungsverfahren kein Disziplinarverfahren im Hinblick auf die geschilderten angeblichen Verstöße des Klägers gegen vertragsärztliche Pflichten abgeschlossen bzw. durchgeführt worden sei. Wenn Bedenken seitens der vertragsärztlichen Selbstverwaltung bestünden, dass ein Vertragsarzt gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen habe, so sei zuvor ein Disziplinarverfahren durchzuführen. Die Entscheidung des Beklagten, dem Kläger die Zulassung nicht nur zu entziehen, sondern auch die sofortige Wirkung diese Entziehung anzuordnen, sei damit weder zulässig noch verhältnismäßig. Auf der Grundlage des verfassungsrechtlich vorgegebenen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit sollte die Ungeeignetheit des Vertragsarztes bei Pflichtverstößen nur noch dann angenommen werden, wenn der Pflichtenverstoß kriminellen Charakter habe, auf eine Gefährdung des gesundheitlichen Wohles des Patienten schließen lasse oder Disziplinarmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung z.B. wegen fortgesetzter unwirtschaftlicher Behandlungs- oder Verordnungsweise keinen Erfolg gezeigt hätten. Bei Überprüfung des Beschlusses der Beklagten könne beim Kläger kein krimineller Charakter unterstellt werden. Die Erwähnung seiner angeblich drohenden Gewalttätigkeit bleibe unbegründet und unbelegt. Auch bestehe keine Gefährdung des gesundheitlichen Wohles der Patienten. Des Weiteren lägen auch keine Disziplinarmaßnahmen der Beigeladenen zu 1) vor, die keinen Erfolg gezeitigt hätten. Daraus werde deutlich, dass im Rahmen der Verhältnismäßigkeit keine ausreichenden Gründe bestünden, die Zulassungsentziehung im vorliegenden Fall anzuordnen. Im Einzelnen sei zu der Entscheidung des Beklagten Folgendes vorzutragen: Zur Frage des "Wegfalls der Zulassungsvoraussetzungen" sei es unrichtig, dass seitens des Klägers keine Auskünfte über seine Geschäftsführertätigkeit bei der B.-GmbH angegeben worden seien. In der Sitzung des Berufungsausschusses im September 2001 sei mündlich auch der Umfang der Tätigkeit außerhalb der Beigeladenen zu 1) genannt worden. Zur Ziff.3.1 ("nachhaltige Weigerungen, Auskünfte zu erteilen") sei festzuhalten, dass der Kläger durchaus entsprechende Auskünfte erteilt habe. Richtig sei, dass der Kläger die Schreiben der Beigeladenen zu 1) beantwortet habe, auch wenn er einen genauen Zeitraum nicht habe

angeben können, in welchem er seine Tätigkeit als Kassenarzt nicht ausgeübt habe, da der Verlauf seines Insolvenzantrages noch nicht abzusehen gewesen sei. Zur Ziff.3.2 ("nicht ordnungsgemäße Ausübung obliegender administrativer Pflichten") trage der Kläger vor, dass er das Schreiben der Beigeladenen zu 1) vom 3. September 2000 nicht erhalten habe und daher nicht zu klären sei, welche 49 betroffenen Versicherten hier gemeint seien. Es sei bis heute kein Fall vorgelegt worden, in dem eine Nachfrage betreffend eines Praxis- oder Notfallpatienten des Klägers nicht beantwortet worden sei. Zur Ziff.3.3 "nachhaltig beleidigende Attacken" sei darauf hinzuweisen, dass sich der Kläger durchaus in verschiedenen Fällen entschuldigt und die Beleidigungen zurückgenommen habe. Der Kläger sei sich bewusst, dass er in Zukunft von jeglichen Beleidigungen Abstand nehmen müsse. Zur Ziff.3.4 ("Privatliquidation im Zusammenhang mit dem PÄB") sei festzuhalten, dass der Vorgang die damalige Gemeinschaftspraxis betreffe, wobei gegen die entsprechenden Kollegen der Gemeinschaftspraxis nicht vorgegangen worden sei. Des Weiteren werde mitgeteilt, dass aufgrund der damaligen gesetzlichen Regelung der Kläger davon ausgegangen sei - in Ermangelung von genauen Angaben - dass seine Vorgehensweise gegenüber den Krankenkassen in Ordnung sei. Dies werde auch dadurch gestützt, dass gerade zu Anfang ein Großteil der abgerechneten Beträge und Behandlungen von den Krankenkassen erstattet worden sei. Das angesprochene Formblatt beweise nicht, ob der Patient zu einer Privatliquidation gedrängt worden sei oder nicht. Es handele sich hierbei um ein nach Ansicht des Klägers rechtlich korrektes Vorgehen im Rahmen der damaligen Rechtssituation, ohne dass der Patient in die Privatliquidation habe gedrängt werden sollen. Ausweislich der eidesstattlichen Versicherung des Klägers stehe fest, dass keinem Patienten, der die Kostenerstattung gewählt habe und dessen Liquidation von den Kassen nicht erstattet worden sei, dies persönlich in Rechnung gestellt worden sei. Des Weiteren sei noch festzuhalten, dass in Bezug auf die Rechtsgültigkeit bestimmter Kostenerstattungen Widersprüche im Verwaltungsverfahren anhängig gewesen seien, über die erst im Dezember 2001 entschieden worden sei. Zur Ziff.3.5 ("Angriff auf das gesamte Kassenarztsystem") sei in der Verhandlung vom 14. Dezember 2001 herausgearbeitet worden, dass auch andere Arztgruppen, wie z.B. die Psychotherapeuten, an die Öffentlichkeit gegangen seien, da sie ihre finanziellen Schwierigkeiten nicht mehr hätten alleine tragen können. Diese Vorgehensweise sei jedoch in keinem Fall seitens der Beigeladenen zu 1) als Angriff auf das gesamte Kassenarztsystem verstanden worden. Zur Ziff.3.6 ("falsche Leistungsabrechnung") wurde in der Verhandlung am 14. Dezember 2001 herausgearbeitet, dass es sich hierbei um zwei getrennte Quartale handele, für die jeweils eine unterschiedliche Erklärung vorliege. Hinsichtlich des Quartals 2/00 sei festzuhalten, dass es sich hierbei um das Quartal nach der Auflösung der ehemaligen Gemeinschaftspraxis handele. Die alte Gemeinschaftspraxis des Klägers habe mit Wirkung vom 3. April 2001 aufgehört zu existieren. Der Kläger sei von dieser Vorgehensweise, die nicht dem Gesellschaftsvertrag entsprochen habe, binnen weniger Tage überrascht worden. Da die Mitarbeiter der Praxis bis auf eine reine Verwaltungskraft bei der neu entstandenen Gemeinschaftspraxis geblieben seien, sei der Kläger im zweiten Quartal ohne personelle Infrastruktur dagestanden. Die neu eingesetzten Mitarbeiter, die neu hätten angelernt werden müssen, hätten insofern Fehler gemacht, als sie eine ganze Reihe Scheine als in die EDV eingegeben bezeichnet hätten, ohne dass diese tatsächlich eingegeben worden seien. Die angeblichen Doppelabrechnungen im Quartal 4/00 würden den schon geschilderten Fall betreffen, dass im 2. Quartal 2000 ein Großteil der Scheine nicht abgerechnet worden sei. Die Notfallscheine, um die es hier ausschließlich gehe, seien im Einsatz handschriftlich erfasst worden. Ende September 2000 habe der Kläger vorübergehend den Praxisbetrieb aus finanziellen Gründen einstellen müssen. Die Abrechnung des 3. Quartals 2000 mit den Nachträgen des zweiten Quartals 2000 hätte daher nicht rechtzeitig erstellt werden können. Vor der Abrechnung des

4. Quartals 2000 sei die zur Abrechnung benötigte EDV-Anlage vollständig von der neuen Gemeinschaftspraxis übernommen worden. Lediglich über einen häuslichen Fernanschluss habe die Abrechnung des 4. Quartals erstellt werden können. Hierzu hätten alle Scheine des 3. Quartals 2000 ebenso wie die Scheine des zweiten Quartals 2000, die vorher im 3. Quartal 2000 hätten abgerechnet werden sollen, wieder aktiviert werden müssen. Hinzu seien vor allem im 2. Quartal 2000 unter unkorrekter Schreibweise des Namens eingegebene Scheine gekommen, die nicht aufgefallen und daher versehentlich doppelt abgerechnet worden seien. Somit sei festzuhalten, dass es eben gerade keine Doppelabrechnungen für das Quartal 4/00 gegeben habe, sondern dass diese Schwierigkeiten allein das Quartal 2/00 und die damit verbundene unvollständige Abrechnung sowie Bedienungs- und Softwarefehler betroffen hätten. Hinsichtlich der rechtzeitig erstellten Abrechnung im 2. Quartal 2001 habe sich der Fehler ergeben, dass die Diskette bei der Beigeladenen zu 1) nicht einzulesen gewesen sei. Anstatt jedoch unverzüglich bei der knappen Zeit den Kläger hiervon telefonisch zu informieren, sei der Weg der normalen Briefpost gewählt worden. Da sich in der Abrechnung des 2. Quartals 2001 einige wenige (drei) Nachzügler aus dem ersten Quartal 2001 befunden hätten, seien bei der notwendigen Reaktivierung der Abrechnung im Programm fehlerhafter Weise wieder alle Scheine des ersten Quartals 2001 miterfasst worden. Da für die Neuabgabe der Abrechnung bis zur Ausschlussfrist sehr wenig Zeit geblieben sei, sei diese Diskette beim zweiten Mal nicht überprüft worden. Es könne nicht zu Lasten des Klägers gehen, wenn bei einer so schnellen Rechnungstellung Fehler auftreten würden. Da es jedoch offensichtlich sei, dass ein gesamtes erstes Quartal mit dem zweiten Quartal mitabgerechnet worden sei, könnten dem Kläger im Hinblick auf den Software-Fehler keine Abrechnungsmanipulationen vorgeworfen werden. Zu dem Problemkreis "Abrechnungen von Leistungen bei einer beim PÄB angestellten Nichtvertragsärztin" sei darauf hinzuweisen, dass die entsprechenden Leistungen von der Beigeladenen zu 1) abgesetzt worden seien und hiergegen Rechtsmittel eingelegt worden sei. Das diesbezügliche Verwaltungsverfahren sei noch anhängig. Die Bayerische Notfalldienstordnung lasse für den organisierten Notfalldienst den Einsatz qualifizierter Nichtkassenärzte als Vertreter zu, ohne dass diese bei der Beigeladenen zu 1) gemeldet werden müssten. Die Beigeladene zu 1) setze selbst täglich in ihren eigenen Notdiensten auch Nichtvertragsärzte ein. Streitig sei - dies beinhalte auch das anhängige Verfahren -, ob die Akutversorgung einer eintägigen Großveranstaltung zum originären Praxisbetrieb gehöre, wofür eine Genehmigung notwendig gewesen wäre, oder zum Notfalldienst gezählt werden müsse. Dies sei jedoch gerade noch nicht rechtlich entschieden. Hierzu hat die Beigeladene zu 1) mit Schriftsatz vom 8. April 2002 Stellung genommen. Es werde auf die Ausführungen des Landessozialgerichts in seinem Beschluss vom 15. Februar 2002 (Az.: L 12 B 3/02 ER) verwiesen, wonach der Bestand der Entscheidung des Beklagten bereits nach summarischer Prüfung der Hauptsache überwiegend wahrscheinlich sei. Es sei nochmals zu erwähnen, dass der Kläger durch Beilage zum Landesrundsreiben 3/97 über die Kostenerstattung, durch Sonderrundsreiben vom 21. März 1997 zur Privatliquidation, durch eine Presseinformation vom 26. Mai 1998 zur Kostenerstattung sowie durch Versand einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg entworfenen Broschüre "Privatliquidation bei GKV-Versicherten" ausführlich über die Kostenerstattung informiert und aufgeklärt worden sei. Zum Beweis wird die Vorlage der genannten Unterlagen angeboten. Die Beigeladene zu 7) habe in ihrem Schreiben vom 14. November 1998 dargelegt, dass die betroffenen Versicherten sich als Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse ausgewiesen und nicht den Wunsch geäußert hätten, privat behandelt zu werden. Ein Vertragsarzt dürfe dem GKV-Patienten weder die private Behandlung/Wahl der Kostenerstattung vorschlagen noch den Patienten in irgendeiner anderen Form in diese Richtung drängen. Seitens der Beigeladenen zu 1) sei keine Vergütung der Notfallbehandlungen erfolgt. In diesem Zusammenhang seien zwei

Klagen unter dem Az.: S 38 KA 594/00 und S 38 KA 12/02 beim Sozialgericht München anhängig. Die Nichtvertragsärztinnen Frau Dr.S. und Frau Dr.S. hätten die Beigeladene zu 1) im Zusammenhang mit dem Kläger um ein Gespräch gebeten. Frau Dr.S. habe erklärt, dass sie für einen Tag im Juli 2000 13 bis 15 Stunden bei dem HL-Fest Happy Family auf der Theresienwiese für den PÄB tätig gewesen sei. Sie habe den Dienst an diesem Tag von dem Kollegen Dr.L. , welcher ebenfalls am R.krankenhaus angestellt gewesen sei, übernommen, da sie diesem noch einen Gefallen schuldig gewesen sei. Dr.L. habe damals mit der Sekretärin des PÄB einen Stundenlohn von DM 25,- vereinbart. Diese Abmachung habe sie übernommen. Eine schriftliche Vereinbarung habe sie leider nicht. Sie habe über alle an diesem Tag von ihr behandelten Patienten eine Liste geführt. Diese Liste habe sie den Vertretern der Beigeladenen zu 1) übergeben. Sie sei nicht als Vertreterin des Klägers tätig gewesen. Den Kläger würde sie persönlich nicht kennen. Zum Beweis wird als Zeugin Frau Dr.S. , die übergebene Liste von Frau Dr. S. und die Behandlungsausweise sowie ein Protokoll über ein Telefonat vom 5. Dezember 2000 und vom 23. Januar 2001 angeboten. Frau Dr.S. führt aus, dass sie als freie Mitarbeiterin beim PÄB angestellt gewesen sei. Den Vertrag habe Frau S. vom PÄB unterschrieben, der Kläger sei bei Vertragsschluss nicht anwesend gewesen. Sie habe jeden Sonntag für den PÄB gearbeitet. Sie habe für ihre Tätigkeit 15,- DM für GKV-Patienten und 70,- DM für Privatpatienten zuzüglich jeweils 20,- DM erhalten. Am 16. Juli 2000 habe sie zwei Stunden gearbeitet und 5 Patienten behandelt, deren Namen sie aber nicht mehr wisse. Zum Beweis wird als Zeugin Frau Dr.S. und der freie Mitarbeitervertrag gemäß Protokoll vom 23. Januar 2001 angeboten. Des Weiteren sei zu betonen, dass der Kläger für eine peinlich genaue und gewissenhafte Abrechnung für das Quartal 2/01, also für eine zweite Überprüfung der Abrechnung 2/01, ausreichend Zeit gehabt habe. Dem Kläger sei am 17. Juli 2001 mitgeteilt worden, dass die zweite Abrechnungsdiskette ebenfalls defekt gewesen sei. Der Kläger habe eine dritte nun intakte Abrechnungsdiskette für das Quartal 2/01 erst neun Tage später am 26. Juli 2001 bei der Beigeladenen zu 1) eingereicht. Da dem Kläger die Problematik von Doppelabrechnungen bereits aus dem Quartal 4/00 als Nachtrag aus dem Quartal 2/00 bekannt gewesen sei, hätte er besondere Sorgfalt bei der Erstellung seiner Abrechnung 2/01 mit Nachträgen aus 1/01 walten lassen müssen. Die Beigeladene zu 1) zeigt dann in der Folge auf, dass die Abrechnung aus dem ursprünglichen Quartal 1/01 im Quartal 2/01 nicht als Ganzes 1 zu 1 mit allen Scheinen als Nachtrag übernommen worden sei. Daher könne kein Software-Fehler oder ein purer Handlingfehler vorgelegen haben. Der Kläger habe es deshalb vielmehr billigend in Kauf genommen, wenn nicht sogar bewusst herbeigeführt, dass wiederum eine Vielzahl, nämlich 429 Behandlungsausweise, von der Beigeladenen zu 1) doppelt verrechnet und vergütet worden wären. Auch habe der Kläger sein Abrechnungsverhalten bzgl. der Abrechnung von gleichen Patienten mit veränderten Patientennamen und/oder Geburtsdaten und/oder Versichertendaten, wie von ihm angekündigt, in den folgenden Quartalen nicht abgestellt. Aufgrund der Anordnung der sofortigen Vollziehung der Entscheidung des Beklagten vom 6. September/12. November 2001 sei der Kläger ab Zustellung des Bescheides des Beklagten am 15. November 2001 nicht mehr berechtigt gewesen, vertragsärztlich tätig zu sein bzw. Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen zu erbringen und diese abzurechnen. Dies sei dem Kläger von Seiten der Beigeladenen zu 1) auch mehrfach mitgeteilt worden. Zum Beweis werde auf Schreiben der Beigeladenen zu 1) vom 12. Dezember 2001, 21. Januar 2002 und 22. Januar 2002 hingewiesen. Mit Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts (BayLSG) vom 15. Februar 2002 sei in Ziff.1 des Beschlusses auf die Beschwerde des Klägers der Beschluss des Sozialgerichts München (SG) vom 27. Dezember 2001 und der Bescheid des Berufungsausschusses vom 12. November 2001 in Ziff.2 dahingehend abgeändert worden, dass die sofortige Vollziehung der Entscheidung des Berufungsausschusses ab Zustellung des Beschlusses des BayLSG an

den Kläger bis 31.03.2003 ausgesetzt worden sei. Der Kläger sei somit erst wieder seit Zustellung des Beschlusses des BayLSG am 25. Februar 2002 an die Bevollmächtigte des Klägers berechtigt, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Ungeachtet der Anordnung der sofortigen Vollziehung der Entscheidung des Beklagten und der entsprechenden Hinweise der Beigeladenen zu 1) seien - wie oben ausgeführt - von dem Kläger Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und diese auch zur Abrechnung eingereicht worden. Dieses Verhalten lasse erneut die mangelnde Bereitschaft des Klägers erkennen, sich an Vorgaben zu halten bzw. Anordnungen Folge zu leisten. Es werde abermals deutlich, dass der Kläger in keiner Weise bereit sei, sein unkorrektes Verhalten zu ändern.

Die Klägervertreterin hat mit Schriftsatz vom 16. April 2002 beantragt, die für das Quartal 1/01 und 2/02 eingereichten Behandlungsscheine im Termin zur mündlichen Verhandlung durchzugehen. Es werde ein Patient E. B. erwähnt. Dieser Patient sei zwar ursprünglich im ersten Quartal 2001 abgerechnet worden, es handle sich hierbei jedoch um eine Abrechnung als Nachtrag aus dem Quartal 2/00. Hier sei es durchaus logisch, dass auch bei einem Software-Fehler die Abrechnung aus dem Quartal 2/00, auch wenn sie als Nachtrag in 1/01 erfasst sei, nicht erneut aufgenommen werde. Gleiches gelte für die Patientin S. N ... Die DAK hat mit Schriftsatz vom 11. April 2002 das Ergebnis einer Mitgliederbefragung übersandt.

Die Beigeladenen zu 6) und 7) haben mit Schriftsatz vom 12. April 2002 vorgetragen, dass in der 2. Jahreshälfte 1998 den Mitgliedskassen mehr als 500 Privatliquidationen vorgelegen hätten. Den Rechnungen hätten Abtretungserklärungen des PÄB-Ärztlicher Bereitschaftsdienst M. GmbH beigelegt. Die Rechnungen hätten die Kassen infolge dieser Abtretungserklärung und der Angaben der Versicherten auf direktem Wege erhalten. Beim Kostenerstattungssystem habe der Arzt die Pflicht, die Kassenpatienten vor Behandlungsbeginn über das verwaltungsmäßige Verfahren und die ungefähren Kosten ausreichend aufzuklären und hierüber vorher eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierzu wird auf beiliegende Aussagen von Versicherten hingewiesen, die belegen würden, dass eine derartige Aufklärung nicht stattgefunden habe bzw. in der Notfallsituation gar nicht möglich gewesen sei. Die Beigeladene zu 2) hat ebenfalls mit Schriftsatz vom 12. April 2002 das Ergebnis einer Patientinbefragung im Quartal 4/98 bzgl. der vom PÄB-Ärztlicher Bereitschaftsdienst M. GmbH behandelten Patienten übersandt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 17. April 2002 hat die Bevollmächtigte des Klägers den Antrag gestellt, den Beschluss des Beklagten vom 6. September 2001, ausgefertigt am 12. November 2001, aufzuheben.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 17. April 2002 die Klage abgewiesen.

Das SG gelangt in dem Urteil zu der Überzeugung, dass der Kläger in mehrfacher Hinsicht gegen die Pflichten eines Vertragsarztes verstoßen habe (Verstoß gegen die Auskunftspflicht gemäß § 4 Abs.2 der Satzung der Beigeladenen zu 1); Verletzung von administrativen Pflichten gemäß § 73 Abs.2 Nr.9 SGB V i.V.m. §§ 36 BMV-Ä, 18 A-EKV; nachhaltig beleidigende Attacken auf Krankenkassen und Mitarbeiter der Beigeladenen zu 1); Verstoß gegen das Sachleistungsprinzip durch Privatliquidationen im Zusammenhang mit dem PÄB; falsche Leistungsabrechnung in Form der Meldung von überhöhten Scheinzahlen und Doppelabrechnungen bzw. Mehrfacheinreichungen; Abrechnung von Leistungen einer beim PÄB angestellten Nichtvertragsärztin durch den Kläger).

Aufgrund der vorliegenden Verletzungen der vertragsärztlichen Pflichten durch den Kläger, die zumindest in ihrer Summation als gröblich im Sinne der Rechtsprechung zu bezeichnen seien, gehe der Beklagte zu Recht davon aus, dass dadurch das Vertrauen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen so gestört sei, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Kläger nicht mehr zugemutet werden könne. Der Kläger sei zur Teilnahme

an der vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr geeignet. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Zulassungsentziehung durch den Beklagten sei nicht zu beanstanden.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Bevollmächtigten des Klägers vom 6. Juni 2002, die mit Schriftsatz vom 16. Dezember 2002 näher begründet wurde. Zu den einzelnen der Entscheidung des SG zugrunde liegenden Feststellungen hat der Klägervertreter Folgendes ausgeführt:

1. Weigerung, Auskünfte zu erteilen:

Falsch sei, dass sich der Kläger geweigert habe, auf zwei Anfragen der Beklagten vom 21. Februar 2001 und 16. März 2001 zu einer Geschäftsführertätigkeit bei der B. GmbH Auskünfte zu erteilen. Richtig sei, dass er diese Auskünfte wie gewünscht pflichtgemäß erteilt habe und zwar zu einem Zeitpunkt, als diese Tätigkeit bereits beendet gewesen sei. Die Auslegung des § 4 Abs.2 der Satzung der Beklagten durch das SG dahingehend, dass "der Kläger alle Auskünfte zu erteilen habe, die die Beigeladene zu 1) aus ihrer Sicht zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötige und über die der Kläger Auskunft erteilen könne, sei völlig falsch, da sie der Beigeladenen zu 1) quasi Tür und Tor öffnen würde, vom Kläger Auskünfte jeglicher Art abzuverlangen, auch wenn sie im krassen Widerspruch zu [§ 285 Abs.1 Nr.2 SGB V](#) stünden.

2. Nicht ordnungsgemäße Ausübung administrativer Pflichten:

Richtig sei, dass der Kläger mit Kassenanfragen regelrecht überschüttet worden sei. Dabei habe es sich jedoch größtenteils um Patientenfragen über Patienten, die nie in der Praxis des Klägers gewesen seien, gehandelt. Der Kläger habe dennoch geantwortet und zwar mit dem Hinweis "kein Patient in meiner Praxis". Darüber hinaus könnten Auskünfte überhaupt nur verlangt werden, soweit sie der Leistungsträger im Einzelfall für die Durchführung seiner Aufgaben nach dem SGB V benötige, diese Auskünfte gesetzlich zugelassen seien und der Patient seine Einwilligung erklärt habe. Es könnten nur Auskünfte über die Gesundheit/Krankheit des Patienten und deren Bewertung verlangt werden. Das Auskunftsbegehren müsse sich daher auf den Einzelfall und den konkreten Sachverhalt beschränken. Die bayerischen Vertragsärzte seien wiederholt per Landesrundschriften bzw. Einzelbenachrichtigung über ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen, insbesondere im Hinblick auf die Weitergabe von patientenrelevanten Daten an die Krankenkassen belehrt worden. Der Kläger sei damit pflichtbewusst tätig und insbesondere dem Datenschutz gerecht geworden.

3. Zu dem Problembereich "Nachhaltig beleidigende Attacken" sei nochmals anzumerken, dass sich der Kläger, sofern es sich um vorwerfbare und beleidigenden Charakter tragende Äußerungen gehandelt habe, entschuldigt habe. Auch zu diesem Punkt sei festzuhalten, dass er einen Entzug der Zulassung als einzigem Mittel zum Schutz des vertragsärztlichen Systems gegen Störungen nicht rechtfertigen könne.

4. Privatliquidation im Zusammenhang mit dem PÄB:

Richtig sei, dass die Beigeladene zu 1) sich erst mit dem Landesrundschriften 1/2002, Versand im April 2002, mit einer eigenen Broschüre zur Privatliquidation bei GKV-Versicherten an die Vertragsärzte gewandt habe. Bis zu diesem Zeitpunkt hätten sich teilweise die Ausführungen der an der Leistungserbringung beteiligten Parteien zur Privatliquidation widersprochen. Festzuhalten sei, dass der Kläger seine Patienten nicht zur Privatliquidation gedrängt habe, sondern davon ausgegangen sei, dass sein Vorgehen im Rahmen der damaligen Rechtslage korrekt gewesen sei. Er habe die vorgeworfene Abrechnungspraxis zudem unmittelbar nach

einem entsprechenden Hinweis der Beigeladenen zu 1) eingestellt.

5. Zur Frage des Angriffs auf das gesamte Kassenarztsystem stelle das Gericht richtig fest, dass von einem Drohpotenzial der Beendigung der Behandlung der 166 Substitutionspatienten des Klägers nicht zweifelsfrei ausgegangen werden könne.

6. Falsche Leistungsabrechnung:

Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass die ehemalige aus vier Ärzten bestehende Gemeinschaftspraxis zum 3. April 2000, also bereits nach Beginn des neuen Abrechnungsquartals, aufgelöst worden sei. Mit der Auflösung der Gemeinschaftspraxis seien die bis dahin bestehenden Organisationsstrukturen komplett zusammengebrochen. Die ehemaligen Gemeinschaftspraxispartner hätten die gesamten Mitarbeiterinnen mitgenommen. Wie sich später herausgestellt habe, seien verschiedene Scheine entgegen früherer Praxisgepflogenheiten noch nicht eingegeben worden. Die aufgetretenen Fehler seien sofort nach Bekanntwerden vom Kläger korrigiert und gegenüber der Beigeladenen zu 1) richtiggestellt worden. Im Abrechnungsquartal 2/01 hätte bei der Beigeladenen zu 1) die Abrechnung einer Reihe von Ärzten (ca. 50 Ärzte seien betroffen gewesen) aus KV-internen Gründen nicht eingelesen werden können. Die von der KV zurückgegebene Abrechnung sei vom Kläger daraufhin unter extremem Zeitdruck (nur vier bis fünf Tage seien dem Kläger zur Neueinreichung der Abrechnung gelassen worden) voll reaktiviert und neu eingereicht worden. Das Sozialgericht München werte diese Verkettung von gegenseitigen Versäumnissen und Fehlern voll zu Lasten des Klägers und sehe nicht, dass die Beigeladene zu 1) in keinsten Weise eine entsprechende Unterstützung angeboten habe.

7. Abrechnung von Leistungen einer beim PÄB angestellten Nichtvertragsärztin:

Im Rahmen der Notfallversorgung von Patienten sei jeder Arzt zur Hilfeleistung verpflichtet und zur Abrechnung gegenüber der KV berechtigt. Der Einsatz von Nichtvertragsärzten werde seit 1995 von der Beigeladenen zu 1) so hingenommen und die Einsätze seien stets vergütet worden.

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Kläger weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen habe.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 17. April 2002 und den Bescheid des Beklagten vom 15. November 2001 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers vom 27. April 2000 gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses München Stadt und Land vom 26. Juni 2000 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Vertreter des Beklagten beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung wird auf den Inhalt des Beschlusses des Beklagten vom 6. September 2001, das sozialgerichtliche Urteil vom 17. April 2002 und den Beschluss des BayLSG vom 15. Februar 2002 in der Beschwerdesache Az.: L 12 B 3/02 KA ER Bezug genommen.

Die Vertreter der Beigeladenen zu 1), 2), 4), 5), 6) und 7) beantragen, die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen drei Leitz-Aktenordner des Beklagten, ein Leitz-Aktenordner des Zulassungsausschusses Ärzte München Stadt

und Land, drei Handakten der Beigeladenen zu 1), die Akten des Sozialgerichts mit den Az.: [S 39 KA 3229/01](#), S 39 KA 1290/01 und S 39 KA 1580/98, die Akte des Landgerichts München I, 1 HK 022324/97, die Beschwerdeakte des Bayer. Landessozialgerichts mit dem Az.: 12 B 3/02 KA ER sowie die Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 84/02](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige und gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist unbegründet. Die Entscheidung des Beklagten, die Entziehung der Zulassung des Klägers zur vertragsärztlichen Versorgung durch den Zulassungsausschuss Ärzte München Stadt und Land durch Beschluss vom 6. September 2001/Bescheid vom 12. November 2001 zu bestätigen, ist nicht zu beanstanden.

Das Sozialgericht München hat deshalb mit dem angefochtenen Urteil vom 17. April 2002 die Klage des Klägers gegen diesen Bescheid zu Recht abgewiesen.

Die Entscheidung des Beklagten war zunächst nicht in formeller Hinsicht zu beanstanden. Insbesondere war die Sitzung des Beklagten am 6. September 2001 nicht wegen des Fax-Schreibens der Beigeladenen zu 1) vom 4. September 2001 zu vertagen, weil in diesem Schreiben keine neuen Tatsachen vorgetragen wurden. Der Beklagte und ihm folgend das Sozialgericht sind zu Recht auch davon ausgegangen, dass der Kläger seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt hat und ihm deshalb gemäß [§ 95 Abs.6 SGB V](#) die Zulassung zu entziehen war. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG SozR 3-2200 § 368a Nr.24 S.82 = [BSGE 66, 6, 8](#); BSG SozR 3-2500 § 95 Nr.4 S.12), die mit der des Bundesverfassungsgerichts (vgl. [BVerfGE 69, 233, 243 f](#)) übereinstimmt, ist eine gröbliche Pflichtverletzung dann anzunehmen, wenn ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist. Als schwerster Eingriff in den Vertragsarztstatus muss die Entziehung das einzige Mittel zum Schutz des vertragsärztlichen Systems gegen Störungen sein. Die Entziehung hat allein diesen Zweck und ist keine Sanktion für strafwürdiges Verhalten. Sie setzt deshalb auch kein Verschulden voraus. Eine gröbliche Pflichtverletzung im Sinne des [§ 95 Abs.6 SGB V](#) liegt dann vor, wenn durch sie das Vertrauen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen so gestört ist, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht zugemutet werden kann. Dieser Vertragsarzt ist dann zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr geeignet. Der Begriff der Ungeeignetheit ist von den Gerichten voll überprüfbar, da sich die zuständigen Zulassungsgremien hier gegenüber dem Gericht nicht auf eine besondere, einen nicht voll überprüfbaren Beurteilungsspielraum rechtfertigende Sachkunde berufen können.

Der Senat ist nach eingehender Prüfung und Würdigung der Auffassung, dass die dem Kläger durch den Beklagten vorgeworfenen Verstöße gegen seine vertragsärztlichen Pflichten - von einer Ausnahme abgesehen - auch tatsächlich vorliegen.

1. Weigerung, Auskünfte zu erteilen (Ziff.3.1 des Beschlusses des Beklagten):

Der Beklagte und ihm folgend das Sozialgericht sind zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger im Zusammenhang mit der Anfrage der Beigeladenen zu 1) vom 25. Januar 2001 einen Verstoß gegen seine Auskunftspflicht nach [§ 4 Abs.2](#) der Satzung der Beigeladenen zu 1) begangen hat. Nach dem Wortlaut des [§ 4 Abs.2](#) der Satzung hat ein Vertragsarzt alle Auskünfte zu erteilen, die zur Nachprüfung der

vertragsärztlichen oder sonstigen von der Beklagten sichergestellten und gewährleisteten ärztlichen Tätigkeit erforderlich sind. Art und Umfang der zu erteilenden Auskünfte ergeben sich also aus der Aufgabenstellung der Beigeladenen zu 1). Der Kläger hat daher gemäß § 4 Abs.2 der Satzung der Beigeladenen zu 1) alle Auskünfte zu erteilen, die die Beigeladene zu 1) aus ihrer Sicht zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt und über die der Kläger Auskunft erteilen kann (in diesem Sinne bereits Urteil des Senats vom 28. Juni 2000, Az.: [L 12 KA 76/98](#)). Die Anfrage vom 25. Januar 2001 diente, wie sich noch deutlicher aus den Erläuterungen der Beigeladenen zu 1) vom 21. Februar 2001 und 16. März 2001 ergibt, unverkennbar der (Vor-)Ermittlung zu der Frage, ob die Geschäftsführertätigkeit des Klägers bei der B. GmbH im Sinne des § 20 Abs.1, 2 Ärzte-ZV einer vertragsärztlichen Tätigkeit entgegensteht. Die Beklagte hielt sich mit ihrer Anfrage daher innerhalb der ihr übertragenen Aufgabe, die Ordnungsmäßigkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch den Kläger im Rahmen des Sicherstellungsauftrages zu überprüfen. Dieser Zusammenhang musste auch dem Kläger verständlich sein. Die dem Auskunftsverlangen der Beigeladenen zu 1) entgegengehaltenen Einwendungen des Klägers in den Schriftsätzen vom 12. Februar 2001, 6. März 2001 und 31. März 2001 sind demgegenüber als abwegig anzusehen. Wie die Klägerbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 8. April 2002 erstinstanzlich und insbesondere mit Schriftsatz vom 16. Dezember 2002 zweitinstanzlich zu der Auffassung gelangen, der Kläger habe seine Auskunftspflicht ordnungsgemäß erfüllt, ist vor dem Hintergrund der genannten Schreiben des Klägers nicht ansatzweise nachvollziehbar. Der Vorwurf der schuldhaften pflichtwidrigen Auskunftsverweigerung würde im Übrigen nicht deshalb entfallen, wenn der Kläger in der Sitzung des Beklagten vom 6. Dezember 2001 - wie von ihm vorgetragen, aber nicht aus der Sitzungsniederschrift erkennbar - erstmalig Ausführungen über den zeitlichen Umfang seiner Geschäftsführertätigkeit gemacht haben sollte. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits mehr als sieben Monate seit der Anfrage der Beigeladenen zu 1) vom 25. Januar 2001 vergangen.

2. Nichtordnungsgemäße Ausübung administrativer Pflichten (Ziff.3.2 des Bescheides des Beklagten):

Der Beklagte und ihm folgend das Sozialgericht gehen zu Recht auch davon aus, dass der Kläger in einer Reihe von Fällen seine administrativen Pflichten, wie sie in § 73 Abs.2 Nr.9 SGB V iVm § 36 BMV-Ä, 18 A-EKV näher beschrieben sind, verletzt hat.

Dem Antrag der Beigeladenen zu 2) vom 14. Januar 2000, dem Antrag der Beigeladenen 6) und 7) vom 8. Februar 2000 und dem Schreiben der Beigeladenen zu 1) vom 3. September 2001 liegen mehrere Anfragen der Beigeladenen zu 1) bzw. von Mitgliedskassen der Beigeladenen zu 6) und 7) bei, die sich jeweils auf die gleichen Behandlungsfällen beziehen, auf die der Kläger pflichtwidrig nicht bzw. nicht angemessen entsprechend seinen gesetzlichen Verpflichtungen geantwortet hat. Beispielhaft sind zu nennen die Fälle P.B., DAK, Anfrage vom 10. März 1999 hinsichtlich der Dauer und der Ursache der bei der Versicherten bestehenden Arbeitsunfähigkeit (Antwort des Klägers: "Bitte dringend nochmal den Hauptschul- bzw. Sonderschulabschluss wiederholen, Auskunft nur gegen 20,00 DM nach Vorüberweisung auf das Konto", "verstehe ich nicht, bitte in deutscher Sprache wiederholen"); S.H., AOK, zweite eilige Anfrage vom 10. Februar 2000 betreffend eine Anfrage an den Kläger zur Prüfung der Frage der Einleitung sozialmedizinischer Maßnahmen nach längerer Arbeitsunfähigkeit des Versicherten (auch diese Anfrage hat der Kläger bezüglich der Anlage, die u.a. die Übersendung eines Röntgenbefundes/Ultraschallbefundes/EKG-Befundes/Laborbefundes bzw. von Arzt- oder Krankenhausberichten vorsieht, bewusst missverstanden, denn

vor dem Hintergrund der bei dem Versicherten vorliegenden Diagnose einer schweren Depression bezog sich die Anforderung natürlich nicht auf die Röntgen-, Ultraschall-, EKG- und Laborbefunde, sondern auf eventuell vorhandene Arzt- oder Krankenhausberichte); M.W., Barmer Ersatzkasse, hinsichtlich einer Anfrage zur Indikation und Verordnung einer Dekubitus-Versorgung (vom Kläger mit Schreiben vom 9. April 2000 abgelehnt, weil in der Anfrage keine Rechtsgrundlage angegeben sei und auch kein Hinweis auf die Abrechnungsfähigkeit); K.W., DAK, Anfrage wegen eines Zusammenhanges der im September und Oktober 1999 bestehenden Arbeitsunfähigkeit mit der im Januar 2000 bestehenden Arbeitsunfähigkeit (auch wenn der Zusammenhang hier - V.a. Schulterreckgelenksprengung einerseits und Bandscheibenvorfall L5/S1 und L4/5, psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom nicht gerade wahrscheinlich ist, berechtigt dies den Kläger nicht zu der Antwort: "Wie sind nur bereit, Anfragen zu beantworten, die einen gewissen Sinn in sich zeigen"); R.R., AOK Bayern, hinsichtlich Auskunftersuchen über die Erkrankung und ggf. auch Empfehlung für Rehabilitationsmaßnahmen bzw. andere Maßnahmen (Verweigerung der Beantwortung, weil in der Anfrage der Krankenkasse die Leistungsziffer über die Vergütung nicht angegeben ist) sowie Patientinnen E.D., AOK München und A.E. (Verweigerung der Auskunft wiederum mangels Angabe der Leistungsziffer bezüglich der Vergütung und keine Rechtsgrundlage insgesamt für derartige Anfragen). Der Vorwurf der schuldhaften pflichtwidrigen Nichterfüllung seiner administrativen Pflichten ist vor diesem Hintergrund völlig zutreffend.

3. Nachhaltig beleidigende Attacken (Nr.3.3 des Beschlusses des Beklagten):

Der Beklagte und ihm folgend das Sozialgericht gehen weiterhin zu Recht davon aus, dass die beleidigenden Angriffe des Beklagten gegenüber Krankenkassen (z.B. Beleidigungen gegenüber AOK bzw. deren Mitarbeiter u.a.: "Wenn Ihr Scheiße produzieren wollt, geht auf die Toilette bzw. spült gleich die Scheiß-AOK weg", "wie dämlich muss man sein, um bei der AOK arbeiten zu dürfen", "Sozialschmarotzer GKV", "an arme-Onkel-Kasse, Direktion", "warum muss ausgerechnet die AOK 100 % geistig Schwerbehinderte einstellen" usw.) bzw. gegenüber der Beigeladenen zu 1) bzw. einzelnen Funktionären und Mitarbeitern ("die KV ist eine kriminelle Vereinigung", "die Verwaltungsangestellten sind SS-Leute eines Hitler-Regimes, die Funktionäre der KV sind alles Verbrecher", "der Munte ist ein verbrecherisches Arschloch", "wir haben einen Profi-Lügner als KV-Chef", "Frau K. habe ihm den Hals umgedreht und er werde ihr den Hals umdrehen, das würde er wörtlich meinen" usw.) einen groben Pflichtverstoß des Klägers begründen. Der Kläger geht zu Unrecht davon aus, dass ihm diese Beleidigungen nur nach einer strafrechtlichen Verurteilung entgegengehalten werden könnten. Im Rahmen einer Zulassungsentziehung kommt es nicht darauf an, ob ein strafrechtlich vorwerfbares Verhalten des Arztes vorliegt, sondern allein, ob der Vertragsarzt wegen gröblicher Pflichtenverstöße zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ungeeignet ist. Die Ungeeignetheit des Vertragsarztes kann sich auch daraus ergeben, dass durch sein Verhalten das notwendige Vertrauensverhältnis gegenüber den Organen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung so grob gestört hat, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Arzt nicht mehr zugemutet werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 1984, Az.: [6 RKa 34/83](#)). Hinsichtlich der beleidigenden Attacken kann sich der Kläger auch nicht auf die Meinungsäußerungsfreiheit des Art.5 Abs.1 Satz 1 Grundgesetz (GG) berufen. Das Grundrecht aus Art.5 Abs.1 Satz 1 GG ist nicht grenzenlos, sondern findet nach Art.5 Abs.2 GG seine Schranken u.a. in den Vorschriften der allgemeinen Gesetze und in dem Recht der persönlichen Ehre.

Zu den allgemeinen Gesetzen im Sinne des [Art.5 Abs.2 GG](#) gehören u.a. auch die Normen des Kassenarztrechts, aus denen sich für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen vertragsärztliche Pflichten ergeben. Insbesondere bei Formalbeleidigungen, Schmähkritik und Verstößen gegen die Menschenwürde geht der persönliche Ehrenschutz des bzw. der Betroffenen dem Recht auf freie Meinungsäußerung vor (vgl. zuletzt BVerfG, Beschluss vom 10. Oktober 1995 - Az.: 1 BvR 1476/91, [1 BvR 1980/91](#), [1 BvR 102/92](#) und [1 BvR 221/92](#), NJW 1995, S.3303 ff. "Soldatenurteile" sowie Beschluss vom 14. Februar 2000, Az.: [1 BvR 390/95](#)). Nach Auffassung des Senates stellen die beleidigenden und durchaus auch der Einschüchterung missliebiger Mitarbeiter der Krankenkassen bzw. der Beigeladenen zu 1) dienenden Verbalattacken des Klägers eine schuldhaft grobe Verletzung vertragsärztlicher Pflichten dar, die bereits für sich allein gesehen die Entziehung der Zulassung rechtfertigen.

4. Privatliquidationen im Zusammenhang mit dem PÄB (Nr.3.4 des Bescheides des Beklagten):

Der Beklagte und ihm folgend das SG gehen weiter zu Recht davon aus, dass der Kläger mit seinen Privatliquidationen (Vereinbarung der Abtretung der Forderung des Patienten gegen die Krankenkasse an den behandelnden Arzt und Geltendmachung dieser Forderung durch den Arzt gegenüber der Krankenkasse) im Rahmen des PÄB gegen [§ 13 Abs.2 SGB V](#) in der vom 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 1998 geltenden Fassung verstoßen hat, was als gravierender Verstoß gegen das das vertragsärztliche System prägende Sachleistungsprinzip zu werten ist. Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl.I S.2266) hat für freiwillige Mitglieder von Krankenkassen ab 1. Januar 1993 die Möglichkeit eingeführt, statt dem Sachleistungsprinzip die Kostenerstattung zu wählen. Durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz -2. NOG) vom 23. Juni 1997 wurde mit Wirkung ab 1. Juli 1997 die Möglichkeit der Kostenerstattung auf alle Versicherten ausgedehnt. Zum 1. Januar 1999 wurde mit Gesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl.I S.3853) die frühere vom 1. Januar 1993 bis 30. Juni 1997 geltende Rechtslage wieder hergestellt und das Recht, Kostenerstattung zu wählen, erneut auf freiwillige Mitglieder beschränkt. Als Begründung dafür wurde angegeben (BT-Drucksache 1424 S.16), dass die Kostenerstattung für Pflichtversicherte ein der solidarischen GKV fremdes Element sei. Auch für den hier streitigen Zeitraum blieb die Kostenerstattung ein Wahlrecht des Versicherten und allein seiner Entscheidung überlassen (vgl. insgesamt mit weiteren Nachweisen Noftz in Hauck/Haines, Kommentar zum SGB V, § 13 Rdnrn.28 ff.). Über diese Rechtslage war der Kläger eingehend durch die umfangreiche Aufklärungstätigkeit der Beigeladenen zu 1) aufgeklärt worden. Die Beigeladene hat allen Vertragsärzten die Broschüre der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg "Privatliquidation bei GKV-Versicherten", die Beilage zum Landesrundsreiben 3/97 (4. Kostenerstattungsregelung), das Sonderrundschreiben vom 21. März 1997 zum Thema Kostenerstattung zukommen lassen sowie am 26. Mai 1998 eine Pressemitteilung ebenfalls zum Thema Kostenerstattung veröffentlicht. Wenn der Kläger gleichwohl bis zuletzt - wie aus seinem Schreiben vom 29. Dezember 1998 an die Beigeladene zu 2) unzweideutig hervorgeht - eine dem diametral widersprechende Rechtsmeinung vertritt, nämlich dass das Wahlrecht zwischen Sach- und Kostenerstattung auch ihm selbst zustehe, so muss er auch die Konsequenzen dieser falschen rechtlichen Wertung tragen. Die von der Beigeladenen zu 2) durchgeführte Mitgliedsbefragung betreffend einer Notfallbehandlung im 4. Quartal 1998 hat in den ca. 70 dem Gericht vorgelegten Fällen ergeben, dass in allen Fällen die Krankenversicherungskarte vorgelegt wurde bzw. dem Arzt das Versicherungsverhältnis zur Beigeladenen zu

2) mitgeteilt wurde und in keinem einzigen Fall der Wunsch nach einer Privatbehandlung mit Kostenerstattung gewählt wurde. Das gleiche Bild ergibt sich aus den im gleichen Zusammenhang durchgeführten Patientenbefragungen der DAK in 15 und der Barmer Ersatzkasse in 11 Fällen. Das Ergebnis dieser Patientenbefragungen in Verbindung mit der vom Kläger im Schreiben vom 29. Dezember 1998 vertretenen Rechtsauffassung führen zu der Überzeugung des Senats, dass der Kläger den Versicherten gegen ihren Willen eine privatärztliche Behandlung aufgedrängt hat und sie ohne entsprechende Beratung eine vorgefertigte Abtretungserklärung hat unterschreiben lassen mit dem Zusatz "wird die Rechnung von meiner Versicherung nicht vollständig erstattet, muss ich trotzdem keine Nachzahlung leisten, mir entstehen für die Behandlung also keine Kosten". Vor eben dieser Formulierung ist in der Beilage zum Landesrundsreiben 3/97 ausdrücklich gewarnt worden: "Wir möchten Sie davor warnen, dem Patienten zu avisieren, dass er nur den tatsächlichen Erstattungsbetrag zu zahlen braucht. Dies widerspricht unter Umständen dem Berufsrecht und kann ggf. zu ähnlichen rechtlichen Konsequenzen wie beim Unterlauf des Selbstbehalts in der PKV bzw. Beihilfe zum Nachteil der Krankenkasse führen". Der Kläger kann sich nicht damit entlasten, dass den Patienten, die Kostenerstattung gewählt hätten, kein Schaden entstanden sei, weil im Falle der Nichtbegleichung der Rechnung durch die Krankenkasse, diese den Patienten nicht in Rechnung gestellt worden sei. Der Vorwurf zielt nämlich darauf ab, dass der Kläger nicht bereit ist, eine wesentliche Grundlage des Vertragsarztsystems - das Sachleistungsprinzip - zu beachten, wobei erschwerend hinzukommt, dass es hier um Notfallbehandlungen ging. Ob und inwieweit es dabei zu einer finanziellen Schädigung der Patienten gekommen ist, ist nicht von wesentlicher Bedeutung. Gerade weil die rechtswidrigen Verstöße gegen das Sachleistungsprinzip im Rahmen und unter Ausnutzung einer Notfallsituation erfolgt sind, liegt nach Auffassung des Senates eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten vor.

Den Kläger entschuldigt auch nicht sein Einwand, dass es sich bei der beanstandeten Vorgehensweise um ein Verhalten der Mitglieder der Gemeinschaftspraxis insgesamt und nicht allein von ihm gehandelt hat. Der Kläger stellt nämlich nicht in Abrede, die beanstandeten Abtretungsformulare vielfach auch selbst verwendet zu haben und die Rechnungen dann im Wege der Kostenerstattung bei den Krankenkassen geltend gemacht zu haben. Er hat hiergegen im Berufungsverfahren (Schriftsatz vom 16. Dezember 2002, S.38 der Berufsakte) nur eingewandt, dass er davon ausgegangen sei, dass sein Vorgehen gegenüber seinen Patienten der damaligen Rechtslage korrekt gewesen sei. Angesichts der dargestellten und nach Auffassung des Senats völlig ausreichenden Aufklärungstätigkeit der Beigeladenen zu 1) kann dieser Einwand das Vorgehen des Klägers nicht rechtfertigen. Der Kläger hat mithin selbst gegen das Sachleistungsprinzip verstoßen.

5. Angriff auf das gesamte Kassenarztsystem (Nr.3.5 des Bescheides des Beklagten):

Das Sozialgericht ist hier der Auffassung des Senats in dem Beschluss im einstweiligen Rechtsschutzverfahren vom 15. Februar 2002, Az.: L 12 B/02 KA ER, gefolgt, wonach dieser Vorwurf letztlich nicht aufrechterhalten werden kann. Der Beklagte geht zunächst zwar zu Recht davon aus, dass eine gröbliche Pflichtverletzung im Sinne des [§ 95 Abs.6 SGB V](#) auch darin liegen kann, dass ein Vertragsarzt durch sein Verhalten das notwendige Vertrauensverhältnis gegenüber den Organen der Kassenärztlichen Selbstverwaltung so grob gestört hat, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Arzt nicht mehr zugemutet werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 1984, Az.: 6 RKA 430/83; vgl. auch Beschluss vom

17. Mai 2001, Az.: [B 6 KA 8/00 R](#)). Bei der Bewertung des bzw. der Schreiben des Klägers ist allerdings auch das Grundrecht des [Art.5 GG](#) zu berücksichtigen, auf das sich der Kläger ausdrücklich beruft. Das Recht auf freie Meinungsäußerung findet zwar seinerseits wiederum nach [Art.5 Abs.2 GG](#) seine Schranken u.a. in den Vorschriften der allgemeinen Gesetze. Zu den allgemeinen Gesetzen im Sinne des [Art.5 Abs.2 GG](#) gehören u.a. auch die Normen des Vertragsarztrechts, aus denen sich für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen vertragsärztliche Pflichten ergeben. Das streitgegenständliche Fax des Klägers vom 16. Februar 2000, in dem der KVB mitgeteilt wird, dass aufgrund der unzureichenden Zahlung der KVB mit Wirkung ab Freitag, 18. Februar 2000, die Substitutionsbehandlung in der W.-Praxis wie auch die eigentliche Praxistätigkeit eingestellt werden müsse, das in Kopie an 38 weitere Stellen ging, ist vor dem Hintergrund der seinerzeit offensichtlich prekären finanziellen Situation der Gemeinschaftspraxis M. u.a. wohl eher als Hilferuf an die Öffentlichkeit denn als Angriff gegen die Beigeladene zu 1) zu werten. Auch in den Zeitungsartikeln, die auf das Fax des Klägers hin erschienen sind, steht ganz die Situation der Gemeinschaftspraxis M. u.a. und die weitere Betreuung der 166 Substitutionspatienten im Vordergrund, eine Herabsetzung der Beigeladenen zu 1) findet sich hier nicht. Letztlich kann es dem Kläger nicht widerlegt werden, dass es ihm gerade um die Sicherstellung der weiteren Behandlung der Substitutionspatienten ging. Trotz der sehr kurzfristigen Ankündigung des Klägers wäre die Beigeladene zu 1), wie sich aus deren Schreiben vom 17. Februar 2000 und der Reaktion auf die Presseveröffentlichung vom 18. Februar 2000 ergibt, in der Lage gewesen, die weitere Behandlung der 166 Substitutionspatienten sicherzustellen. Die weitere Behandlung der Substitutionspatienten war dann ohnehin - entgegen der Ankündigung des Klägers - durch die Gemeinschaftspraxis M. u.a. gewährleistet.

6. Falsche Leistungsabrechnungen (Ziff.3.6 des Bescheides des Beklagten):

6.1 Überhöhte Meldungen von Scheinzahlen:

Der Beklagte und ihm folgend das Sozialgericht gehen zu Recht davon aus, dass den vom Kläger für das Quartal 2/00 gemeldeten 2.801 Behandlungsscheine eine tatsächlich für das Quartal 2/00 eingereichte Scheinzahl in Höhe von 2.232 Behandlungsscheinen (1.726 Scheine im Original für 2/00 + 504 Nachträge aus 2/00 in 4/00 und zwei Nachträge auf 2/00 in 1/01) gegenübersteht, was einer Differenz von 569 Behandlungsscheinen entspricht bzw. einer potenziellen Überzahlung von DM 39.830,00. Die Behandlungsscheine aus der Veranstaltung "Rock im Park 2000 in Nürnberg" sind in der für das Originalquartal 2/00 tatsächlich gemeldeten Scheinzahl in Höhe von 1.726 nach den glaubhaften und nachvollziehbaren Angaben der Beigeladenen zu 1) vom 14. August 2001 mitberücksichtigt. Dass es bei dem Komplex "Scheinzahlmeldung" im Oktober zu einem Fehler gekommen ist, hat der Kläger mit Schriftsatz vom 3. September 2001 an den Beklagten eingeräumt. Der Kläger hat es nach eigenen Angaben nämlich versäumt, diese Scheinzahlmeldung mit der Entscheidung, diese Scheine nicht über die Kassenärztliche Vereinigung in der bisherigen Weise abzurechnen (um das wirtschaftliche Überleben zu ermöglichen), sofort zurückzuziehen. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens (Az.: L 12 B 3/02KA ER, Schriftsatz vom 2. Januar 2001) wie jetzt auch im Rahmen des Klage- und Berufungsverfahren macht der Kläger im Übrigen allgemein Probleme im Zusammenhang mit dem für ihn überraschenden Ende der Gemeinschaftspraxis zum 3. April 2000, dem dadurch bedingten Verlust der personellen Infrastruktur und der Notwendigkeit zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter geltend, was zu Fehlern geführt habe. Dass die überhöhte Scheinzahlmeldung vorsätzlich zur Erlangung höherer

Abschlagszahlungen erfolgte, kann dem Kläger nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden. Der Kläger hat es aber in erheblichem Umfang an der notwendigen Sorgfalt fehlen lassen. Dabei musste dem Kläger bekannt sein, dass die Höhe der Abschlagszahlungen bei neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten, zu denen auch durch Änderung der Praxisstruktur mit Vergabe einer neuen Arztnummer bereits zugelassene Ärzte zählen, gemäß § 7 Abs.5 HVM in Verbindung mit einem Vorstandsbeschluss der Beigeladenen zu 1) vom 10. Mai 1994 75 % des zuletzt bekannten Fallwertes der jeweiligen Arztgruppe multipliziert mit der nach § 7 Abs.5 HVM gemeldeten Scheinzahl je Monat beträgt. Der Kläger muss sich deshalb zumindest ein grob fahrlässiges Verhalten entgegenhalten lassen, wobei er für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten bei Delegation auf nichtärztliche Mitarbeiter gemäß § 14 Abs.2 Satz 2 BMV-Ä, § 20 Abs.2 A-EKV selbst haftet.

6.2 Doppelabrechnungen und Mehrfacheinreichungen (Nachschieben von Scheinen):

Der Beklagte und ihm folgend das Sozialgericht gehen zutreffend auch davon aus, dass im Quartal 4/00 in mindestens 496 Behandlungsfällen Behandlungsscheine eingereicht wurden, die bereits im Quartal 2/00 verrechnet und vergütet worden waren. Der Kläger räumt diesbezüglich ein, dass es hier zu Fehlern gekommen sei, an denen ihn aber kein Verschulden treffe. Er macht hierzu geltend, dass vor der Abrechnung des 4. Quartals 2000 die zur Abrechnung benötigte EDV-Anlage, die sich bis zum 31. September 2000 im gemeinsamen Besitz befunden habe, vollständig von der Gemeinschaftspraxis F.-B./H./M. übernommen worden sei. Lediglich über einen häuslichen Fernanschluss habe er die Abrechnung des 4. Quartals 2000 erstellen können. Hierzu hätten alle Scheine des 3. Quartals 2000 wieder aktiviert werden müssen sowie auch die Scheine des 2. Quartals 2000, die vorher im 3. Quartal 2000 hätten abgerechnet werden sollen (die verspätete Abrechnung des 3. Quartals 2000 sei von der KVB nicht mehr akzeptiert worden). Hier sei es zu Fehlern gekommen, indem auch Scheine des 2. Quartals aktiviert worden seien, die bereits im 2. Quartal 2000 abgerechnet worden seien. Die Ursache des Fehlers (Bedienungsfehler, Software- oder Hardware-Fehler) habe auch unter Mithilfe des Software-Hauses bisher nicht auffindig gemacht werden können.

Der Senat verkennt nicht, dass die Abrechnung des 4. Quartals 2000 unter erschwerten Bedingungen stattfinden musste. Dies enthebt den Kläger aber in keiner Weise von seiner Verpflichtung zu einer peinlich genauen Abrechnung. Der Kläger wäre zumindest verpflichtet gewesen, die eingereichte Diskette einer suffizienten Abschlusskontrolle zu unterziehen. Da dies offensichtlich nicht geschehen ist, ist dem Kläger jedenfalls eine grobe Fahrlässigkeit bei der Abrechnung anzulasten.

Der Beklagte und das Sozialgericht gehen weiter zutreffend davon aus, dass auch im Quartal 2/01 432 Nachträge aus dem Quartal 1/01 eingereicht worden sind, wovon 429 Patienten bereits im Quartal 1/01 abgerechnet worden sind. Auch hier räumt der Kläger ein, dass - nachdem weder die Original-Diskette noch die Reserve-Diskette für das Quartal 2/01 lesbar gewesen seien - bei der notwendigen Reaktivierung des gesamten 2. Quartals 2001 und der wenigen Nachzüglerscheinen des 1. Quartals 2001 fehlerhafterweise erneut wieder alle Scheine des 1. Quartals 2001 reaktiviert worden seien. Da für die Neuabgabe der Abrechnung bis zur Ausschlussfrist nur sehr wenig Zeit verblieben sei, sei die Abrechnung beim zweiten Mal nicht überprüft worden. Auch das Software-Haus habe keine Erklärung dafür, warum erneut alle Scheine des 1. Quartals 2001 geöffnet worden seien. Aus seiner Sicht sei dies so eindeutig ein purer Handlingfehler, wenn alle Scheine eines Quartals neu aufgemacht werden, dass

es einer besonderen Begründung eigentlich nicht bedürfe. Demgegenüber hat die Beigeladene zu 1) mit Schriftsatz vom 28. Januar 2002 eine Übersicht vorgelegt, wonach die Abrechnung aus dem ursprünglichen Quartal 1/01 im Quartal 2/01 gerade nicht als Ganzes 1/1 mit allen Scheinen als Nachtrag übernommen worden sei. Auch hier hat sich der Kläger zumindest grob fahrlässig eines Verstoßes gegen die im Verkehr erforderliche Sorgfalt schuldig gemacht, indem er die Abrechnung beim zweiten Mal nicht nachgeprüft hat, obwohl schon im Quartal 4/00 gravierende Probleme bei der Abrechnung aufgetreten waren. Beim Nachtrag aus dem Quartal 2/00 im Quartal 4/00 fällt zudem erschwerend ins Gewicht, dass bei 25 Behandlungsfällen die Nachnamen eigentümlich verändert waren. Hierzu trägt der Kläger vor, dass, nachdem zum 28. September 2000 die Praxis vorübergehend eingestellt habe werden müssen, er selbst zusammen mit seiner Lebensgefährtin alle Notfallscheine des 2. Quartals 2000 nochmals überprüft habe und Scheine, die in der EDV nicht gefunden worden seien, nachträglich erfasst worden seien. Das von der KBV genehmigte Programm von doc.expert lasse dabei eine Suche nach den Nachnamen und nach den Geburtsdaten zu. Die Möglichkeit der Suche nach dem Geburtsdatum, die deutlich weniger anfällig sei (die Notfallscheine seien handschriftlich von den Ärzten erfasst), sei ihm zum damaligen Zeitpunkt nicht geläufig gewesen. Wie sich zwischenzeitlich herausgestellt habe, seien insbesondere die primären Eingaben des 2. Quartals in der Namensschreibweise oft falsch gewesen, so dass diese bereits abgerechneten Personen nicht erkannt worden seien und fälschlicherweise - aber nicht vorsätzlich - irrtümlich zum zweiten Mal abgerechnet worden seien. Insgesamt gelangt der Senat zu der Überzeugung, dass der Kläger in den vorgenannten Quartalen zumindest grob fahrlässig gegen seine Pflicht als Vertragsarzt zur peinlich genauen Abrechnung verstoßen hat und die vom Kläger hierzu vorgetragenen Entschuldigungen ihn - was den Vorwurf grober Fahrlässigkeit betrifft - nicht entlasten können.

6.3 Abrechnung von Leistungen einer beim PÄB angestellten Nichtvertragsärzten

Der Beklagte hat zu Lasten des Klägers schließlich festgestellt, dass dieser Leistungen bei 13 Patienten abgerechnet habe, die von einer beim PÄB angestellten Nichtvertragsärztin im Rahmen der Veranstaltung "Happy Family" am 1. Juli 2000 erbracht wurden. Weitere Ausführungen, insbesondere welcher Vorwurf sich daraus für den Kläger ergibt, enthält der Beschluss des Beklagten nicht. Dieser Teilaspekt war für den Beklagten daher wohl von nachrangiger Bedeutung.

In rechtlicher Hinsicht ist hierzu zunächst festzustellen, dass ein Vertragsarzt, der Leistungen gegenüber der Beigeladenen zu 1) abrechnet, diese grundsätzlich höchstpersönlich zu erbringen hat. Gemäß § 32 Abs.1 S.4 Ärzte-ZV darf sich der Vertragsarzt nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs.2 Ärzte-ZV erfüllt, vertreten lassen. Aus dem Wort "grundsätzlich" ist allerdings zu entnehmen, dass in ganz besonderen Ausnahmefällen eine Vertretung auch durch einen Nichtvertragsarzt denkbar ist. Zu denken wäre hierbei etwa an Fälle einer kurzfristigen, nach § 32 Abs.1 S.3 Ärzte-ZV nicht anzeigepflichtigen Vertretung oder einer kurzfristigen Notfallvertretung.

In tatsächlicher Hinsicht hat das SG auf Anregung des Senats in dem Beschluss vom 15. Februar 2002, L 12 B 3/02 KA ER, weitere Ermittlungen angestellt (u.a. Beiziehung der Gesprächsprotokolle vom 5. Februar 2000 bzw. 31. Januar 2001 mit den Dres. S. und S.). Das SG ist auf der Grundlage dieser Ermittlungen in nicht zu beanstandener Weise davon ausgegangen, dass Dr.S. nicht als Vertreterin des Klägers, sondern als freie Mitarbeiterin des PÄB tätig geworden ist, und deshalb der Kläger nicht berechtigt war, diese Leistungen

unter seiner Abrechnungsnummer abzurechnen. Der Senat sah diesbezüglich keine Veranlassung zu weiteren Ermittlungen. Zum einen hat der Kläger gegen die Wertung des SG, Dr.S. sei nicht als seine Vertreterin, sondern als freie Mitarbeiterin beim PÄB tätig geworden, im Berufungsverfahren insoweit keinerlei Einwendungen erhoben. Er hat insbesondere nicht geltend gemacht, dass er selbst an der Verrichtung des Notfalldienstes am 1. Juli 2000 verhindert war und Frau Dr.S. vereinbarungsgemäß von ihm und für ihn diesen Dienst übernommen hat. Zum anderen sprechen auch die von Frau Dr.S. - vormals Dr.F. - vorgelegten Verträge ("Vertrag über die freiberufliche Mitarbeit", "Vertrag über die Vergütungsregelung") dafür, dass typischerweise vertragliche Beziehungen ausschließlich zwischen dem PÄB und dem jeweiligen Arzt zustandekommen. Hiervon ist auch Frau Dr. S. - offensichtlich ohne schriftliche Vereinbarung, da der Dienst von einem Dr.L. übernommen wurde - ausgegangen. Eine rechtliche Grundlage für die Abrechnung der von Dr.S. behandelten Fälle durch den Kläger ist daher nicht erkennbar. Der Senat hat allerdings - da der Gesamtkomplex "Organisation des PÄB" Gegenstand noch offener Rechtsstreitigkeiten ist (vgl. hierzu die vom Senat beigezogenen Rechtsstreitigkeiten S 39 KA 1580/98 und S 39 KA 1290/01) - diesem Vorgang als Teilaspekt des Komplexes "falsche Leistungsabrechnungen" im Verhältnis zu den Vorwürfen unter Ziff.6.1 und 6.2 - wie schon die Beklagte - eine untergeordnete Bedeutung beigemessen.

Aufgrund der vorliegenden Verletzungen der vertragsärztlichen Pflichten durch den Kläger, die zum Teil bereits für sich allein (Ziff.3: "Nachhaltig beleidigende Attacken", Ziffern 4., 6: "vertragswidriges Abrechnungsverhalten"), jedenfalls aber in ihrer Summation als gröblich im Sinne der Rechtsprechung zu bezeichnen sind, geht der Beklagte zu Recht davon aus, dass dadurch das Vertrauen der Beigeladenen zu 1) und der Krankenkassen so gestört ist, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Kläger nicht mehr zugemutet werden kann. Der Kläger ist zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als nicht mehr geeignet anzusehen. Dem steht auch nicht entgegen, dass der Senat dem Beklagten in einem Punkt ("Angriff auf das gesamte Kassenarztsystem") bei der Bewertung als Pflichtenverstoß nicht gefolgt ist. Die verbleibenden festgestellten Verstöße gegen die Pflichten eines Vertragsarztes rechtfertigen die Entziehung der Zulassung. Der Senat stimmt in vollem Umfang der Einschätzung des Beklagten zu, der den Kläger als nicht mehr "verwaltbar" bezeichnet hat. Der Kläger hat seine eigenen Vorstellungen zum Vertragsarztrecht entwickelt - kraft angenommener intellektueller Überlegenheit gegenüber den anderen Beteiligten im Vertragsarztrecht - denen er im Zweifel eine größere Bedeutung beimisst als den einschlägigen rechtlichen Regelungen. Soweit der Kläger zuletzt in der mündlichen Verhandlung hat anklingen lassen, dass er es als ungerecht empfinde, wenn nur ihm gröbliche Pflichtverstöße vorgehalten wurden, nicht aber auch den ehemaligen Gemeinschaftspraxispartnern, ist hierzu festzustellen, dass auch gegen die anderen früheren Gemeinschaftspraxispartner Anträge auf Entziehung der Zulassung vorlagen, die aber vom Zulassungsausschuss (Sitzung am 23. März 2000) abgelehnt wurden. Maßgeblich hierfür war offensichtlich, dass diese eine deutliche Distanz zum Verhalten des Klägers zeigten und auch die Absicht der Auflösung der Gemeinschaftspraxis mit dem Kläger kundgetan wurde, die dann zeitnah Anfang April 2000 auch erfolgte.

Der Einwand der Klägerseite, einem Zulassungsentziehungsverfahren müsse immer stets ein Disziplinarverfahren vorhergehen, ist nicht zutreffend (vgl. hierzu Krauskopf in Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand September 2002 [§ 95 SGB V](#) Rdnr.46 sowie Henke in Handbuch der Krankenversicherung, Stand 1. Juli 2002 [§ 95 SGB V](#) Rdnr.40).

Zwar wird es vielfach so sein, dass im Hinblick auf den verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit einem Zulassungsentziehungsverfahren oftmals ein Disziplinarverfahren vorhergeht. Die Vorschaltung eines erfolglos durchgeführten Disziplinarverfahrens ist aber nicht zwingende Voraussetzung für die Einleitung eines Zulassungsentziehungsverfahrens. Vorliegend war es nach Auffassung des Senats jedenfalls nicht zu beanstanden, dass angesichts der Vielzahl und der Schwere der gegen den Kläger erhobenen Verstöße sofort ein Zulassungsentziehungsverfahren eingeleitet wurde.

Die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Entscheidung durch den Beklagten ist nach abschließender Bewertung der festgestellten Pflichtverstöße ebenfalls nicht zu beanstanden. Das für die Rechtmäßigkeit der Anordnung der sofortigen Vollziehung erforderliche zusätzliche besondere öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung ist im Bescheid des Beklagten vom 12. November 2001 hinreichend zum Ausdruck gekommen. Der Beklagte hat ausdrücklich festgestellt, dass das Interesse am sofortigen Vollzug der Zulassungsentziehung nach der aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung des Beklagten erheblich über das öffentliche Interesse hinausgeht, das den Entzug der Zulassung selbst rechtfertigt. Das Vollzugsinteresse sei gegeben, weil der Kläger bis zuletzt - auch im Laufe des Entziehungsverfahrens - ein Verhalten an den Tag gelegt habe, das erkennen lasse, dass er nicht bereit sei, den bisher eingeschlagenen Weg zu verlassen. Dies gelte sowohl hinsichtlich seiner durch Beleidigungen und Wortattacken gezeigten psychischen Gewalt, die sogar in physische Gewalt umzuschlagen drohe wie auch hinsichtlich der Leistungsabrechnung. Der Beklagte schließt daraus nach Auffassung des Senats zu Recht, dass der Kläger mit Wahrscheinlichkeit auch künftig nicht bereit sein wird, korrekt mit der Beigeladenen zu 1) und den beigeladenen Krankenkassen abzurechnen. Der Senat stimmt auch der weiteren Einschätzung des Beklagten zu, der den Kläger als nicht mehr "verwaltbar" angesehen hat. Dies hat der Kläger während des Gerichtsverfahrens hinsichtlich der Zulassungsentziehung nochmals deutlich zu erkennen gegeben, indem er während des angeordneten Sofortvollzuges der Zulassungsentziehung vom 15. November 2001 (Zustellung des Bescheides des Beklagten vom 12. November 2001 mit Anordnung des Sofortvollzuges der Entscheidung des Beklagten) bis 25. Februar 2002 (Zustellung des Beschlusses des Senats vom 15. Februar 2002 mit der Aussetzung des Sofortvollzuges ab Zustellung bis 31. März 2003) den Praxisbetrieb in vollem bisherigen Umfang auch hinsichtlich von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen aufrechterhalten hat. Dieses Verhalten des Klägers wiegt umso schwerer als die Beigeladene zu 1) den Kläger mit Schreiben vom 12. Dezember 2001, 21. Januar 2002 und 22. Januar 2002 darauf hingewiesen hatte, dass er ab 15. November 2001 bis auf weiteres nicht mehr berechtigt sei, vertragsärztlich tätig zu sein und er auch keinerlei Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausstellen dürfe.

Unberührt von dieser Entscheidung bleibt die im einstweiligen Rechtsschutzverfahren aufgrund summarischer Prüfung erfolgte Aussetzung der sofortigen Vollziehung der Zulassungsentziehung bis einschließlich 31. März 2003, die nur auf Antrag hin abänderbar war.

Da der Kläger - wegen des Aussetzungsbeschlusses des Senats vom 15. Februar 2002, L 12 B 3/02 KA ER und weil der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung des Klägers nicht mit sofortiger Wirkung versehen hatte - während des Zulassungsentziehungsverfahrens noch als Vertragsarzt tätig war, ist abschließend auch noch der Gesichtspunkt des "Wohlverhaltens" in die Betrachtung miteinzubeziehen. Hierzu ist allerdings bereits allgemein einschränkend festzustellen, dass einem Wohlverhalten eines Vertragsarztes während des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens weniger Gewicht zukommt als

dem vorwerfbaren Verhalten vor der Zulassungsentziehung. Im Falle des Klägers kann von einem solchen Wohlverhalten allerdings keine Rede sein, wie zum einen die nachgeschobenen Begründungen vor der Sitzung des Beklagten hinsichtlich der Abrechnungsverstöße des Klägers zeigen. Zum anderen hat der Kläger - wie oben ausgeführt - die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Entscheidung des Beklagten nicht beachtet, wonach er ab 15. November 2001 nicht mehr berechtigt war, vertragsärztlich tätig zu sein, was ihm auch mehrmals durch die Beigeladene zu 1) (vgl. Schreiben vom 12. Dezember 2001, 21. Januar 2002 und 22. Januar 2002) mitgeteilt worden war. Daran ändert der Beschluss des Senats vom 15. Februar 2002 insofern nichts, als die sofortige Vollziehung der Entscheidung des Beklagten erst ab Zustellung des Beschlusses an den Kläger (dies war der 25. Februar 2002) ausgesetzt wurde. Der Kläger hat aber - unstreitig - entgegen dieser Rechtslage in den Monaten November/Dezember 2001 und Januar/Februar 2002 vertragsärztliche Leistungen erbracht und gegenüber der Beigeladenen zu 1) geltend gemacht sowie Verordnungen (Arznei- und Heilmittel) zu Lasten der Beigeladenen zu 2) mit einem Volumen in Höhe von 40.360,08 Euro verordnet.

Dieses letztgenannte Verhalten des Klägers zeigt nochmals deutlich dessen Unfähigkeit bzw. mangelnde Bereitschaft, Regeln einzuhalten.

Die Berufung des Klägers ist daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.4 SGG](#) a.F. ...

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor. Weder kommt dem Rechtsstreit eine grundsätzliche Bedeutung zu, die über die konkrete Fallgestaltung beim Kläger hinausgeht, noch weicht der Senat von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senates der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts ab.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-02-02