

L 8 KR 23/06

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 13 KR 176/03
Datum
11.03.2005
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 23/06
Datum
19.10.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 4/07 R
Datum
15.11.2007
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 11. März 2005 wird zurückgewiesen.

Die Kläger haben die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Der Streitwert wird auf 266,38 EUR festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer krankengymnastischen Behandlung.

Die Kläger betreiben gemeinschaftlich eine physiotherapeutische Praxis. Sie sind zugelassene Leistungserbringer gemäß [§ 124 SGB V](#). Mit Heilmittelverordnung vom 23. August 2001 verordneten die Ärzte für Orthopädie Dres. H. und R. der bei der Beklagten versicherten E. als zweite Folgeverordnung "zehnmal stabilisierende Krankengymnastik einzeln, zweimal wöchentlich - Doppelstunden erforderlich". Als Diagnose wurde eine Knie - TEP links angegeben, als Therapieziel "Beseitigen der Gelenkfunktionsstörungen, Schmerzreduktion". Mit dieser Verordnung begab sich Frau E. in die Behandlung der Kläger, auf deren Rat hin sie die Verordnung der Beklagten zur Genehmigung vorlegte. Die Beklagte teilte der Versicherten mit Schreiben vom 4. September 2001 mit, dass die Verordnung nicht genehmigt werden müsse. Die Kläger erbrachten nachfolgend 10 Doppelbehandlungen Krankengymnastik zugunsten der Versicherten und rechneten hierfür gegenüber der Beklagten einen Betrag in Höhe von 266,38 EUR ab.

In der Folge lehnte die Beklagte eine Begleichung der Rechnung ab, weil die Verordnung keine Leitsymptomatik angebe und nach dem Indikationenkatalog zum Heilmittelkatalog bei dieser Diagnose/Leitsymptomatik nur maximal 10 Leistungen abrechenbar seien.

Die Kläger haben am 16. Januar 2003 Zahlungsklage zum Sozialgericht Wiesbaden erhoben, welches den Rechtsstreit an das örtlich zuständige Sozialgericht Darmstadt verwiesen hat. Zur Begründung haben sie auf die - nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt mittlerweile um die Leitsymptomatik "Bewegungsstörung" ergänzte -ärztliche Verordnung Bezug genommen und geltend gemacht, die Beklagte dürfe die Zahlung der erbrachten Behandlung nicht wegen einer angeblich den Heilmittelrichtlinien entsprechenden Verordnung des Vertragsarztes verweigern. Als Leistungserbringer hätten sie weder das Recht noch die Pflicht, eine ärztliche Verordnung auf ihre formale Richtigkeit zu überprüfen. Die Heilmittelrichtlinien seien nur im Verhältnis zwischen Vertragsarzt und Krankenkasse von Bedeutung, der Krankengymnast bzw. Physiotherapeut sei nicht Adressat dieser Richtlinien.

Mit Urteil vom 11. März 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Kläger hätten keinen Vergütungsanspruch nach der (seit dem 1. Juli 2001 geltenden) "Vereinbarung über Vergütungssätze für physiotherapeutische Leistungen durch Krankengymnasten/Physiotherapeuten, Masseur und medizinische Bademeister in Hessen" (im Folgenden: Vergütungsvereinbarung 2001) in Verbindung mit den "Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß [§ 125 Abs. 1 SGB V](#) über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln" vom 1. August 2001 (im Folgenden: Rahmenempfehlung 2001). Die Geltung der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung und Rahmenempfehlungen hätten die Kläger durch Unterzeichnung entsprechender Verpflichtungsscheine am 9. Mai 1995 bzw. 13. Mai 1995 als verbindlich anerkannt. Nach § 2 Ziffer 1 der Vergütungsvereinbarung dürften Leistungen nach diesem Vertrag nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung erbracht werden; die Verordnung sei nur gültig gemäß den jeweils geltenden Heilmittelrichtlinien und deren Anlagen. Gemäß § 2 Ziffer 4 der Vergütungsvereinbarung würden Leistungen von der Krankenkasse nur vergütet, wenn sie entsprechend den

Abgabebedingungen dieser Vereinbarung und den jeweils gültigen Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß [§ 125 Abs. 1 SGB V](#) über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln einschließlich der zugehörigen Anlagen erbracht würden. Der Heilmittelerbringer dürfe die Leistung daher nur erbringen, wenn die Verordnung den jeweils gültigen Heilmittelrichtlinien entspreche. Das sei bei der Verordnung der Orthopäden Dres. H. und R. nicht der Fall gewesen, denn diese hätten zehn Doppelverordnungen Krankengymnastik verordnet, obwohl nach dem (der Heilmittelrichtlinie beigelegten) Heilmittelkatalog im Fall der Endoprothesenimplantation – Kniegelenk – eine Höchstverordnungs menge von zehn Einzelbehandlungen angegeben sei. Damit sei die Heilmittelverordnung ungültig gewesen. Die Kläger seien nicht berechtigt gewesen, auf der Basis einer ungültigen Verordnung zu behandeln, sondern hätten auf eine Änderung der Verordnung hinwirken müssen. Aus der Tatsache, dass die Versicherte über die Geschäftsstelle der Beklagten um Genehmigung der Verordnung gebeten habe, ergebe sich nichts anderes, denn die Frage der Vergütung physiotherapeutischer Leistungen betreffe ausschließlich das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse und nicht das Verhältnis zwischen Versicherten und Krankenkasse.

Mit der durch den Senat zugelassenen Berufung (Beschluss vom 16. Januar 2006) verfolgen die Kläger ihr Begehren weiter.

Sie tragen vor, der verordnende Arzt habe ausdrücklich zehn Doppelstunden Krankengymnastik verordnet, weil dies medizinisch notwendig gewesen sei. Ihnen als Physiotherapeuten stehe kein Prüfungsrecht hinsichtlich einer in dieser Form ärztlich angeordneten Maßnahme zu. Die Auslegung der Vergütungsvereinbarung durch das Sozialgericht sei insoweit unrichtig, denn dieser sei nicht eindeutig zu entnehmen, dass der Leistungserbringer verpflichtet sei, die ärztliche Verordnung im Detail zu überprüfen. Gegen eine solche Prüfungspflicht spreche insbesondere, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Heilmittelerbringer nicht durch Gleichordnung, sondern durch Subordination gekennzeichnet sei; der Heilmittelerbringer habe seine Leistung entsprechend der ärztlichen Verordnung zu erbringen. Nach der Rechtsprechung des BSG sei der Arzt berechtigt, im Einzelfall aus medizinischen Gründen von den Heilmittelrichtlinien abzuweichen; er sei allein zuständig zu entscheiden, welche Maßnahme im Einzelfall notwendig und zweckmäßig sei. Soweit sich der Arzt im Katalog der grundsätzlichlich verordnungsfähigen Leistungen bewege, könne der Physiotherapeut daher nicht zur Fachaufsicht über den Arzt berufen sein. Es widerspreche dem System des SGB V, wenn ein Versicherter ein Heilmittel nicht erhalte, obwohl eine dringende medizinische Notwendigkeit dafür bestehe. Die Heilmittelrichtlinien richteten sich nur an die Versicherten, die Krankenkassen und die Vertragsärzte, nicht aber an die Heilmittelerbringer. Hinzu komme, dass sie die ärztliche Verordnung zur Sicherheit der Beklagten vorgelegt hätten und die Beklagte erklärt habe, dass die Verordnung nicht genehmigt werden müsse.

Die Kläger beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 11. März 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 266,38 EUR nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 28. Dezember 2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie meint, die Formulierung in § 2 der Vergütungsvereinbarung sei eindeutig. Nach dem klaren Vertragswortlaut entstehe der Vergütungsanspruch des Therapeuten nur, wenn dieser die Leistungen aufgrund einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung erbringe, was vorliegend nicht der Fall gewesen sei. Diese Überprüfung durch den Leistungserbringer greife in keiner Weise in die vertragsärztliche Behandlungsfreiheit ein oder führe zu einer "Fachaufsicht" des Leistungserbringers über den Vertragsarzt, sondern habe lediglich zur Folge, dass sich der Leistungserbringer mit dem verordnenden Arzt in Verbindung setzen müsse. Auf die Frage einer unmittelbaren Anwendbarkeit der Heilmittelrichtlinien im Verhältnis Krankenkasse zu Leistungserbringer komme es angesichts der eindeutigen vertraglichen Vereinbarungen gar nicht an. Allerdings seien nach ihrer Auffassung auch ohne ausdrückliche vertragliche Regelung die Heilmittelrichtlinien für nichtärztliche Leistungserbringer wie die Kläger verbindlich.

Der Senat hat die Vernehmung von Frau E. als Zeugin zu der Frage abgeordnet, weshalb sie die Verordnung über Krankengymnastik der Beklagten zur Genehmigung vorgelegt hat; Frau E. ist jedoch bereits im Juni 2005 verstorben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die aufgrund der Zulassung durch den Senat zulässige Berufung der Kläger hat in der Sache keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt ist nicht zu beanstanden. Die Kläger haben keinen Anspruch auf Vergütung der Behandlung der Versicherten E. in Höhe von 266,38 EUR.

Wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, scheitert ein Vergütungsanspruch der Kläger auf der Grundlage von [§ 125 Abs. 2 SGB V](#) i.V.m. der Vergütungsvereinbarung vom 13. August 2001 daran, dass die Kläger die Versicherte E. auf der Grundlage einer ungültigen ärztlichen Verordnung behandelt haben.

Die Kläger sind zugelassene Heilmittelerbringer im Sinne von [§ 124 Abs. 2 SGB V](#), die nach den vorgelegten Verpflichtungsscheinen (Bl. 64, 65 d.A.) die Bestimmungen des Rahmenvertrages einschließlich aller etwaigen Nachträge sowie die jeweils zuletzt vereinbarten Vergütungen für sich als verbindlich anerkannt haben. Damit sind sie an die Regelungen der vorliegend maßgeblichen Vergütungsvereinbarung vom 13. August 2001 gebunden.

Gemäß § 2 Ziffer 1 der Vergütungsvereinbarung vom 13. August 2001 dürfen Leistungen nach diesem Vertrag nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung erbracht werden. Die Verordnung ist nur gültig gemäß der jeweils geltenden Heilmittelrichtlinien und deren Anlagen. Nach § 2 Ziffer 4 werden die Leistungen von den Krankenkassen nur vergütet, wenn sie entsprechend den Abgabebedingungen dieser Vereinbarung und den jeweils gültigen "Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß [§ 125 Abs. 1 SGB V](#) über die einheitliche Versorgung mit Hilfsmitteln" einschließlich der zugehörigen Anlagen erbracht werden.

Der Wortlaut dieser vertraglichen Regelung ist – entgegen der Auffassung der Kläger – eindeutig. Er macht den Vergütungsanspruch des

Heilmittelbringers gegenüber der Krankenkasse davon abhängig, dass ihm eine gültige ärztliche Verordnung vorliegt. Dabei beurteilt sich die Gültigkeit der ärztlichen Heilmittelverordnung danach, ob sie mit den jeweils geltenden Heilmittelrichtlinien und deren Anlagen übereinstimmt. Ist diese Abgabebedingung nicht erfüllt, entsteht nach § 2 Ziffer 4 Satz 1 der Vergütungsvereinbarung 2001 kein Vergütungsanspruch. Anders ergibt § 2 Ziffer 1 i.V.m. § 2 Ziffer 4 der Vergütungsvereinbarung 2001 keinen Sinn.

Vorliegend entsprach die Heilmittelverordnung der Orthopäden Dres. H. und R. nicht den Heilmittelrichtlinien und ihren Anlagen in der seit dem 1. Juli 2001 geltenden Fassung. Denn der Heilmittelkatalog sah bei Bewegungsstörungen von Hüftgelenk, Kniegelenk oder anderer Gelenke bei der Verordnung von Krankengymnastik im Regelfall eine Höchstmenge von 10 Therapieeinheiten sowohl für die Erstverordnung als auch für (maximal zwei) Folgeverordnungen vor. Diesen Rahmen überschreitet die streitige Verordnung. Es handelte sich um eine zweite Folgeverordnung, die 10 Doppelstunden und damit 20 Therapieeinheiten vorsah.

Eine derartige Verordnungsmenge war allerdings nicht von vorne herein ausgeschlossen. Nach Ziffer 11.4 der Heilmittelrichtlinien 2001 hatte der behandelnde Arzt in Ausnahmefällen, in denen die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Verordnungsmenge im Regelfall nicht abzuschließen war, die Möglichkeit, weitere Verordnungen auszustellen. Diese bedurften allerdings der besonderen Begründung und waren der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen (Ziffer 11.5). Um eine derartige Verordnung im Ausnahmefall hat es sich, wie sich aus der Heilmittelverordnung der Dres. H. und R. ergibt, nicht gehandelt. Denn in dem dafür vorgesehenen Formularfeld ("Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls") ist nichts eingetragen.

Die Verordnung kann auch nicht, wie die Kläger sinngemäß geltend machen, in eine "teilgültige" Verordnung umgedeutet werden, also in dem Sinne, dass nur der über die zulässige Verordnungsmenge von 10 Therapieeinheiten hinausgehende Teil als ungültig behandelt wird. Eine derartige Auslegung widerspricht dem eindeutigen Wortlaut der Vergütungsvereinbarung 2001, der auf die Gültigkeit der Verordnung nach Maßgabe der Heilmittelrichtlinien Bezug nimmt. Nach diesen waren bei Maßnahmen der physikalischen Therapie aber mehr als 10 Therapieeinheiten nicht verordnungsfähig, so dass die Verordnung der Dres. H. und R., die durch die Verordnung von Doppelstunden tatsächlich 20 Therapieeinheiten verordneten, insgesamt und nicht nur teilweise ungültig war.

Sind damit die vertraglichen Voraussetzungen für einen Vergütungsanspruch der Kläger nicht erfüllt, so können sich die Kläger auch nicht auf eine vermeintliche Unwirksamkeit der in § 2 der Vergütungsvereinbarung 2001 getroffenen Regelung, welche den Vergütungsanspruch der Heilmittelbringer an das Vorliegen einer den Heilmittelrichtlinien entsprechenden ärztlichen Verordnung knüpft, berufen. Diese Vergütungsregelung steht nicht im Widerspruch zu höherrangigem Recht.

Das Argument der Kläger, die Heilmittelbringer seien im Verhältnis zu den Ärzten untergeordnet und deshalb könne ihnen keine Prüfungspflicht hinsichtlich der ärztlichen Verordnungen auferlegt werden, hat nur insoweit seine Richtigkeit, dass – wie sich auch aus den Heilmittelrichtlinien ergibt – der Physiotherapeut im Verhältnis zum behandelnden Arzt das ausführende Organ ist. Vorliegend geht es aber um das (Vergütungs-) Verhältnis zwischen Heilmittelbringer und Krankenkasse, welches zwischen diesen Parteien auf Gleichordnungsebene vertraglich geregelt ist. Bei der Gestaltung ihrer vertraglichen Grundlagen haben die Beteiligten dabei nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 10. Juli 1996, [3 RK 29/95](#) = [SozR 3-2500 § 125 Nr. 6](#)) eine große Gestaltungsfreiheit. Auch unter der Geltung von [§ 69 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 2000 geltenden Fassung, durch den die Rahmenverträge nach [§ 125 SGB V](#) öffentlich-rechtlichen Charakter bekommen haben, sind die Vergütungsfragen ein ausschließlich vertraglich geregelter Bereich (BSG, [SozR 4-2500 § 124 Nr. 1](#)). Die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs legen die Parteien vertragsautonom fest. Dies ist vorliegend durch § 2 der Vergütungsvereinbarung geschehen. Die dadurch faktisch festgeschriebene Pflicht der Heilmittelbringer, ärztliche Verordnungen auf ihre Gültigkeit zu überprüfen (weil anderenfalls sie ihren Vergütungsanspruch verlieren können) haben die handelnden Verbände der Heilmittelbringer für ihre Mitglieder akzeptiert; ggf. ist dies neu zu verhandeln.

Eine andere rechtliche Beurteilung wäre lediglich geboten, wenn der Physiotherapeut gesetzlich verpflichtet wäre, Patienten auch auf der Basis einer "ungültigen" Verordnung zu behandeln. Das ist indes nicht der Fall. Der Heilmittelbringer, der einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt, handelt nicht aufgrund einer dahingehenden öffentlich-rechtlichen Pflicht, sondern auf der Grundlage eines zwischen ihm und der Krankenkasse (unter Einschaltung des Vertragsarztes als Vertreter der Krankenkasse) geschlossenen Vertrags zugunsten des Versicherten (BSG, [SozR 3-2500 § 19 Nr. 2](#) m.w.N.). Es steht ihm deshalb frei, den Abschluss eines Behandlungsvertrages abzulehnen. Mögliche Verstimmungen, die hieraus im Verhältnis zwischen Arzt und Krankengymnast entstehen können, wenn ein Krankengymnast den Abschluss eines Behandlungsvertrags wegen einer ungültigen ärztlichen Verordnung verweigert, sind Folge der vertraglich frei vereinbarten Vergütungsregelung.

Stellt der behandelnde Arzt eine ärztliche Verordnung aus, die nicht richtlinienkonform ist, so hat dies allerdings zur Folge, dass in der Konsequenz der vertraglichen Regelung der Patient unter Umständen keinen behandlungsbereiten Therapeuten finden wird. Die damit faktisch mögliche Einschränkung des Behandlungsanspruchs der Versicherten betrifft jedoch nur das Verhältnis zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse. Für den geltend gemachten Anspruch der Kläger, auch für Behandlungen auf der Grundlage nicht richtlinienkonformer ärztlicher Verordnungen bezahlt zu werden, ergibt sich hieraus nichts. Im Übrigen wird der Behandlungsanspruch des Versicherten für den Bereich der Heilmittel durch die Heilmittelrichtlinien, soweit es um die Art und Weise der Leistungserbringung geht, normativ bestimmt ([BSGE 85, 132](#)). Deshalb kann eine vertragliche Vergütungsvereinbarung, welche den Vergütungsanspruch des Heilmittelbringers an eine gültige Heilmittelverordnung knüpft, keine rechtlich unzulässige Einschränkung des Behandlungsanspruchs der Versicherten beinhalten.

Ein Vergütungsanspruch der Kläger ist auch nicht dadurch entstanden, dass die Beklagte in Bezug auf die streitgegenständliche ärztliche Verordnung den Klägern eine Vergütung im Einzelfall zugesagt hat. Es gibt keinen ausreichenden Anhalt dafür, dass das an die Versicherte Frau E. gerichtete Schreiben der Beklagten vom 4. September 2001, wonach "die beigelegte Verordnung () nicht genehmigt werden" müsse, eine dahingehende Willenserklärung beinhaltet. Denn hierfür wäre Voraussetzung, dass anlässlich der Vorsprache der Versicherten bei der Beklagten Anfang September 2001 dem/r dortigen Ansprechpartner/in der Beklagten deutlich wurde, dass die ärztliche Verordnung von den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien 2001 abwich, es der Versicherten also (im Auftrag der Kläger) um die Genehmigung dieser Abweichung ging und die Antwort der Beklagten vom 4. September 2001 diese Genehmigung beinhaltete. Dahingehend haben die Kläger nichts vorgetragen. Der Wortlaut dieses Schreibens legt zudem nahe, dass Frau E. mit der allgemein gehaltenen Bitte um Genehmigung der

verordneten krankengymnastischen Behandlung an die Beklagte herantrat und der/die Sachbearbeiter/in der Beklagten mit dem Schreiben vom 4. September 2001 lediglich zum Ausdruck bringen wollte, dass krankengymnastische Behandlungen nach der üblichen Praxis keiner Genehmigung bedurften, die Problematik der ungültigen Verordnung also weder angesprochen noch erkannt worden war. Dafür spricht die Form des Schreibens ("Kurzmitteilung"), dem zudem jeglicher Hinweis auf die maßgebliche Problematik fehlt. Die Kläger können deshalb auch nicht geltend machen, dass das Schreiben der Beklagten nach ihrem Empfängerhorizont eine Vergütungszusage beinhaltete. Denn neben der Tatsache, dass dieses Schreiben nicht an die Kläger, sondern Frau E. adressiert ist, wirft der Wortlaut für fachlich versierte Betrachter, zu denen die Kläger gehören, sofort die Frage auf, ob dem Verfasser des Schreibens das Problem der Ungültigkeit der Verordnung überhaupt bewusst war, insbesondere unter Beachtung des Umstands, dass die Heilmittelrichtlinien (auch in Bezug auf die verordnungsfähigen Mengen) gerade erst geändert worden waren.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#), die Streitwertfestsetzung auf [§ 52 Abs. 2 GKG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision lagen nicht vor. Die Streitsache betrifft im Wesentlichen die Auslegung einer landesrechtlichen Vereinbarung. Fragen von grundsätzlicher Bedeutung haben die Kläger nicht aufgezeigt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-07-29