

L 11 KR 690/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 1561/06
Datum
15.01.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 690/10
Datum
26.10.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Aus [§ 125 SGB V](#) iVm mit dem nach Abs 2 dieser Vorschrift geschlossenen Rahmenvertrag ergibt sich ein gegen die Krankenkasse des Versicherten gerichteter Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers.

Dieser Vergütungsanspruch hat ua eine wirksame Verordnung eines Vertragsarztes zur Voraussetzung. Die vertragsärztliche Verordnung von Heilmitteln ist unwirksam, wenn sie gegen geltendes Recht, wozu auch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Heilmittel-Richtlinien gehören, verstößt.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. Januar 2009 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 777,57 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein von der Klägerin geltend gemachter Vergütungsanspruch für physiotherapeutische Behandlungen in Höhe von insgesamt 717,96 EUR zzgl Zinsen sowie ein Verzugsschaden in Höhe von 68,61 EUR streitig.

Die Klägerin betreibt eine Praxis für Physiotherapie und ist gemäß [§ 124](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der beklagten Krankenkasse mit physiotherapeutischen Leistungen zugelassen. Sie ist Mitglied in einem Berufsverband, der mit dem Landesverband der Beklagten am 16. Juli 2002 den am 1. Dezember 2002 in Kraft getretenen und mit Wirkung zum 31. Dezember 2006 wieder gekündigten "Rahmenvertrag nach [§ 125 Abs 2 SGB V](#)" (im Folgenden RV) geschlossen hat.

Der RV regelt die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit physiotherapeutischen Leistungen, die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung, die Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie die Folgen von Vertragsverstößen (§ 2 Ziff 1 RV). Nach § 16 Ziff 1 RV erfolgt die Vergütung der vertraglich erbrachten Leistungen nach einer sich in Anlage 5 befindlichen Preisvereinbarung. Der Preisvereinbarung ist eine Preisliste beigelegt, aus der sich die Preise für die jeweiligen Leistungen unter Angabe der Behandlungsdauer ergeben. Nach § 3 Nr 1 Satz 1 RV bestimmt Art und Umfang der Leistungen der Vertragsarzt. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der sich aus Anlage 3 ergebenden Leistungsbeschreibung berechtigt und verpflichtet (§ 3 Nr 1 Satz 2 RV). In Anlage 3 sind die einzelnen Leistungen beschrieben, wobei in den Grundätzen vereinbart ist, dass die Leistungsbeschreibung die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V](#) (im Folgenden HMR) berücksichtigt. Bei Änderungen der HMR sollen Anpassungen erfolgen. Die Leistungsbeschreibungen enthalten auch Ausführungen zur Regelbehandlungszeit, die als Richtwerte gelten sollen. In § 4 RV ist die "Verordnung/Kooperation zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt/ Behandlungsdurchführung" regelt. Nach Nr 1 der Regelung dürfen Vertragsleistungen der Anlage 3 nur ausgeführt werden, wenn sie von einem Vertragsarzt verordnet sind. Diagnose, Art und Anzahl der Leistungen ergeben sich nach Nr 3 der Regelung aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Weiter heißt es: "Die vertragsärztliche Verordnung kann nur ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Dem Leistungserbringer obliegt insoweit jedoch keine Prüfpflicht." Nach Nr 7 des § 4 RV ist der Leistungserbringer nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen außer nach Nr 8 zu ändern oder zu ergänzen, es sei denn es wurde zuvor telefonische Rücksprache mit dem zuständigen Vertragsarzt genommen und von dort genehmigte Änderungen der Verordnung werden mit Datum und Handzeichen des Leistungserbringers auf dem Verordnungsblatt vermerkt. In Nr 8 sind ua Fälle geregelt, in denen bei verspätetem Beginn

oder überlanger Behandlungsunterbrechung die Verordnung ungültig wird. Nach Nr 10 besteht für Leistungen auf der Basis einer ungültigen Verordnung im Sinne des Nr 8 kein Vergütungsanspruch. Bei einer Kündigung bzw Teilkündigung des RV bestehen die Regelungen des RV bzw der jeweiligen Anlage bis zu einer neuen vertraglichen Regelung unverändert weiter.

Am 29. November 2004 verordneten die Vertragsärzte Dres H. & Kollegen der Versicherten R. L. zehnmal "MLD 60" (= manuelle Lymphdrainage 60 Minuten) ein bis zweimal wöchentlich. Als Indikationsschlüssel wurde "LY2A" und als Diagnose "Lymphödem, Ulcus cruris, PTS re" genannt. Ferner war "Folgeverordnung" in der Rubrik "Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)" angegeben. Die Rubrik "Verordnung außerhalb des Regelfalles" war nicht angekreuzt. Die Rubrik "medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles" enthielt keine Eintragungen. Die Versicherte bestätigte unterschriftlich, die verordneten zehn Behandlungen in der Zeit vom 20. Dezember 2004 bis zum 27. Januar 2005 erhalten zu haben. Die Klägerin stellte mit Rechnung vom 15. Juli 2005 (R04/408) der Beklagten hierfür 311,88 EUR in Rechnung. Mit Schreiben vom 4. Juli 2005 lehnte die Beklagte die vollständige Begleichung der Rechnung mit der Begründung ab, laut Heilmittelkatalog dürften beim Indikationsschlüssel LY2a nur "6xMLD" verordnet werden. Es seien daher 122,04 EUR in Abzug zu bringen. Dem Schreiben war das Merkblatt zur Verordnung von Heilmitteln der Beklagten (Bezirksdirektion Mittelbaden) beigelegt.

Am 1. Februar 2005 verordnete die Vertragsärztin Dr H. der Versicherten T. S. zehnmal allgemeine Krankengymnastik und zehnmal manuelle Therapie (jeweils zweimal pro Woche). Als Indikationsschlüssel wurde "EX3a" und als Diagnose "EX3-Extremitäten & Becken/lang: Gelenkfunktionsstörungen, Bewegungsstörungen, Kontrakturen" angegeben. Als Therapieziel wurde "Wiederherstellung, Besserung der gestörten Beweglichkeit" genannt. Ferner war "Folgeverordnung" in der Rubrik "Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)" angekreuzt. Die Rubrik "Verordnung außerhalb des Regelfalles" wurde nicht angekreuzt. Die Rubrik "medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles" enthielt keine Eintragungen. Die Versicherte bestätigte unterschriftlich im Zeitraum vom 1. April bis 9. Mai 2005 krankengymnastische Leistungen in der Zeit vom 13. Mai bis 27. Juni 2005 Leistungen der manuellen Therapie erhalten zu haben. Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnung vom 15. Juli 2005 (R05-529) hierfür 273,00 EUR in Rechnung.

Am 18. April 2005 verordnete Vertragsarzt Dr. G. dem Versicherten D. B. zehnmal Krankengymnastik und zehnmal Fango sowie Massage (zweimal wöchentlich). Als Indikationsschlüssel wurde "WS2g" und als Diagnose "Hemiplegie, nicht näher bezeichnet R, Wirbelsäulensyndrom muskl. Dysbalance" angegeben. Als Therapieziel wurde "Muskeldehnung" benannt. Ferner wurde "Folgeverordnung" in der Rubrik "Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)" angekreuzt. Die Rubrik "Verordnung außerhalb des Regelfalles" wurde nicht angekreuzt. Die Rubrik "medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles" enthielt keine Eintragung. Der Versicherte bestätigte unterschriftlich, die verordneten Leistungen - Krankengymnastik, Klassische Massagetherapie und Wärmetherapie mit Fango - im Zeitraum vom 27. April bis 10. Juni 2005 erhalten zu haben. Die Klägerin stellte der Beklagten daraufhin mit Rechnung vom 15. Juli 2005 (R05-529) hierfür einen Betrag in Höhe von 324,00 EUR in Rechnung.

Mit Schreiben vom 9. August 2005 lehnte die Beklagte die Begleichung der Rechnung bzgl der Versicherten S. und B. mit der Begründung ab, im Fall der Versicherten S. seien bei zwei Regelfällen, die im zeitlichen Zusammenhang entstünden, zwei separate Verordnungen auszustellen, wobei bei dem Indikationsschlüssel "EX3a" zudem nur sechs Behandlungen vorgesehen seien. Die Rechnung sei daher um 186,60 EUR zu kürzen. Bezüglich des Versicherten B. sei darauf hinzuweisen, dass laut HMR bei dem Indikationsschlüssel "WS2g" ein "D1-Komplex" vorgesehen sei, für den die Klägerin aber keine Zulassung habe. Die Rechnung in Höhe von 324,00 EUR sei daher nicht zu begleichen.

Die anwaltlich vertretene Klägerin forderte die Beklagte mit Schreiben vom 6. September 2005 daraufhin auf, ua die für die Versicherten B., L. und S. nicht übernommenen Rechnungsbeträge bis zum 13. September 2005 zu begleichen. Sie sei als Physiotherapeutin an die Behandlungsanweisungen der Ärzte gebunden und es sei nicht ihre Aufgabe, Indikationsschlüssel, wie im Fall B., zu überprüfen. Ebenso wenig sei sie verpflichtet zu überprüfen, ob es ärztlicherseits zulässig sei, zwei durchaus verordnungsfähige Heilmittel auf einem Verordnungszettel zu rezeptieren (Fall S.). Schließlich sei es auch nicht ihre Aufgabe zu prüfen, ob der Arzt auf einer Verordnung maximal sechs Behandlungen verschreiben dürfe oder nicht. Sie sei an die Anordnung des Arztes gebunden und habe diese nicht zu hinterfragen.

Die Beklagte wies mit Schreiben vom 12. September 2005 darauf hin, dass es bei ihrer getroffenen Entscheidung verbleibe und der Klägerin freistehe, dagegen den Klageweg zu beschreiten.

Die Klägerin hat deshalb am 6. April 2006 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und zur Begründung ausgeführt, die Beklagte versuche in rechtswidriger Weise, die Physiotherapeuten zu einer Kontrollinstanz ärztlicher Heilmittelverordnungen zu machen. Sie habe sich exakt an die therapeutischen Vorgaben des behandelnden Arztes zu halten. Das Verhalten der Beklagten entbehre jedweder Rechtsgrundlage. Dies ergebe sich auch aus dem Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 24. Oktober 2005 (S 10 KR 5996/06 ER). Bezüglich des Versicherten B. sei darauf hinzuweisen, dass sie einen Behandlungskomplex D1 nicht erbracht habe. Dieser sei nämlich nicht auf der Heilmittelverordnung vorgesehen gewesen. Sie habe nur das abgerechnet, was sie selbst erbringen dürfe und erbracht habe. Aufgrund der Therapiehoheit des Arztes könne sehr wohl von der Zuordnung der "Heilmittelverordnung im Regelfall" zu einer bestimmten Diagnosegruppe abgewichen werden (Versicherte L.). Bezüglich der Versicherten S. sei anzumerken, dass zehn Verordnungen rezeptiert und auch durchgeführt worden seien. Auch hier sei daher die Kürzung willkürlich und ohne Rechtsgrundlage erfolgt.

Mit Schriftsatz vom 17. November 2006 (Eingang beim SG am 20. November 2006) hat die Klägerin ihre Klage um die Geltendmachung eines Verzugsschadens in Höhe von 68,61 EUR nebst Zinsen seit Rechtshängigkeit im Hinblick auf den nicht anrechnungsfähigen Teil der anwaltlichen vorgerichtlichen Gebühren erweitert. Mit weiterem Schriftsatz vom 29. Juni 2007 (Eingang beim SG am 2. Juli 2007) hat sie ihre Klage um die Geltendmachung weiterer 85,32 EUR erweitert, nachdem sie dem Versicherten O. D. zehn Maßnahmen der Krankengymnastik bzw Elektrotherapie während des anhängigen Klageverfahrens erbracht (Indikationsschlüssel "Ws2e") und die Beklagte diesen Betrag (203,30 EUR) um 85,32 EUR mit der Begründung gekürzt habe, bei diesem Indikationsschlüssel dürften lediglich sechsmal Krankengymnastik bzw sechsmal Elektrotherapie verordnet werden.

Nachdem mit Beschluss vom 27. Juni 2006 zunächst das Ruhen angeordnet und das Verfahren durch die Klägerin am 15. November 2006 wieder aufgerufen worden war, hat das SG die Beklagte mit Urteil vom 15. Januar 2009, der Beklagten zugestellt am 9. Februar 2009, verurteilt, an die Klägerin 777,57 EUR nebst Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 122,04 EUR seit dem 4. Juli 2005, aus weiteren 510,60 EUR seit dem 13. August 2005, aus weiteren 68,61 EUR seit dem 6. April 2006 sowie aus weiteren 85,32 EUR

seit dem 13. April 2007 zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Vergütungsansprüche der Klägerin beruhten auf einem öffentlich-rechtlichen Behandlungsvertrag nach [§ 69 Satz 1](#), 5 SGB V iVm [§ 611](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), [§ 125 SGB V](#) und § 15 RV iVm dessen Anlage 5 (Preisvereinbarung). Zwar hätten die verordnenden Ärzte in den jeweiligen Einzelfällen die Grenzen ihrer Innenvollmacht überschritten, diejenige der ihnen erteilten Außenvollmacht aber noch gewahrt. Der Umfang einer sogenannten Innenvollmacht einerseits und einer Außenvertretungsmacht andererseits könne, müsse sich aber nicht entsprechen. Hier sei Letzteres der Fall gewesen. Denn die Vertragsärzte hätten im Innenverhältnis ohne Vertragsmacht gehandelt. Für das Zustandekommen eines öffentlich-rechtlichen Dienstvertrages zwischen der Klägerin und der Beklagten sei es ausreichend, wenn die Vertragsärzte bei der Ausgestaltung ihrer jeweiligen Verordnungen mit Außenvertretungsmacht gehandelt hätten. Dies sei der Fall gewesen. Der Umfang der Außenvertretungsmacht richte sich vorrangig nach dem auf der Grundlage des [§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) geschlossenen RV, mit dem gerade im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln festgeschrieben worden sei. Dieser bestimme in § 4 Ziff 3, dass sich die Diagnoseart und insbesondere die Anzahl der Leistungen aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung ergeben müssten. Bereits diese Formulierung spreche für die Annahme, dass ein Vertragsarzt im Außenverhältnis zum Leistungserbringer bevollmächtigt sei, die Anzahl der jeweiligen Behandlungen in der von ihm ausgestellten Verordnung zu bestimmen. Diese Auslegung werde durch § 4 Nr 3 Sätze 2 und 3 RV bestätigt. In § 4 Nr 3 Satz 1 RV werde zudem bestätigt, dass dem Leistungserbringer insoweit keine Prüfpflicht obliege. Die Leistungserbringer seien auch nicht unmittelbar an die Heilmittel-Richtlinien gebunden. Eine abweichende Auslegung des RV und damit des Umfangs der Außenvertretungsmacht der Vertragsärzte könne schließlich auch nicht durch einen Verweis auf die gemeinsame Rahmenempfehlung nach [§ 125 Abs 1 SGB V](#) begründet werden. Schließlich enthalte der hier maßgebliche RV keine dynamische Verweisung auf die HMR. Des Weiteren ergebe sich eine Beschränkung des Umfangs der Außenvertretungsmacht der Vertragsärzte auch nicht aus [§ 12 SGB V](#). Die Klägerin könne deshalb auch Verzugszinsen sowie den bereits entstandenen Verzugschaden erfolgreich geltend machen.

Hiergegen richtet sich die am 2. März 2009 von der Beklagten beim Landessozialgericht (LSG) eingelegte Berufung. Das Verfahren hat zunächst aufgrund des Beschlusses vom 6. Mai 2009 geruht.

Am 8. Februar 2010 hat die Beklagte das Verfahren wieder angerufen. Unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 27. Oktober 2009 ([B 1 KR 4/09 R](#)) macht die Beklagte geltend, der Heilmittelerbringer habe den Inhalt der ärztlichen Verordnung insoweit zu prüfen, als er Leistungen zu Lasten der Krankenkassen nur auf Basis einer gültigen Verordnung erbringen dürfe, welche die für eine wirksame und wirtschaftliche Heilmitteltherapie notwendigen ärztlichen Angaben enthalte. Der Heilmittelerbringer habe insoweit eine eigenständige Verantwortung, für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung zu sorgen. Da die Leistung des Heilmittelerbringers durch die ärztliche Verordnung veranlasst werde, habe er diese Verordnung auf aus seiner professionellen Sicht erkennbare Fehler und Vollständigkeit zu überprüfen. Zwar habe die Klägerin im Berufungsverfahren vorgetragen, dass sie im Rahmen einer Plausibilitätskontrolle die Verordnungen für nachvollziehbar und mit dem Beschwerdebild vereinbar gehalten habe. Eine Prüfung, ob die ärztlichen Verordnungen die Voraussetzungen, die die HMR aufstellten, erfüllten, habe die Klägerin nach ihrem eigenen Vorbringen aber gerade nicht vorgenommen. In Bezug auf die Angabe, ob es sich um eine ärztliche Verordnung außerhalb der Regelversorgung handle, trage die Klägerin sogar vor, sich über ihre formale Prüfpflicht hinweggesetzt zu haben, da die Beklagte in der Vergangenheit solche Verordnungen angeblich mehrfach akzeptiert habe. In den hier streitigen Verordnungen seien jeweils zehn Behandlungen für therapeutische Leistungen, die der physikalischen Therapie gemäß Teil 1 Abschnitt I A des Heilmittelkatalogs zuzuordnen seien, verordnet worden. Hierbei sei jeweils angegeben worden, es handle sich um eine Folgeverordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall). Der Fehler in diesen Verordnungen liege darin, dass gemäß Teil 1 Abschnitt II Nr 11.2.3 HMR die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge jedes Regelfalls in der physikalischen Therapie bis zu sechs Einheiten betrage. Innerhalb des Regelfalls dürften also lediglich bis zu sechs Einheiten abgegeben werden. Nach Teil 1 Abschnitt VI Nr 22 HMR werde der Inhalt und die Durchführung der Heilmittelverordnung geregelt. Die vertragsärztliche Verordnung könne danach ausgeführt werden, wenn die für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten seien. Vorliegend fehle der Hinweis, dass es sich um eine Verordnung außerhalb des Regelfalls handle. Die vorliegenden Verordnungen erfüllten damit nicht die Voraussetzungen der HMR. Es liege daher kein wirksames Vertragsangebot zur Durchführung eines Behandlungsvertrages vor.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 15. Januar 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das BSG habe zwar allgemein judiziert, dass dem Heilmittelerbringer eine gewisse Prüfungspflicht obliege. Die nähere Ausgestaltung dieser Verpflichtungen habe das BSG jedoch bewusst nicht unternommen. Es sei jeweils nur aus "professioneller Sicht" die Verordnung auf erkennbare Fehler und Vollständigkeit zu überprüfen. Die ärztliche Verantwortung bleibe hierbei unberührt. Natürlich habe sie die Rezepte in rein formaler Hinsicht überprüft, etwa dahingehend, ob sich der richtige Patient vorgestellt habe. In inhaltlicher Sicht sei ebenso eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt worden. So wäre es zu Beanstandungen gekommen, wenn etwa bei einem symptomlosen Patienten plötzlich krankengymnastische Übungen rezeptiert worden wären. Im Rahmen der Plausibilitätskontrolle habe sie die Verordnungen für nachvollziehbar und mit dem geklagten Beschwerdebild in Einklang zu bringen gehalten. Sie habe deshalb keine Veranlassung für eine weitere Überprüfung inhaltlicher Art gehabt oder die Verordnungen mit dem Arzt, dem die Therapiehoheit obliege, zu diskutieren. Dies gelte im Hinblick auf den Versicherten B. insbesondere auch deshalb, weil die Beklagte in der Vergangenheit über viele Male hinweg bereits die Verordnungsweise des Arztes in keiner Weise beanstandet habe, ebenso wenig die durchgeführten Therapien. Inhaltlich strittig sei in diesem Fall die Wartefrist, welche nach zwei Einheiten Krankengymnastik einzuhalten seien, über die sich der Arzt jedoch medizinisch zu Recht hinweggesetzt habe. Auf der Verordnung hätte in formaler Hinsicht lediglich angegeben werden müssen, dass es sich um eine solche außerhalb der Regelversorgung handle. Vor dem Hintergrund des bisherigen Verhaltens der Beklagten habe für sie keine Veranlassung bestanden, an der Sinnhaftigkeit und der Angemessenheit der Übungsbehandlung Zweifel zu hegen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz und auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft, zulässig und begründet. Das SG hat die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung verurteilt. Das Urteil des SG wird daher aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Leistungsklage ist nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) zulässig. Es war weder ein Widerspruchsverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist einzuhalten (vgl hierzu ausführlich BSG, Urteil vom 24. September 2002 - [B 3 KR 2/02 R](#) = [SozR 3-2500 § 132a Nr 3](#)). Die Klage ist aber nicht begründet. Der von der Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch besteht nicht.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) iVm § 15 Abs 1 des zum 1. Dezember 2002 in Kraft getretenen RV und der dem RV als Anlage beigefügten Preisvereinbarung. Der RV ist trotz der zum 31. Dezember 2006 ausgesprochenen Kündigung gemäß § 23 Nr 4 RV auch für die Zeit danach weiter wirksam, da bislang eine Folgevereinbarung nicht zustande gekommen ist. Der Vergütungsanspruch der Heilmittelbringer ist ein vom Leistungsanspruch der Versicherten unabhängiger eigenständiger Anspruch. Er korrespondiert idR mit dem Leistungsanspruch der Versicherten, kann aber - unter besonderen Umständen (zB im Fall der Beendigung der Mitgliedschaft des Versicherten, siehe hierzu BSG, Urteil vom 17. April 1996, [3 RK 19/95](#), [SozR 3-2500 § 19 Nr 2](#)), die hier nicht vorliegen - auch ohne einen solchen Leistungsanspruch bestehen oder trotz Bestehens eines Leistungsanspruchs nicht gegeben sein (vgl zum Vergütungsanspruch bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege Urteil des Senats vom 20. Juli 2010, [L 11 KR 1960/09](#), veröffentlicht in juris und zum Vergütungsanspruch des Krankenhauses Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, [§ 109 SGB V](#) Rdnr 28 ff; Heberlein GesR 2008, 113, 117). Voraussetzung des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist (neben der Leistungserbringung) grundsätzlich, dass ein Leistungsanspruch der Versicherten nach [§ 32 SGB V](#) in der ab 1. April 2004 geltenden Fassung bestanden hat und das Heilmittel vertragsärztlich verordnet worden ist (BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009, [B 1 KR 4/09 R](#), veröffentlicht in juris). Denn die Regelung des [§ 32 SGB V](#) räumt dem Versicherten lediglich ein Rahmenrecht ein, das noch der Konkretisierung durch eine vertragsärztliche Verordnung bedarf. Mit seiner Heilmittelverordnung bestimmt der Vertragsarzt deshalb nicht nur, auf welche Heilmittel der Versicherte einen Anspruch hat. Er schafft damit zugleich eine Voraussetzung für einen dem Leistungsanspruch des Versicherten entsprechenden Vergütungsanspruch des Heilmittelbringers gegen die Krankenkasse des Versicherten (vgl zur Arzneimittelversorgung ausführlich BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, [B 3 KR 13/08 R](#), veröffentlicht in juris).

Dies setzt allerdings voraus, dass die vertragsärztliche Verordnung gültig bzw wirksam ist. Davon gehen auch die Vertragspartner des RV aus, wie sich aus § 4 Nr 10 RV ergibt. Dort ist bestimmt, dass ein Vergütungsanspruch nicht besteht, wenn eine (ursprünglich gültige) Verordnung gemäß § 4 Nr 8 Buchst a) und b) RV ungültig geworden ist. Nichts anderes kann gelten, wenn von vornherein gar keine gültige Verordnung vorlag. Eine vertragsärztliche Verordnung von Heilmitteln ist ungültig bzw unwirksam, wenn sie gegen geltendes Recht verstößt. Bei der Verordnung von Heilmitteln gemäß [§ 73 Abs 2 Nr 7 SGB V](#) hat der Vertragsarzt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage von [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V](#) erlassenen HMR zu beachten. Die HMR legen nicht nur den Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich fest, sie sind auch für die Heilmittelbringer unmittelbar geltendes Recht (BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009 [aaO](#)).

Heilmittel sind nur nach Maßgabe der HMR verordnungsfähig (Teil 1 Abschnitt II Nr 8 Satz 1 HMR). Zwar ist der Therapeut grundsätzlich an die ärztliche Verordnung gebunden (Teil 1 Abschnitt II Nr 9 Satz 2 HMR). Dies bedeutet aber nur, dass er weder andere noch weitere Leistungen als die vom Vertragsarzt verordneten erbringen und abrechnen darf, nicht aber, dass er - wie die Klägerin meint - berechtigt oder gar verpflichtet ist, jede Verordnung ohne weitere Prüfung auszuführen. Da die HMR auch gegenüber der Klägerin verbindlich und daher von ihr zu beachten sind, ist ihr die Berufung auf den Inhalt der ärztlichen Verordnung verwehrt, wenn sie erkannt hat oder hätte erkennen müssen, dass die vertragsärztliche Verordnung nicht mit den HMR übereinstimmt. Denn nach [§ 2 Abs 4 SGB V](#) haben auch die Leistungserbringer darauf zu achten, dass Leistungen nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Daraus sowie aus dem in [§ 12 SGB V](#) geregelten Wirtschaftlichkeitsgebot und der sich aus den HMR ergebenden Pflicht zur engen Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt ergibt sich eine Pflicht der Heilmittelbringer, die Verordnung des Vertragsarztes auf aus ihrer professionellen Sicht erkennbare Fehler und Vollständigkeit zu überprüfen (BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009, [aaO](#)). Gleiches würde gelten, wenn auf die Leistungserbringung die Vorschriften des Zivilrechts (analog) anzuwenden wären. Denn mit Verordnungen, die mit den HMR nicht übereinstimmen, überschreitet der Vertragsarzt die ihm eingeräumte Befugnis, den Versicherten Sachleistungen auf Kosten der Krankenkasse zu verschaffen. Insoweit ist sein Handeln dem eines Vertreters ohne Vertretungsmacht vergleichbar und nach [§ 179 Abs 3 Satz 1 BGB](#) würde in einem solchen Fall selbst eine Haftung des ohne Vertretungsmacht handelnden Vertreters ausscheiden.

Die sich aus dem SGB V und den HMR ergebende Prüfpflicht des Leistungserbringers kann durch den Rahmenvertrag nach [§ 125 Abs 2 SGB V](#) nicht beseitigt werden, da der Rahmenvertrag, auch soweit er als Normsetzungsvertrag zu qualifizieren ist, im Rang unter dem SGB V als einem Gesetz im formellen Sinn steht und ihm auch die HMR als höherrangiges Recht vorgehen. Die Klägerin kann sich deshalb nicht auf § 4 Nr 3 Satz 3 RV, der eine Prüfpflicht der Leistungserbringer in Bezug auf die ärztliche Verordnung verneint, berufen. Diese Regelung ist, so wie sie von der Klägerin interpretiert wird, mit höherrangigem Recht nicht vereinbar und daher unwirksam. Auch im Übrigen ist vorrangig auf die HMR und nicht auf den RV abzustellen. Ist deshalb ein Vergütungsanspruch des Heilmittelbringers wegen Verstoßes gegen die HMR nicht gegeben, kommt es darauf, ob die Bestimmungen des RV eingehalten worden sind, nicht mehr an.

Der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach [§ 92 Abs 6 SGB V](#) (Heilmittelkatalog), der Bestandteil der HMR ist, regelt nach Teil 1 Abschnitt II Nr 8 Satz 2 HMR &61630; die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, &61630; die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen &61630; die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe und &61630; die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen). Den Heilmittelverordnungen liegt in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkatalogs ein definierter Regelfall zugrunde. Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Behandlungsziel erreicht werden kann. Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog (Teil 1 Abschnitt II Nr 11 HMR).

Auf der Grundlage dieser Vorschriften und Grundsätze ist der von der Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch zu verneinen.

Mit der Verordnung vom 29. November 2004 (Liebich) wurden mit dem Indikationsschlüssel "LY2a" zehnmal "MLD 60" (= manuelle

Lymphdrainage 60 Minuten) verordnet. Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass nach dem Heilmittelkatalog bei diesem Indikationsschlüssel nur bis zu 6 Einheiten hätten verordnet werden dürfen, und zwar sowohl bei einer Erst-Verordnung als auch bei einer Folgeverordnung. Dies war für die Klägerin ohne weiteres erkennbar. Auch nach den allgemeinen Bestimmungen in den HMR (Teil 1 Abschnitt II Nr 11.2.3) beträgt die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge jedes Regelfalls in der Physikalischen Therapie bis zu sechs Einheiten. Ausnahmen müssen im Heilmittelkatalog aufgeführt werden, was aber hier nicht der Fall ist. Daher besteht ein Vergütungsanspruch nur für sechs Einheiten, nicht aber für zehn. Da die Beklagte den für sechs Einheiten bestehenden Vergütungsanspruch erfüllt hat, besteht kein weiterer Vergütungsanspruch der Klägerin mehr.

Mit der Verordnung vom 1. Februar 2005 (S.) wurden zu dem Indikationsschlüssel "EX3a" zehnmal allgemeine Krankengymnastik und zehnmal manuelle Therapie verordnet. Auch bei diesem Indikationsschlüssel hätten nach dem Heilmittelkatalog nur maximal bis zu sechs Einheiten sowohl für Krankengymnastik als auch für manuelle Therapie verordnet werden dürfen. Hinzu kommt ein weiterer - für die Klägerin erkennbarer - Fehler: Bei gegebener Indikation richtet sich die Auswahl der zu verordnenden Heilmittel nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel (Teil 1 Abschnitt VI Nr 24 HMR). Dabei soll vorrangig eine im Heilmittelkatalog als "vorrangiges Heilmittel" genannte Maßnahme zur Anwendung kommen. Soweit medizinisch erforderlich kann zu einem "vorrangigen Heilmittel" (A) nur ein weiteres im Heilmittelkatalog genanntes "ergänzendes Heilmittel" (C) verordnet werden. Sowohl bei der verordneten Krankengymnastik als auch bei der manuellen Therapie handelt es sich aber um ein "vorrangiges Heilmittel" (A). Auch dies ergibt sich aus dem Heilmittelkatalog. Der Vertragsarzt hätte in diesem Fall zwei getrennte Verordnungen ausstellen müssen. Ob dies dazu führt, dass überhaupt kein Vergütungsanspruch entstanden ist, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls steht der Klägerin der von der Beklagten in Abzug gebrachte Betrag (186,60 EUR) nicht zu. Sie hat gemäß der Anlage 5 zum RV höchstens Anspruch auf sechs Einheiten Krankengymnastik, also 86,40 EUR (6-14,40 EUR). Diesen Betrag hat die Beklagte vergütet.

Mit Verordnung vom 18. April 2005 (B.) wurden zu dem Indikationsschlüssel "WS2g" zehnmal Krankengymnastik und zehnmal Fango sowie Massage verordnet. Nach dem Heilmittelkatalog ist bei diesem Indikationsschlüssel eine standardisierte Heilmittelkombination bestehend aus Krankengymnastik (KG), gerätegestützter Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten und/oder Hebel- und Seilzugapparaten (KG-Geräte) und Manuelle Therapie (MT) sowie ergänzenden Heilmitteln vorgesehen. Für die KG-Geräte (Teil 1 Abschnitt III Nr 17 A. 2.4 HMR) und die MT (Teil 1 Abschnitt III Nr 17 A. 2.7 HMR) ist nach den HMR eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung erforderlich (Teil 1 Abschnitt III Nr 17. A. HMR), über die die Klägerin unstreitig nicht verfügt. Ein Vergütungsanspruch für die nicht verordnete und von der Klägerin auch nicht erbrachte standardisierte Heilmittelkombination ist nicht entstanden. Es besteht aber auch kein Vergütungsanspruch für die verordneten und von der Klägerin erbrachten Leistungen, weil KG und Fango mit Massage bei dem Indikationsschlüssel nicht verordnungsfähig waren. Dieser Fall zeigt exemplarisch, dass die Prüfpflicht der Heilmittelerbringer ihre Rechtsgrundlage (auch) im Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) hat. Ein Versicherter, der an einer komplexen Schädigung leidet, wie sie unter dem Indikationsschlüssel "WS2g" zusammengefasst ist, hat Anspruch auf eine bestimmte Heilmittelkombination, weil diese Kombination bei der vorhandenen Schädigung vom Gemeinsamen Bundesausschuss als besonders wirksam erachtet worden ist. Dieser Anspruch kann aber nicht dadurch erfüllt werden, dass dem Versicherten andere, weniger wirksame Heilmittel verordnet werden.

Mit Verordnung vom 21. Januar 2007 (D.) wurden zu dem Indikationsschlüssel "WS2e" zehnmal Krankengymnastik und zehnmal Elektrostimulation verordnet. In diesem Fall war die Verordnung von zwei Heilmitteln zulässig, da es sich bei der Krankengymnastik um ein vorrangiges (A) und bei der Elektrostimulation um ein ergänzendes Heilmittel (C) handelt, es hätten aber nur jeweils bis zu sechs Einheiten verordnet werden dürfen. Auch in diesem Fall steht der Klägerin eine Vergütung nur für jeweils sechs Einheiten zu, nicht aber für zehn. Die Beklagte hat daher zu Recht nur jeweils sechs Einheiten vergütet und die restlichen vier Einheiten von der Rechnung abgesetzt.

Da die bestehenden Vergütungsansprüche der Klägerin von der Beklagten erfüllt worden sind und die darüber hinaus geltenden gemachten Vergütungsansprüche nicht bestehen, fehlt es schon deshalb an einem von der Beklagten zu ersetzenden Verzugsschaden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) iVm [§§ 154 Abs 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a SGG](#) iVm [§§ 52 Abs 1](#) und 3, [47, 63 Abs 2 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revision wird zugelassen, weil die Frage, auf welcher Rechtsgrundlage und in welchem Umfang Heilmittelerbringer einen Vergütungsanspruch gegen eine gesetzliche Krankenkasse haben, wenn sie alle von einem Vertragsarzt verordneten Leistungen gegenüber dem Versicherten tatsächlich erbracht haben, grundsätzliche Bedeutung hat ([§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-01-19