

L 5 KR 4675/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 468/07
Datum
13.07.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 4675/08
Datum
29.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 13.7.2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu tragen.

Der Streitwert wird auf 423,62 EUR festgesetzt

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht ein von der Klägerin geltend gemachter Vergütungsanspruch für physiotherapeutische Behandlungsleistungen in Höhe von 423,62 Euro zzgl. Zinsen im Streit.

Die Klägerin ist als zugelassene Physiotherapeutin in H. tätig. Über das Abrechnungszentrum O. reichte sie bei der Beklagten am 07.08.2006 u. a. eine Heilmittelverordnung von Dr. B., Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg, vom 22.05.2006 für die Patientin G. R. mit einem Bruttobetrag von 367,- Euro ein. Verordnet waren 10 mal manuelle Therapie (Bewegungsstörung), 10 mal Lymphdrainage (Schmerz) und 10 mal Eis/Wärme. Es handelte sich dabei um eine Erstverordnung. Die Beklagte setzte von dieser Position einen Betrag von 224,12 Euro ab, mit der stichwortartigen Begründung "-vorrangige HM,- Erstvo auf 6 Beh. gekürzt". Die Klägerin machte den abgesetzten Betrag bei der Beklagten im Wege einer Nachberechnung unter dem 10.10.2006 erneut geltend mit der Begründung, das Rezept sei von einem Kieferchirurgen ausgestellt. Zahnärzte unterlägen nicht den Heilmittelrichtlinien. Die Beklagte lehnte eine Erstattung im Wege der Nachberechnung mit Kurzmitteilung vom 15.11.2006 ab, da die Verordnung von einem Vertragsarzt und nicht von einem anerkannten Zahnarzt ausgestellt worden sei.

Am 02.11.2006 reichte die Klägerin bei der Beklagten u. a. eine Heilmittelverordnung der Dres. Auer/Vysocansky vom 26.06.2006 für die Patientin Serafima Ostrovskiy ein. Es handelte sich dabei um eine Folgeverordnung über 20 krankengymnastische Behandlungen nach Vojta als Doppelbehandlung mit einem Gesamtbruttobetrag von 399,00 Euro. Hiervon setzte die Beklagte 199,50 Euro ab mit der Begründung, die Anzahl der verordneten Behandlungen sei zu hoch.

Mit Schreiben an die Beklagte vom 27.12.2006 wandte sich die Klägerin gegen die Absetzungen bezüglich der Verordnungen für die Patientinnen Ostrovskiy und Rink. Sie berief sich auf eine Entscheidung des Sozialgerichts Stuttgart, das in einem Urteil vom 13.12.2006 entschieden habe, eine Rezeptprüfpflicht der Physiotherapeuten sei ohne Rechtsgrundlage. Sie forderte die Beklagte zur Nachzahlung der abgesetzten Beträge nebst Zinsen auf.

Am 07.02.2007 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Mannheim. Sie machte geltend, als Therapeutin sei sie nicht verpflichtet zu prüfen, ob der Vertragsarzt die formalen Vorgaben der Heilmittelrichtlinien beachte. Vielmehr sei sie an die Verordnung des Vertragsarztes gebunden. Der für ihre Tätigkeit gültige Rahmenvertrag mit der Beklagten vom 01.12.2002 enthalte keine Rechtsgrundlage für die von der Beklagten geforderte formale Überprüfung vertragsärztlicher Verordnungen. Weder die Heilmittel-Richtlinien noch die gemeinsamen Rahmenempfehlungen würden für sie unmittelbar gelten. Im Übrigen seien Vertragsärzte in aller Regel nicht geneigt, Belehrungen durch nachgeordnete Berufsgruppen anzunehmen. Der Beklagten verbleibe die Möglichkeit, von ihr beanstandete Verordnungen im Regressverfahren mit den Vertragsärzten zu diskutieren. Die Differenzen über eine wirtschaftliche Verordnungsweise der Ärzte auf dem Rücken der Physiotherapeuten auszutragen und diese in ein Denunziationssystem einzubinden, sei unzulässig.

Die Beklagte erwiderte auf die Klage, die Klägerin könne eine formale Überprüfung der Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität

vornehmen. Zu einem Vergütungsverlust müsse es nicht kommen, wenn der Leistungserbringer vor dem Beginn der Behandlung vom verordnenden Vertragsarzt bestätigt erhalte, dass dieser an seiner Verordnung festhalte und der Leistungserbringer diese Mitteilung handschriftlich auf der Verordnung vermerke. Es werde weder ein Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse begründet, noch entstehe eine Leistungspflicht der Krankenkasse, wenn ein Arzt bei der Verordnung gegen die Heilmittelrichtlinien und damit gegen verbindliche vertragsärztliche Vorschriften verstoße. Dies entfalte auch normative Wirkung für den zwischengeschalteten weiteren Leistungsträger. Die Verpflichtung zur Beachtung der Heilmittel-Richtlinien ergebe sich bereits durch die Zulassung. Zur Abgabe der verordneten Leistung sei der Leistungserbringer nur dann berechtigt und verpflichtet, wenn er die Regelung einer ordnungsgemäßen und vertragsärztlichen Verordnung vor Behandlungsbeginn überprüfe. Einzufordern sei die bloße formale Überprüfung der Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität. Verhindert werden solle, dass unvollständige und unklare Verordnungen in der Praxis dazu missbraucht würden, für Leistungserbringer nicht gerechtfertigte Abrechnungsspielräume zu eröffnen. Die Krankenkassen seien nach den Heilmittel-Richtlinien verpflichtet darauf hinzuwirken, dass eine Kommunikation der sonstigen Leistungsträger mit dem verordnenden Vertragsarzt stattfinde.

Das Sozialgericht gab der Klage mit Urteil vom 13.07.2007 statt und verurteilte die Beklagte, an die Klägerin 423,63 Euro nebst Zinsen von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 10.10.2006 aus einem Teilbetrag von 224,12 Euro und seit 28.11.2006 aus einem Teilbetrag von 199,50 Euro zu zahlen. Die zulässige Leistungsklage sei in der Sache begründet. Die Klägerin habe einen Anspruch auf volle Vergütung der eingereichten Heilmittelverordnungen vom 22.05.2006 und vom 26.06.2006. Diese Verordnungen entsprächen zwar nicht in vollem Umfang den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien, da die zulässigen Verordnungsmengen von 6 Behandlungen für Erstverordnungen und von bis zu 10 Behandlungen bei Folgeverordnungen der jeweiligen Diagnosegruppen nicht eingehalten worden seien. Dies berechtige die Beklagte jedoch nicht, die Vergütung der Klägerin zu reduzieren. Die Klägerin sei nicht verpflichtet, die ihr vorgelegten Verordnungen auf ihre Vereinbarkeit mit den Heilmittel-Richtlinien zu überprüfen. Sie habe die vertragsärztlich verordneten Vertragsleistungen auszuführen, was voraussetze, dass in der vertragsärztlichen Verordnung die für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten seien. Dem Leistungserbringer obliege gemäß § 4 Nr. 3 Satz 3 des nach [§ 125 Abs. 2 SGB V](#) zwischen den Berufsverbänden der Physiotherapeuten und den baden-württembergischen Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Rahmenvertrages (RV) keine Prüfpflicht. Damit sei klargestellt, dass die Klägerin die streitgegenständlichen Verordnungen nicht daraufhin habe überprüfen müssen, ob die verordnenden Ärzte die Anzahl der Leistungen in Übereinstimmung mit den Heilmittel-Richtlinien festgesetzt hätten. Die Prüfpflicht eines Heilmittelerbringers sei vielmehr darauf begrenzt, ob er selbst die Zulassung für jede der verordneten Leistungen habe. Die von der Beklagten praktizierte Vorgehensweise sei auch systemwidrig. Im hierarchischen Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung gelte das Primat der ärztlichen Entscheidung. Der Heilmittelerbringer habe seine Leistung nach den Vorgaben der ärztlichen Verordnung zu erbringen und könne als im Versorgungssystem nachgeordneter die ärztliche Verordnung nicht auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüfen. Die Sanktionierung fehlerhafter Verordnungen könne ausschließlich gegenüber denjenigen, die solche Verordnungen ausgestellt hätten, erfolgen. Etwas anderes könne nur in einem eindeutigen Missbrauchsfall, etwa bei offensichtlicher Überschreitung jeglicher denkbarer Verordnungsmängel gelten.

Das Sozialgericht ließ die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung zu, da die Frage der Prüfpflicht der Heilmittelerbringer bezüglich der Richtigkeit ärztlicher Verordnungen und die Auswirkungen einer etwaigen Pflichtverletzung auf den Vergütungsanspruch in der Rechtsprechung noch nicht endgültig geklärt seien.

Am 06.08.2007 hat die Beklagte Berufung gegen das ihr am 19.07.2007 zugestellte Urteil des Sozialgerichts Mannheim eingelegt. Das Verfahren ruhte zunächst auf Grund Beschlusses vom 17.09.2007.

Am 06.10.2008 hat die Klägerin das Verfahren wieder angerufen. Daraufhin hat die Beklagte ihre Berufung mit Schriftsatz vom 02.06.2009 dahingehend begründet, es wäre für die Klägerin bei einer Überprüfung der Verordnungen erkennbar gewesen, dass diese nicht den Anforderungen der Heilmittel-Richtlinien entsprochen hätten. Sie hätte deshalb mit dem verordnenden Vertragsarzt Kontakt aufnehmen müssen. Wäre eine solche Kontaktaufnahme auf der Verordnung handschriftlich vermerkt worden, wäre es zu keiner Kürzung gegenüber der Klägerin gekommen. Die Ablehnung einer solchen Prüfungspflicht durch das erstinstanzliche Urteil stehe nicht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Dieses sei in seinem Urteil vom 15.11.2007 (Az: [B 3 KR 4/07 R](#)) zu dem Ergebnis gekommen, dass die Heilmittel-Richtlinien auch für die Leistungserbringer verbindlich seien. Dies beruhe auf einer Auslegung des [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) a.F., sei aber inzwischen auch unzweifelhaft in [§ 91 Abs. 6 SGB V](#) klar gestellt. Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenbehandlung erfasse auch die Versorgung mit Heilmitteln, wobei nach Maßgabe des [§ 32 Abs. 1 SGB V](#) sich dieser Anspruch im Rahmen der Heilmittel-Richtlinien bewege. Für den Leistungserbringer komme ein Behandlungsvertrag mit der jeweiligen Krankenkasse dadurch zustande, dass der verordnende Vertragsarzt als Vertreter der Krankenkasse dem Leistungserbringer mit seiner Verordnung ein Angebot zu einer Heilmittelabgabe unterbreite, welches durch die Entgegennahme der Verordnung bei Behandlungsbeginn angenommen werde. Maßgeblich für die Wirksamkeit des Vertragsangebots sei der Umfang der Vertretungsmacht des Vertragsarztes für die Krankenkasse. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts komme es maßgeblich darauf an, ob sich die Krankenkasse die Zustimmung zu der verordneten Heilmittel-Behandlung vorbehalten habe. Soweit sich die Verordnung im Rahmen des Kataloges der Heilmittel-Verordnung halte, und die darin für eine bestimmte Diagnose/Leitsymptomatik festgelegte Verordnungsmenge nicht überschritten werde, bedürfe es keiner zusätzlichen Genehmigung der Krankenkasse. Werde aus medizinischen Gründen eine den Regelfall überschreitende Verordnung vom Vertragsarzt ausgestellt, so habe er dies besonders zu begründen. In diesen Fällen sei regelmäßig eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Nach der von der Beklagten vertretenen Auffassung sei es die Aufgabe der Leistungserbringer zu überprüfen, ob eine von den Heilmittel-Richtlinien abweichende Anzahl von Behandlungen verordnet worden sei und, sofern eine Begründung nicht gegeben worden sei, mit dem Verordner Kontakt aufzunehmen. Das Bundessozialgericht habe diese Auffassung dadurch bestätigt, dass es nur im Falle der Erfüllung der in § 18 Abs. 1 der Rahmenempfehlungen gem. [§ 125 Abs. 1 SGB V](#) über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln (vom 01.08.2001 und 25.09.2006) festgelegten formellen Voraussetzungen von einer wirksamen Verkörperung des Vertragsangebots der Krankenkasse ausgegangen werden könne. Führe der Leistungserbringer in diesem Fall keine Klärung mit dem Vertragsarzt herbei, könne nicht von einer wirksamen Vertretungsmacht des Vertragsarztes ausgegangen werden. Dies führe zur Ungültigkeit der Verordnung und schließe einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers aus. Die Beklagte müsse sich auch nicht auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) und die daraus resultierenden Regressmöglichkeiten gegenüber dem Vertragsarzt verweisen lassen. Sie könne vielmehr bereits im Vorfeld eine Mitwirkung der Leistungserbringer einfordern.

Die Klägerin könne sich gegen eine ihr obliegende Prüfpflicht auch nicht mit Erfolg auf § 4 Abs. 3 Satz 3 des Rahmenvertrages (RV) berufen.

Dieser Rahmenvertrag sei bereits zum 31.12.2006 gekündigt worden. Zwar sei eine übergangsweise Fortgeltung in § 23 Abs. 4 RV geregelt. Eine solche Fortsetzungsklausel könne aber nur für einen Übergangszeitraum gelten. Da wegen des Streits über die Prüfpflicht nicht absehbar sei, wann sich die Parteien über einen neuen Rahmenvertrag werden einigen können, sei von der Unwirksamkeit des Rahmenvertrages auszugehen. Selbst wenn man aber § 4 Abs. 3 RV als wirksam anerkennen würde, könnte diese Regelung einer formellen Prüfpflicht der Leistungserbringer nicht entgegen gehalten werden. Anderenfalls liege ein Verstoß gegen das in [§ 12 SGB V](#) normierte Wirtschaftlichkeitsgebot vor. Dieses begrenze den Leistungsanspruch der Versicherten, der nur Leistungen beanspruchen könne, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich seien. Im Regelfall könne ein Versicherter daher keinen Versorgungsanspruch geltend machen, wenn eine vertragsärztliche Verordnung vorliege, die über den Leistungsinhalt der Heilmittel-Richtlinien hinausgehe. Habe der Versicherte in diesen Fällen keinen Leistungsanspruch, dürfe auch der Leistungserbringer eine solche Leistung nicht bewirken. Dies setze zwingend voraus, dass der Leistungserbringer prüfen müsse, ob ein Anspruch des Versicherten bestehe und er deshalb die Leistung erbringen dürfe oder nicht. Auch der Rahmenvertrag gehe eindeutig von einer solchen formellen Überprüfung der vertragsärztlichen Verordnung aus. Nach § 3 Abs. 1 RV bestimme zwar der Vertragsarzt Art und Umfang der Leistung. Zur Abgabe dieser Leistung sei der Leistungserbringer aber nur im Rahmen der Leistungsbeschreibung (Anlage 3 des Rahmenvertrages) berechtigt und verpflichtet, wenn verordnungsfähige Maßnahmen der Physiotherapie gemäß den Heilmittel-Richtlinien vorlägen (Anlage 3 Ziff. 1, Grundsätze). Dies setze eine Prüfpflicht des Leistungserbringers auf Vollständigkeit und Plausibilität im Hinblick auf die Übereinstimmung der Verordnung mit den Heilmittel-Richtlinien voraus. Der Ausschluss einer Prüfpflicht in § 4 Abs. 3 Satz 3 RV beziehe sich allein auf den medizinisch-materiellen Bereich der Verordnung, der unstreitig nicht zum Verantwortungsbereich des Leistungserbringers gehöre. Schließlich sei auch im Rahmenvertrag eine gesteigerte Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt gefordert (vgl. § 4 Abs. 6 und Abs. 8 sowie § 11 Abs. 2 RV). Auch im Urteil vom 27.10.2009 (Az.: [B 1 KR 4/09 R](#)) habe das Bundessozialgericht entschieden, dass der Heilmittelerbringer den Inhalt einer ärztlichen Verordnung insoweit zu prüfen habe, als er Leistungen zu Lasten der Krankenkassen nur auf Basis einer gültigen Verordnung erbringen dürfe. Diese müsse die für eine wirksame und wirtschaftliche Heiltherapie notwendigen ärztlichen Angaben enthalten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 13.07.2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin vertritt weiterhin die Auffassung, ihr obliege keine Prüfpflicht hinsichtlich der ihr vorgelegten Heilmittel-Verordnungen. Entgegen der Auffassung der Beklagten ergebe sich dies nicht aus dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#). Die Heilmittel-Richtlinien seien für die Klägerin nicht verbindlich, dies folge weder aus [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) in der zum Zeitpunkt der vorliegend erfolgten Absetzungen maßgebenden Fassung, noch in der seit 01.07.2008 geltenden Fassung des [§ 91 Abs. 6 SGB V](#). Dadurch sei keine unmittelbare Änderung im Verhältnis zwischen Arzt und Therapeut bewirkt worden. Ebenso wenig habe diese Gesetzesänderung Einfluss auf das konkrete Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Therapeuten, wie es im Rahmenvertrag geregelt sei. Dieser gelte entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten nach § 23 Abs. 4 RV auch weiterhin.

Aus der von der Beklagten zitierten Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 15.11.2007 (Az.: [B 3 KR 4/07 R](#)) ergebe sich ebenfalls keine Rechtsgrundlage für eine Rezeptprüfpflicht der Klägerin. Nach dieser Entscheidung komme ein Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer im Umfang der vertragsärztlichen Heilmittel-Verordnung zu Stande. Die Klägerin habe ihre Leistungen in dem entsprechenden Umfang erbracht und deshalb auch einen Vergütungsanspruch im entsprechenden Umfang erworben. In dem bestehenden Rahmenvertrag seien weitere Voraussetzungen für eine Vergütung nicht vorgesehen. An diese Bedingungen des Rahmenvertrages sei die Beklagte gebunden. Sie könne über die Regelungen des Rahmenvertrages hinaus keine weiteren Anforderungen an die Leistungserbringer stellen. Gem. § 4 Abs. 3 V bestehe aber gerade keine Rezeptprüfpflicht für die Klägerin.

Auch aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 27.10.2009 (Az.: [B 1 KR 4/09 R](#)) folge nichts anderes. Das Bundessozialgericht habe darin entschieden, dass der Heilmittelerbringer die ihm vorgelegte Heilmittelverordnung auf aus seiner professionellen Sicht erkennbare Fehler und auf Vollständigkeit überprüfen müsse. Dabei habe das BSG aber erneut klargestellt, dass die vertragsärztliche Verantwortung für die in der Verordnung zum Ausdruck kommende Therapieentscheidung aus medizinisch/therapeutischer Sicht unberührt bleibe. Eine medizinisch/therapeutische Prüfpflicht der Heilmittelerbringer insgesamt und damit auch der Klägerin bestehe nicht. Vielmehr habe das BSG unzweideutig klargestellt, dass dem Zahlungsanspruch des Heilmittelerbringers von der Krankenkasse nur dann wirksam ein Anspruchshindernis entgegen gehalten werden könne, wenn sich dies aus der "Art des Mangels" ergebe. Soweit aus der Verantwortung des Leistungserbringers für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmitteltherapie eine Rezeptprüfpflicht resultiere, lasse sich daraus kein Schluss auf den Vergütungsanspruch im Falle einer fehlerhaften Verordnung ziehen. Die Klägerin sei als Leistungserbringerin nach der Auffassung des BSG nicht bloße Weisungsempfängerin des Arztes. Deshalb müsse ihr auch zugestanden werden, Verordnungen, die den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien nicht vollständig entsprächen, auch ohne vorherige Korrektur durch den Vertragsarzt in einer Art und Weise umzusetzen, die den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien entsprächen und damit ihren Vergütungsanspruch zu begründen. Ihr Vergütungsanspruch sei auch nicht aus Gründen der Unwirtschaftlichkeit verloren gegangen. Die Doppelbehandlung könne ihr nicht entgegen gehalten werden, weil das BSG in seinem Urteil vom 15.11.2007 die Auffassung der Beklagten, bei einer Verordnung von Doppelbehandlungen dürfe lediglich die Hälfte der Behandlungstermine erbracht und abgerechnet werden, für rechtsirrig erachtet habe. Ebenso habe sie hinsichtlich der vorrangigen Heilmittel keine Prüfpflicht, weil diese Frage der medizinisch-therapeutischen Entscheidung des Arztes unterliege.

Die Beklagte verlange in der Praxis eine telefonische Rückfrage des Leistungserbringers beim Vertragsarzt. Wenn dieser auf der Durchführung seiner von den Heilmittel-Richtlinien abweichenden Verordnung bestehe, habe der Leistungserbringer die Krankenversicherung durch einen Vermerk auf der Verordnung darüber zu informieren. Die erbrachte Leistung werde dann in vollem Umfang vergütet. Offenbar solle nach Auffassung der Beklagten dadurch aus der fehlerhaften Verordnung eine gültige Verordnung werden. Dieses Rechtsverständnis der Beklagten sei nicht nachvollziehbar.

Auf Anfrage des Senats hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 23.09.2010 den bei der Verordnung vom 22.5.2006 in Abzug gebrachten

Betrag von 224,12 EUR dahingehend erläutert, dass die abgerechneten zehn Behandlungseinheiten manuelle Therapie insgesamt nicht und bei den Positionen Lymphdrainage und Eis anstelle der abgerechneten zehn Einheiten jeweils nur sechs erstattet wurden. Danach errechnet sich ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Aufstellung ein Absetzungsbetrag von 224,19 EUR. Die Differenz von 0,07 EUR zu der in Höhe von 224,12 EUR vorgenommenen Absetzung ergebe sich nach dem Vortrag der Beklagten aus einem Fehler bei der Berechnung des Gesamtzahlungsbetrages.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach Zulassung durch das Sozialgericht gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Sie hat es zu Recht abgelehnt, der Klägerin die geltend gemachte weitere Vergütung für physiotherapeutische Leistungen in Höhe von 423,62 Euro zu gewähren; die Klägerin hat darauf keinen Anspruch. Das Sozialgericht hätte die Klage daher abweisen müssen.

Die Klägerin verfolgt ihr Begehren zulässigerweise als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Als maßgebliche Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin kommt nur [§ 125 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. § 15 Nr. 1 des zum 01.12.2002 in Kraft getretenen Rahmenvertrages zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Landesverbänden der Krankenkassen Baden-Württemberg (im Folgenden RV) sowie der in Anlage 5 zu diesem Rahmenvertrag enthaltenen Preisvereinbarung in Betracht. Die von der Klägerin abgerechneten Leistungen wurden in den Monaten Mai bis September 2006 erbracht, so dass der zum 31.12.2006 gekündigte Rahmenvertrag für die streitgegenständlichen Leistungen Anwendung findet. Im Übrigen gilt der Rahmenvertrag auch über den Zeitpunkt der Kündigung hinaus nach der Fortgeltungsklausel des § 23 Ziff. 4 RV bis zum Zeitpunkt einer neuen vertraglichen Regelung weiter.

Die Klägerin hat die physiotherapeutischen Leistungen, deren Vergütung die Beklagte abgelehnt hat, auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnungen vom 22.05.2006 und vom 26.06.2006 ausgeführt. Diese Verordnungen entsprachen indes - wie das Sozialgericht im Ergebnis zutreffend festgestellt hat - nicht bzw. nicht vollständig den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien vom 01.12.2003/16.03.2004 (HMRL). Die Klägerin hat die Abweichungen nicht im Rahmen der ihr obliegenden Prüfpflicht festgestellt. Die Beklagte war berechtigt, bei der Abrechnung der geltend gemachten Leistungen der Klägerin die Verletzung dieser Prüfpflicht entgegen zu halten und die Vergütung der nicht in Einklang mit den Heilmittel-Richtlinien verordneten Therapieleistungen abzulehnen.

Die Verordnung vom 22.05.2006 wurde als Erstverordnung für eine Indikation der im Heilmittel-Katalog (Zweiter Teil der HMRL) aufgeführten Diagnosegruppe EX2d ausgestellt. Diese Diagnosegruppe betrifft ausweislich der Spalte 1 Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens. Ausgestellt wurde die Verordnung durch den Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgen Dr. B., der nach den Angaben des Beklagten-Vertreters in der mündlichen Verhandlung die Zulassung als Vertragsarzt und nicht als Vertragszahnarzt besitzt, in der Folge einer Kieferbehandlung. So ist als Diagnose mit Leitsymptomatik angegeben "CUD vom myogenen Typ mit Schmerzen in der Kaumuskulatur". Es handelt sich dabei nicht um eine Erkrankung der Extremitäten und des Beckens, so dass die Voraussetzungen für eine Einordnung in die Diagnosegruppe EX2d nicht vorliegen mit der Folge, dass physiotherapeutischen Maßnahmen bei der angegebenen Erkrankung nicht verordnungsfähig waren. Die Verordnung des Dr. B. widerspricht daher bereits in diesem Punkt den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien. Es kommt deshalb nicht darauf an, welche der von der Klägerin abgerechneten Einzelmaßnahmen die Beklagte abgesetzt hat, ob also etwa die Einzelmaßnahmen noch von der in Spalte 4 des Heilmittelkatalogs für die Indikation EX2d) unter Buchstabe D1 genannten standardisierten Heilmittelkombination umfasst waren. Jedenfalls war aber auch die maximale Verordnungsmenge für Erstverordnungen von sechs Einheiten, die sich aus den Grundsätzen der Heilmittelverordnung in II. Ziff. 11.2.3 HMRL ergibt, nicht eingehalten. Da die Beklagte auf die Verordnung vom 22.5.2006 aber überhaupt keine Leistung hätte erbringen müssen, ist die Klägerin durch die Kürzung des Abrechnungsbetrages um 224,12 EUR nicht beschwert.

Die Verordnung vom 26.06.2006 betraf als Folgeverordnung eine Verordnungsmenge von 20 Einheiten für Krankengymnastik nach Vojta als Doppelbehandlung für eine Indikation der Diagnosegruppe ZN2a, für die im Heilmittel-Katalog in Spalte 5 als Ausnahme zu der in II.11.2.3 HMRL festgelegten maximalen Verordnungsmenge die Verordnung von bis zu zehn Einheiten bei der Erst- und der Folgeverordnung zugelassen wird. Nach § 4 Ziff. 4 RV erhöht sich die im Heilmittel-Katalog genannte Verordnungsmenge im Regelfall bei der Verordnung von Doppelbehandlungen nicht. Damit geht auch diese Verordnung über eine Heilmittelverordnung im Regelfall hinaus. Die Beklagte war daher zur Kürzung der Vergütung um die Hälfte der Behandlungseinheiten berechtigt.

Diese Abweichungen vom Heilmittel-Katalog waren für die Klägerin im Rahmen der ihr obliegenden Prüfverpflichtung auch erkennbar. Die Heilmittel-Richtlinien und der Heilmittelkatalog sind der Klägerin aufgrund ihrer in der Ausbildung erworbenen Fachkompetenz vertraut und als Grundlage ihrer beruflichen Tätigkeit im Einzelnen bekannt. Entgegen der vom Sozialgericht vertretenen Auffassung war die Klägerin als Leistungserbringerin verpflichtet, die ihr vorgelegten Verordnungen auf ihre formelle Vereinbarkeit mit den HMRL zu überprüfen.

Das Bundessozialgericht hat in seinen Urteilen vom 15.11.2007 ([B 3 KR 4/07 R](#)) und vom 27.10.2009 ([B 1 KR 4/09](#)) das den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse begründende Rechtsverhältnis umfassend dargelegt. Danach kommt ein Heilmittel-Behandlungsvertrag zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse dadurch zustande, dass dem Leistungserbringer die Heilmittel-Verordnung des Vertragsarztes vorgelegt wird, welcher insoweit als Vertreter der Krankenkasse handelt. Das so entstandene Vertragsangebot der Krankenkasse nimmt der Leistungserbringer mit der Aufnahme der therapeutischen Behandlung an. Dabei kann die vertragsärztliche Verordnung eine Zahlungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer aber nur begründen, wenn sie gültig ist, insbesondere also den Vorgaben der HMRL entspricht. Denn der Versicherte hat einen Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§§ 27, 32 SGB V](#) nur in dem von den HMRL verbindlich vorgegebenen Umfang. Nur in diesem Umfang darf der Leistungserbringer daher zu Lasten der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten tätig werden. Ihn trifft auf der Grundlage von [§ 2 Abs. 4 SGB V](#) und [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) eine eigenständige Verantwortung dafür, dass Leistungen der Krankenkassen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Er hat die ärztliche Verordnung, die seiner therapeutischen Leistung zugrunde liegt, auf aus seiner professionellen Sicht erkennbare Fehler und auf Vollständigkeit zu überprüfen.

Diese Verpflichtung ergibt sich nach der Auffassung des Bundessozialgerichts auch aus den HMRL, die nach [§ 91 Abs. 6 SGB V](#) bzw. der Vorgängernorm des [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) (in der seit dem 01.01.2004 bis zum 01.07.2008 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung - GMG - vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)) auch für die Leistungserbringer unmittelbar bindend sind. Nach Ziff. II.9. Satz 2 HMRL ist der Therapeut grundsätzlich an die Verordnung des Vertragsarztes gebunden, es sei denn im Rahmen der Richtlinien ist etwas anderes bestimmt. Im Interesse einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln gehört es daher zur Aufgabe des Leistungserbringers, zusammen mit dem Vertragsarzt eine im Rahmen der HMRL erfolgende Heilmittelversorgung zu gewährleisten. Dies setzt auch voraus, dass der Leistungserbringer den Vertragsarzt auf von ihm festgestellte Abweichungen der Verordnung von den Vorgaben der HMRL hinweist und dies ebenso wie eventuelle Änderungen der Verordnung dokumentiert.

Eine solche Vorgehensweise ist der Klägerin als Leistungserbringerin auch zumutbar. Die Notwendigkeit einer Kooperation zwischen dem Therapeuten als Leistungserbringer und dem Vertragsarzt sowie Vorgaben für die Art und Weise ihres Zusammenwirkens ergeben sich nicht nur aus den HMRL (Ziff. VII. 26. ff) und den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß [§ 125 Abs. 1 SGB V](#) über die Einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene (§§ 17, 18), sondern auch aus dem Rahmenvertrag zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Landesverbänden der Krankenkassen Baden-Württemberg. Zwar ist Ausgangspunkt nach [§ 3 Ziff. 1 RV](#), dass Art und Umfang der Leistung vom Vertragsarzt bestimmt werden. Nach [§ 3 Ziff. 6 RV](#) sind die Leistungen aber ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Im Interesse einer solchermaßen zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln haben der Leistungserbringer und seine Mitarbeiter nach [§ 4 Ziff. 6, 7 und 8 RV](#) mit dem verordnenden Vertragsarzt zu kooperieren.

Die Klägerin kann sich nicht mit Erfolg auf die Regelung des [§ 4 Ziff. 3 Satz 3 RV](#), wonach eine Prüfpflicht des Leistungserbringers ausgeschlossen ist, berufen. Ihre Prüfpflicht beruht vielmehr auf höherrangigem Recht, und zwar den [§§ 2 Abs. 4](#) und [12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wie das BSG in seinem Urteil vom 27.10.2009 ([B 1 KR 4/09 R](#)) ausdrücklich klargestellt hat. [§ 4 Ziff. 3 Satz 3 RV](#) steht mit diesen Regelungen nicht in Einklang und kann daher die aufgrund gesetzlicher Normen bestehende Verpflichtung der Klägerin als Leistungserbringerin nicht aufheben.

Die Klägerin ist ihrer Pflicht zur Überprüfung der vertragsärztlichen Verordnungen nicht nachgekommen. Sie hat entsprechende Hinweise gegenüber den ausstellenden Vertragsärzten nicht dokumentiert, sondern hat die verordneten Leistungen in der Annahme erbracht, einer Prüfpflicht nicht zu unterliegen. Ein solches Versäumnis darf die Beklagte der Klägerin entgegenhalten und die Vergütung der nicht im Einklang mit den HMRL verordneten und erbrachten Therapieleistungen ablehnen. Das Bundessozialgericht hat es in seinem Urteil vom 27.10.2009 ([B 1 KR 4/09 R](#)) ausdrücklich gebilligt, dass die beklagte Krankenkasse die Abgabe und Abrechnung vertragsärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilmittel von einer vorherigen Vollständigkeitsprüfung der Verordnung durch den Leistungserbringer abhängig macht. Die Nichteinhaltung der Prüfpflicht hat zur Folge, dass keine wirksamen Behandlungsverträge zwischen der Klägerin und der Beklagten zustande gekommen sind, soweit sich die Verordnungen auf über die Vorgaben der HMRL hinausgehende physiotherapeutische Maßnahmen erstreckten. Die Verträge sind vielmehr nur schwebend unwirksam zustande gekommen (BSG, Urteil vom 15.11.2007 - [B 3 KR 4/07 R](#)) und hätten der Genehmigung durch die Beklagte bedurft, um wirksam zu werden und einen Vergütungsanspruch der Klägerin zu begründen. Eine solche Genehmigung hat die Beklagte aber zu keinem Zeitpunkt erteilt, und die von der Klägerin begehrte weitergehende Vergütung daher zu Recht abgelehnt.

Die Klägerin kann bezüglich der mit Verordnung vom 26.06.2006 verordneten Doppelbehandlung auch nicht mit Erfolg einwenden, die ungekürzte Vergütung einer solchen Doppelbehandlung sei vom BSG im Urteil vom 15.11.2007 ([B 3 KR 4/07 R](#)) für rechtmäßig erkannt worden, so dass auch ihr ein ungekürzter Vergütungsanspruch zustehe. Denn in dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall hatte eine Kürzung deshalb zu unterbleiben, weil die Krankenkasse, der die ärztliche Verordnung zur Prüfung vorgelegt worden war, auf eine Genehmigung der von den HMRL abweichenden Verordnung verzichtet hatte. Damit war der bis dahin schwebend unwirksame Behandlungsvertrag über die physiotherapeutische Leistung im verordneten Umfang zustande gekommen. Einen derartigen Verzicht auf eine Genehmigung i. S. v. [Ziff. II. 11.5. Satz 4 HMRL](#) hat die Beklagte im vorliegenden Fall aber gerade nicht erklärt oder in anderer Weise zum Ausdruck gebracht.

Soweit die Klägerin geltend macht, eine fehlerhafte Verordnung könne als solche nicht den Vergütungsanspruch vernichten, und sich dazu darauf beruft, dass die Beklagte ihr nach der Rechtsprechung des BSG nur dann ein Anspruchshindernis entgegenhalten könne, wenn sich dies aus der "Art des Mangels" ergebe, so folgt daraus nichts anderes. Das BSG hat in seinem Urteil vom 27.10.2009 ([B 1 KR 4/09 R](#)) das Argument, dass die Auswirkung auf den Zahlungsanspruch von der Art des konkreten Mangels abhängt, im Zusammenhang mit der Frage herangezogen, ob für die dortige Klägerin, eine Leistungserbringerin, ein Feststellungsbegehren ausnahmsweise gegenüber einer Leistungsklage zulässig sein könnte. Das BSG geht an dieser Stelle davon aus, dass Mängel der Verordnung grundsätzlich Auswirkungen auf den Zahlungsanspruch haben, wobei die genaue Höhe des unter Berücksichtigung entsprechender Mängel zu berechnenden Vergütungsanspruchs zweifelsohne von der Art des Mangels abhängt, also etwa von der Frage, ob die vorgegebene Verordnungsmenge überschritten wurde oder ein nicht verordnungsfähiges Heilmittel verordnet wurde. Im Falle der Klägerin sind mit der Absetzung der streitgegenständlichen Beträge die Auswirkungen der mangelbehafteten Verordnungen von der Beklagten unter Berücksichtigung der konkreten Mängel umgesetzt worden.

Ebenso wenig kann sich die Klägerin darauf berufen, die Vorrangigkeit eines Heilmittels sei von ihr schon deshalb nicht zu prüfen, weil es sich dabei um eine Frage der medizinischen Therapieentscheidung handle, die der ärztlichen Verantwortung unterfalle. Die ärztliche Verordnung hat sich vielmehr an den vorgegebenen Rahmen der HMRL zu halten. Im Heilmittel-Katalog sind etwa in Spalte 4 unter den Buchstaben A und D diagnosebezogene vorrangige Heilmittel sowie standardisierte Heilmittelkombinationen aufgeführt, für die in [Ziff. VI. 24. HMRL](#) Auswahlkriterien enthalten sind, etwa die vorrangige Verordnung entsprechend als vorrangig bezeichneter Heilmittel gegenüber anderen Maßnahmen oder die Unzulässigkeit der Verordnung weiterer Einzelmaßnahmen neben standardisierten Heilmittelkombinationen. Mit einer solchen Beschreibung von Regelfällen der Heilmittelverordnung und der Beschränkung der Kostenübernahme auf derartige Regelfall-Verordnungen, sofern nicht besondere Ausnahmefälle vorliegen, erfolgt bereits eine Einschränkung der medizinisch-therapeutischen Entscheidungsfreiheit auch für den Vertragsarzt. Diese Einschränkung ist durch das Kriterium der Wirtschaftlichkeit sachlich begründet und daher nicht zu beanstanden. Der Klägerin obliegt im Rahmen ihrer Prüfpflicht allein die Klärung, ob die verordneten Heilmittel mit den Auswahlvorgaben der HMRL in Einklang stehen. Dazu ist sie aufgrund ihrer professionellen Beurteilungsfähigkeit in der

Lage ohne dabei in die medizinische Therapieentscheidung des Vertragsarztes einzugreifen.

Die Klägerin macht ferner geltend, sie sei nicht bloße Weisungsempfängerin des Vertragsarztes, so dass ihr zugestanden werden müsse, dass sie Verordnungen, die nicht den HMRL entsprächen, auch ohne vorherige Korrektur durch den Vertragsarzt in einer den HMRL entsprechenden Weise umzusetzen dürfe und damit ihren Vergütungsanspruch begründe. Diese Argumentation ist indes vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung der streitgegenständlichen Verordnungen durch die Klägerin eben gerade nicht in einer den HMRL entsprechenden Art und Weise erfolgte, sondern sich die Fehler der Verordnungen bei ihrer Umsetzung durch die Klägerin gerade fortsetzten, nicht nachvollziehbar.

Sofern die Klägerin schließlich auf die Praxis der Beklagten verweist, die für den Fall, dass der Vertragsarzt auf der Ausführung einer nicht mit den HMRL in Einklang stehenden Verordnung bestehen sollte, bei Anbringung eines entsprechenden Vermerks auf der Verordnung durch den Leistungserbringer diesem die Vergütung ungekürzt zu gewähren, kann sie daraus den geltend gemachten Vergütungsanspruch nicht herleiten. Denn die Klägerin hat ihrer Obliegenheit zur Prüfung der Verordnungen und zur Mitteilung von Abweichungen von den HMRL an die verordnenden Vertragsärzte nicht genügt, so dass es sich als hypothetisch darstellt, ob die Vertragsärzte im Falle eines Hinweises durch die Klägerin auf der Durchführung ihrer Verordnungen bestanden hätten. Über einen derartigen im Ungewissen liegenden Sachverhalt hat der Senat aber nicht zu entscheiden. Aus den gleichen Gründen kann auch die von der Klägerin aufgeworfene Frage, ob es rechtlich vertretbar sei, allein durch die Dokumentation der Nachfrage des Leistungserbringers beim Vertragsarzt dessen bis dahin ungültige Verordnung als gültig zu behandeln und eine ungekürzte Vergütung zu gewähren, dahingestellt bleiben, zumal die Klägerin durch eine solche Praxis der Beklagten ohnehin nicht beschwert wäre.

Das Sozialgericht hätte der Klage daher nicht stattgeben dürfen, weshalb sein Urteil auf die Berufung der Beklagten aufzuheben und die Klage abzuweisen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Der Streitwert entspricht dem Kürzungsbetrag.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (160 Abs. 2 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-10-07