L 16 KR 292/04

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 19 KR 110/00
Datum
24.05.2004
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 292/04
Datum
17.02.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 24. Mai 2004 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten deren Aufwendungen des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung der Klägerin für krankengymnastische/physiotherapeutische Leistungen.

Die Klägerin betreibt in C eine krankengymnastische Praxis, in der sie auch mehrere Physiotherapeuten angestellt hat. Sie ist als Leistungserbringerin nach § 124 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassen und erbringt fortlaufend Leistungen an Versicherte u. a. der Beklagten. Ein Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V ist seit Mitte der achtziger Jahre nicht zustande gekommen. Die Beklagte vergütet die von der Klägerin erbrachten Leistungen entsprechend den Vergütungsregelungen des für die Beklagte maßgebenden Vertrags (ZVK-VdAK-Vertrag) zwischen den Landesverbänden im Zentralverband der Krankengymnasten/Physiotherapeuten (ZVK) e.V., Köln und den Landesvertretungen des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des Arbeiterersatzkassenverbandes e.V. (AEV).

Der bei der Beklagten versicherten N M, genannt Schwester B, verordnete der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. T aus C am 23.11.1999 zehn Mal Krankengymnastik als Hausbesuch wegen Morbus Parkinson. Die Behandlungen wurden an folgenden Tagen erbracht: 03.01., 06.01., 10.01., 14.01., 17.01., 28.01., 10.02., 15.02., 18.02. und 25.02.2000.

Ohne dass aus den Akten ersichtlich ist, ob der Beklagten zuvor eine Rechnung erteilt worden ist, hat die Klägerin am 15.05.2000 Klage zum Sozialgericht Köln erhoben und einen Zahlbetrag entsprechend ihrer eigenen Preisliste in Höhe von 850,- DM geltend gemacht. Dabei hat sie pauschal für die Behandlung 72,- DM angesetzt, für den Hausbesuch 26,- DM sowie als Wegepauschale 17,- DM (im Verhältnis zu den VdAK-Beträgen 26,75 DM, 15,00 DM, 15,70 DM). Zumindest aber sei die Beklagte zur Zahlung von 474,50 DM (VdAK-Beträge) verpflichtet. Die Klägerin, die ihr Verhältnis zur Beklagten auch grundsätzlich klären will, hat vorgetragen, die Richtlinien des damals zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 17.06.1992 (HM-RL), hier einschlägig in der Fassung der Änderung vom 18.02.1998, in Kraft getreten am 27.06.1998, seien nicht Bestandteil der nach § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V anzuerkennenden Vereinbarungen. Vielmehr müssten sie, um Anwendung finden zu können, von den Kassen in Rahmenempfehlungen und Verträgen mit den Leistungserbringern eingearbeitet werden. Im Übrigen könne sie die von der Beklagten gezahlten, ruinös niedrigen Honorare nicht länger hinnehmen.

Mit Rechnung Nr. 107 vom 09.07.2001 hat die Klägerin für die Behandlung der Versicherten insgesamt 474,50 DM (erneut) geltend gemacht. Der Rechnung hat sie eine vordruckmäßige Erklärung beigefügt, in der folgende Positionen angekreuzt sind:

"Die VO wurde nicht innerhalb 14 Tagen begonnen, weil kein Behandlungstermin frei war und der Patient keine andere Praxis finden konnte/in Anspruch nehmen wollte."

"Die VO wurde mehr als 10 Tage unterbrochen, weil in der Praxis Personalausfall durch Krankheit/Urlaub/Lehrgang war."

Mit Schreiben vom 04.09.2001 hat die Beklagte die Klägerin darüber informiert, dass sie den Rechnungsbetrag nicht anweisen werde. Mit der Leistungserbringung sei erst mehr als fünf Wochen nach Ausstellung der Verordnung begonnen worden. Die abgegebenen Begründungen könnten nicht akzeptiert werden. Auch gebe es noch weitere Unterbrechungen bei der Leistungserbringung, die ohne

konkrete Begründung geblieben seien. Auf Nachfrage des Gerichts hat die Klägerin eine "ärztliche Heilmittelbestätigung" vom 08.01.2003 des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. T vorgelegt, auf deren Inhalt Bezug genommen wird.

Die Klägerin hat (wörtlich) beantragt (Schriftsatz vom 17.12.2002),

die Beklagte zu verurteilen, innerhalb von 2 Wochen

1. die Hauptforderung 850 DM (434,60 Euro)

2. und die Zinszahlungen in Höhe von 396,08 DM (202,51 Euro) - eine Zinsbescheinigung liegt vor bzw. kann jederzeit nachgereicht werden - bzw. bei Berücksichtigung verspätet gezahlter Summen, die zuerst auf Zins- und Nebenkosten (s. BGB) anzurechnen sind,

3. sowie die Mehrkosten (Verwaltungs-Nebenkosten) und Abrechnungskosten (Re der Fa. Optica bzw. DeBit bzw. PVP e. V. können, falls bezweifelt, vorgelegt werden) 166,50 DM (85,13 Euro),

4. die Gesamtforderung des Honoraranspruchs von 1.412,58 DM (722,24 Euro),

5. hilfsweise, für die Hauptforderungen den "objektiven Wert" auf der Basis eines "gewichteten Durchschnittssatzes" 637,50 DM (325,95 Euro),

6. abzüglich der am gezahlten 0,00 DM (0,00 Euro) an die Klägerin zu zahlen,

sowie festzustellen,

dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin, die auf der Basis von Rezepturen des Arztes für die GKV-Patienten entsprechend ihrer Zulassung nach § 124 SGB V tätig ist und gemäß ihrem Berufsbild diese notwendigen Therapien als auch die Durchführung eigenverantwortlich durchzuführen, mit allen Konsequenzen straf- und zivilrechtlicher Inanspruchnahme, wie

a. die Überprüfung von Diagnosen des Arztes sind Bestandteil des Berufsbildes,

b. die Notwendigkeit, eine "rehabilitierenden Physiotherapie" weiter fortzusetzen, ergibt sich aus dem Berufsbild der Klägerin, denn diese muss Behandlungspläne eigenverantwortlich erstellen und durchführen,

c. zu den Behandlungsplänen gehört auch die kontinuierliche Therapieweiterführung, insbesondere wenn die Patienten der Klägerin als Hausbesuchs-Langzeitpatienten mit Folgerezepturen zur Klägerin kommen,

im Rahmen einer einheitlichen Rechtsprechung

1. für die üblichen und berufsspezifischen, ärztlich verordneten "Physiotherapie-Leistungen", nicht diskriminierende, sondern auf der BAT-Grundlage nach dem Prinzip "Wirtschaftlichkeit" kalkulierte Preise gemäß der jeweils gültigen Preisliste der Klägerin, die auch auf der Basis des mit anderen privaten Berufsverbänden vereinbarten "Höchstpreises" nach § 125 SGB V, hier Stundensatz für Dienstleistungen von ca. 42,00 Euro/h nicht erwähnenswert abweicht,

b. hilfsweise den "objektiven Wert" der Behandlung, Extrapolation der errechneten "objektiven Werte" nach 1998 eine BGB-übliche Verzinsung bzw. in Höhe der nachgewiesenen Bankzinsen für die zu Unrecht zurückbehaltenen Beträge,

2. für die durchgeführten, die Krankenkasse entlastende Verwaltungsarbeiten sachgemäß, z. B. Pos 2a bis 2c, gemäß der Preisliste der Klägerin (z. Z. 7,70 Euro - 8,20 Euro),

3. die abgerechneten und unstreitigen Leistungen gemäß die Rechnungen der Klägerin - selbstverständlich nach einer entsprechenden Leistungserbringung und zugestandenen Überprüfung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Rechnungseingang und

4. im Verweigerungsfall eine unabhängig von der Zinszahlung entstehende Verzugsgebühr in Höhe der Pos 2 B, gemäß der Preisliste der Klägerin (z. Z. 7,70 Euro) zu zahlen sowie dass die Klägerin

6. gegenüber der Beklagten berechtigt ist, die ärztlich verordnete Physiotherapieserie auf der Basis der ärztlich festgestellten bzw. bekannten Diagnose nach eigenen fachlichen med. Entscheidungen innerhalb einer dem Krankheitsbild entsprechenden angemessenen Frist für den Therapiebeginn mit anschließend angemessenen Therapieintervallen die dem tatsächlichen Krankheitsbild entsprechende Therapieart (normal oder neurophysiologisch) festzulegen, entsprechend ihrer weisungsfreien und selbständig erbrachten Leistung, gemäß der Zulassung nach § 124 SGB V und der Qualität nach § 70 SGB V.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zur Begründung vorgetragen, dass - unabhängig von der Geltendmachung höherer Preise nach den eigenen Preislisten der Klägerin - bereits deshalb kein Zahlungsanspruch bestehe, weil Verstöße gegen die HM-RL vorlägen. Nach deren Sinn und Zweck könne die angegebene Begründung für die verspätete Aufnahme der Behandlung, in der Praxis sei kein Termin frei gewesen, keine Ausnahme rechtfertigen. Im Übrigen finde sich zwischen der fünften und sechsten Behandlung eine Überschreitung der in den HM-RL festgelegten 10-Tages-Frist, die ebenfalls nur unzureichend, nämlich mit einem Personalausfall in der Praxis, begründet worden sei.

Zur Aufklärung des Sachverhalts hat das Sozialgericht den behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin Dr. T als Zeuge vernommen. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Prozessakte verwiesen.

Mit Urteil vom 24.05.2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 27.10.2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 22.11.2004 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, der Zeuge Dr. T habe die Behandlungsnotwendigkeit bei der Versicherten M bestätigt. Auch übersehe das Sozialgericht bezüglich des angeblich zu langen Zeitraumes bis zum Behandlungsbeginn, dass in diesem Zeitraum die Weihnachtstage und der Jahreswechsel gelegen hätten. Berücksichtigt werden müsse ebenfalls, dass es sich bei der Versicherten M um eine Dauerpatientin gehandelt habe, deren Wunsch es gewesen sei, mit dem Beginn der Therapie erst nach dem Jahreswechsel weiterzumachen. Ihre, der Klägerin, Praxis wäre jedoch jederzeit in der Lage gewesen, die Behandlungen auch kurzfristig durchzuführen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 24.05.2004 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 827,41 Euro zu zahlen.

Ihren Feststellungsantrag hält sie nicht weiter aufrecht.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet das erstinstanzliche Urteil als zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage sowie des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die Prozessakte sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 24.05.2004 hat keinen Erfolg.

Die Berufung ist zulässig, insbesondere übersteigt die Beschwer den Wert für die zulassungsfreie Berufung von 500 Euro, vgl. § 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Sie ist aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 24.05.2004 zu Recht die Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat weder aus Vertrag noch aus ungerechtfertigter Bereicherung, §§ 812 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), einen Anspruch auf Zahlung von 827,41 Euro.

Unabhängig von der Frage, ob sich die Vergütung der Klägerin nach dem ZVK- VdAK-Vertrag oder nach ihren eigenen Preistabellen (verneinend Urteile des Senates vom 28.10.2004, Az.: L 16 KR 106/03, und vom 27.01.2005, Az.: L 16 KR 90/03, www.sozialgerichtsbarkeit.de) richtet, wäre grundlegende Voraussetzung eines jeden Zahlungsanspruchs, dass die Klägerin die Behandlung der Versicherten im Einklang mit den hierfür geltenden Regeln erbracht hätte. Daran fehlt es. Bereits nach den damals geltenden HM-RL war bei Maßnahmen der physikalischen Therapie grundsätzlich eine Neuverordnung erforderlich, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Ausstellung aufgenommen wurde bzw. wenn eine Unterbrechung einer Behandlungsserie von mehr als 10 Tagen vorlag. (A III Nr. 17der HM-RL). Nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, grundlegend SozR 3-2500 § 92 Nr. 6; SozR 3-2500 § 135 Nr. 4) handelt es sich bei den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 S. 2 SGB V um untergesetzliche Rechtsnormen, die für Ärzte, Leistungserbringer und Versicherte gleichermaßen verbindlich den Umfang der Leistungsansprüche regeln (vgl. auch § 2 Abs. 4 SGB V). Wenn die Klägerin Versicherte innerhalb des Systems der GKV behandelt, hat sie somit auch die nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V erlassenen Richtlinien zu beachten. Das BSG hat insoweit auch ausdrücklich entschieden, dass in den Richtlinien Regelungen für die Art und Weise der Leistungserbringung getroffen werden dürfen, z. B. auch Vorgaben bestimmter zeitlicher Abstände für die Behandlungen (SozR 3-2500 § 27 Nr. 12). Die Klägerin irrt, wenn sie meint, die genannten Richtlinien seien für sie nicht verbindlich. Deren Geltung folgt schon aus ihrem Charakter als (untergesetzliche) Rechtsnormen. Mithin sind diese Richtlinien (vorrangig) für das Behandlungsgeschehen verbindlich (§ 125 Abs. 1 SGB V gilt schon seit dem 01.07.1997, s. Art. 1 Nr. 45, Art. 19 Abs. 6 2. GKV-NOG vom 23.06.1997, BGBl. I, 1520). Dies gilt auch, wenn die Klägerin meint, es gebe hinsichtlich der Abrechnung keine vertraglichen Vereinbarungen. Denn die Zulassung der Klägerin ist unter (stillschweigender) Voraussetzung erfolgt, dass jedenfalls die Grundvoraussetzungen einer Heilmittelerbringung, wie sie den HM-RL zu entnehmen sind, von der Klägerin als akzeptiert gelten.

Für die am 03.01.2000 begonnenen Behandlungen stellte die Verordnung vom 23.11.1999 in Folge des Verstreichenlassens eines Zeitraums von weit mehr als 14 Tagen keine wirksame Abrechnungsgrundlage mehr dar. Auf die mehr als zehntägige Unterbrechung der Behandlung zwischen dem 17.01. und 28.01.2000 kommt bereits nicht mehr an. Eine nach den HM-RL erforderliche Neuverordnung lag nicht vor. Abgesehen davon, dass der verordnende Arzt, der ebenso wie der Leistungserbringer in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden und als solcher den Regelungen der HM-RL unterworfen ist, das Gebot einer Neuverordnung nicht abbedingen könnte, hat der Zeuge Dr. T bei seiner erstinstanzlichen Vernehmung ausdrücklich angegeben, dass er bei verspätetem Behandlungsbeginn eine Neuverordnung für erforderlich halte. Insoweit wird auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils verwiesen. Wenn die Beklagte es abweichend von der Regelung der HM-RL in der Vergangenheit sogar akzeptiert haben sollte, Vergütungsansprüche von Leistungserbringern zu erfüllen, wenn ein sachlicher Grund für den geringfügig verspäteten Beginn bzw. die Behandlungsunterbrechung angegeben wurde, begünstigt dies die Klägerin. Es unterliegt jedoch keinerlei Zweifeln, dass eine Verschiebung des Behandlungsbeginns um rund 40 Tage - dies entspricht dem Dreifachen der maximalen Zeitspanne, die die HM-RL zulassen - unter keinen denkbaren Umständen ohne Vorlage einer Neuverordnung zur Abrechnung führen konnte, zumal die verschiedenen, von der Klägerin im Laufe des Verfahrens aufgeführten Begründungen nicht als sachliche Gründe zu werten sind.

Es fehlt bereits an einem Hauptanspruch. Unabhängig von sonstigen Erwägungen bestehen allein deshalb keine Ansprüche der Klägerin auf Nebenforderungen, wie Zinsen und Verwaltungskosten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 4 Satz 2 SGG in der hier noch anzuwendenden bis zum 01.01.2002 gültigen Fassung i. V. m. § 116 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung (BRAGO), § 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGG.

Der Senat hat im Hinblick auf die gefestigte sozialgerichtliche Rechtsprechung zur Verbindlichkeit der HM-RL keinen Anlass gesehen, die Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG zuzulassen.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2005-03-17