

Sozialgericht Dresden

Urteil (nicht rechtskräftig)

Sozialgericht Dresden S 25 KR 143/09

I. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin bereits vergütete physiotherapeutische Leistungen im Zeitraum vom 05.07.2006 bis 25.07.2007 in Höhe von insgesamt 5.719,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB seit dem 01.08.2008 zu erstatten.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 5.719,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte bereits abgerechnete Leistungen der Physiotherapie in dem Zeitraum vom 05.07.2006 bis 25.07.2007 der Klägerin erstatten muss.

Die Beklagte ist ausgebildete Masseurin und medizinische Bademeisterin. Im November 2004 beantragte sie bei der AOK Sachsen die Zulassung für eine Praxis für Physiotherapie. Praxisinhaberin sollte die Beklagte selber sein und als fachliche Leiterin wurde die Physiotherapeutin K. R. benannt. Darüber hinaus benannte sie zunächst zwei weitere Mitarbeiterinnen. Die Zulassung wurde beantragt für die Praxis "B-Straße xx, xxxxx D.". Im Rahmen des Zulassungsverfahrens legte die Beklagte unter anderem den Mietvertrag über die Räumlichkeiten in der B-Straße xx, einen Grundriss der Räumlichkeiten sowie den "Bericht über die Überprüfung von physiotherapeutischen Praxen/Betrieben" des VDB-Physiotherapieverband e.V. vor, der nach einer Praxisbegehung im November 2004 angefertigt worden war. Auf den in der unblattierten Vertragspartnerakte befindlichen Bericht wird Bezug genommen. Ferner unterschrieb die Beklagte einen Verpflichtungsschein, in dem sie mit bestem Wissen und Gewissen bestätigt, die Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 124 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu erfüllen. Darüber hinaus erkannte sie in diesem Verpflichtungsschein die "derzeit gültige Vereinbarung und Preisliste" an.

Mit Bescheid vom 10.01.2005 erteilte die AOK Sachsen der Beklagten die Zulassung zur Erbringung physiotherapeutischer Leistungen. Der Bescheid ist an die Adresse "Physiotherapie C. B., B-Straße xx, xxxxx D." adressiert. In dem Bescheid heißt es wörtlich:

"Sie erfüllen mit der Beschäftigung einer verantwortlichen fachlichen Leiterin die Voraussetzungen, um Leistungen gegenüber Versicherten der AOK erbringen zu können. Deshalb erteilen wir Ihnen hiermit gemäß § 124 Abs. 5 SGB V die gewünschte Zulassung zur Abgabe physiotherapeutischer Leistungen ab 09. November 2004. Bitte beachten Sie, dass die Zulassung nicht übertragbar ist. Sie gilt solange Frau K. R. als verantwortliche fachliche Leiterin in Ihrer physiotherapeutischen Praxis B-Straße xxxxx D. beschäftigt ist. Für unser Rechtsverhältnis ist der mit dem IFK, ZVK, VDB und VPT geschlossene Rahmenvertrag einschließlich der Anlagen in der jeweils gültigen Fassung maßgebend."

In dem Zeitraum vom 05.07.2006 bis 25.07.2007 behandelte die Beklagte bzw. ihre Mitarbeiterinnen auf kassenärztliche Verordnung auf der Insel H. Versicherte der Beklagten mit Heilmitteln. Die Beklagte versah die Verordnungen jeweils mit dem Praxisstempel "Physiotherapie B, B-Straße xx, xxxxx D., Tel. xxxxx/xxxxxxx". Die mit der Abrechnung betraute Firma O. GmbH übersandte der Klägerin die kassenärztlichen Verordnungen jeweils mit einem Rezeptbegleitschein. In diesem werden unter der Überschrift "Leistungserbringerinformationen" folgende Angaben gemacht:

IK-Nr.: 441424457 Name und Anschrift: Physiotherapie C. B., B-Straße, xxxxx D.

Die Klägerin beglich die entsprechenden Leistungen. Erst als die Beklagte anlässlich einer nachträglichen Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalles Kontakt mit Versicherten aufnahm, wurde sie von diesen im Juli 2007 darüber informiert, dass die Beklagte die Heilmittel auf der Insel H. abgegeben hatte. Die Klägerin stellte daraufhin die Zahlungen an die Beklagte ein.

Mit Schreiben vom 16.01.2008 übersandte die Klägerin der Beklagten eine Aufstellung der im streitgegenständlichen Zeitraum abgerechneten Heilmittelleistungen, die die Beklagte auf der Insel H. erbracht hatte und forderte die Rückzahlung der erbrachten Leistungen in Höhe von 5.719,00 EUR sowie eine Vertragsstrafe in Höhe von 500,00 EUR. Die Beklagte habe für die Behandlung von Versicherten auf der Insel H. keine Zulassung nach § 124 SGB V. Die ihr am 10.01.2005 erteilte Zulassung beziehe sich auf den Praxissitz in D ... Zweigniederlassungen benötigten eine separate Zulassung mit eigenem Institutionskennzeichen, die vorliegend weder beantragt noch erteilt worden sei.

Nachdem die Beklagte mit Schriftsatz vom 22.01.2008 dem Rückzahlungsverlangen entgegengetreten war, erneuerte die Klägerin ihre Forderung mit Schreiben vom 05.02.2008 und forderte die Beklagte auf, den Betrag in

Höhe von 5.719,00 EUR spätestens bis zum 18.02.2008 zu überweisen. Nach beantragter Fristverlängerung durch die Beklagte forderte die Klägerin die Beklagte nochmals mit Schreiben vom 10.06.2008 auf, den Betrag von 5.719,00 EUR bis zum 30.06.2008 zu überweisen. Sie wies darauf hin, dass nach Verstreichen der Frist ohne Weiteres gerichtliche Hilfe in Anspruch genommen werden müsse.

Am 06.08.2008 teilte die Beklagte mit, dass sie weiterhin der Auffassung sei, dass kein Rückzahlungsanspruch bestehe. Sie habe keine falschen Angaben bei der Abrechnung gemacht, die Klägerin sei nicht über Tatsachen getäuscht worden und habe sich auch in keinem Irrtum bei Ausführung der Zahlung befunden. Sie habe auch keinen Hinweis darauf gefunden, dass § 124 SGB V in örtlicher Hinsicht zu verstehen sei und eine weitere Zulassung (neben einer bereits erteilten Zulassung) nochmals erforderlich werden würde.

Mit der am 21.11.2008 vor dem Sozialgericht Schwerin erhobenen und mit Beschluss des Sozialgerichts Schwerin vom 12.03.2009 an das Sozialgericht Dresden verwiesenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter.

Die Beklagte besitze für die Abgabe von physiotherapeutischen Leistungen auf der Insel H. keine Zulassung. Eine solche bestehe nur für deren physiotherapeutische Praxis in D. und auch nur solange dort Frau K. R. als verantwortliche fachliche Leiterin beschäftigt sei. Die Zulassung für eine ausgelagerte Betriebsstätte liege nicht vor, da die verantwortliche fachliche Leiterin nicht gleichzeitig als fachliche Leitung für die ausgelagerte Betriebsstätte auf der Insel H. zur Verfügung stehen könne. Eine entsprechende qualifizierte Durchführung der Behandlung in den Praxisräumen auf der Insel H. sei damit nicht vorhanden gesehen. Für die ausgelagerte Betriebsstätte habe es an einem fachlichen Leiter gemäß § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V gefehlt. Ein Zulassungsantrag hätte unter diesen Voraussetzungen, soweit eine Zulassung beantragt worden wäre, zwingend abgelehnt werden müssen. Da die Zulassungsvoraussetzungen im Zeitpunkt der Leistungsabgabe von der Beklagten nicht erfüllt gewesen seien, habe auch kein Vergütungsanspruch für die erbrachten Leistungen bestanden. Die Zahlungen seien damit ohne Rechtsgrund erfolgt und von der Beklagten zu erstatten. Der Beklagten sei es auch nicht auf Grund der Zulassung der AOK Sachsen erlaubt, entsprechende Leistungen auf der Insel H. abzugeben. Die Zulassung sei auf die Betriebsstätte in D. beschränkt. Einer eingeschränkten, auf die Betriebsstätte des Leistungserbringers bezogenen Zulassung stünde auch höherrangiges Recht nicht entgegen. Aus vernünftigen Gründen des Gemeinwohls könne von Leistungserbringern im Bereich der Gesundheitsvorsorge verlangt werden, dass eine grundsätzliche Bindung an die Betriebsstätte bestehe und nicht an mehreren Orten medizinische Behandlungsleistungen erbracht werden könnten.

Der Anspruch sei auch nicht gemäß § 814 BGB ausgeschlossen, da sie bzw. ihre zuständige Mitarbeiterin zum Zeitpunkt der Leistung keine positive Kenntnis davon gehabt habe, dass die Klägerin nicht zur Leistung verpflichtet gewesen ist. Die Beklagte habe die abgerechneten Verordnungen mit dem Stempel der Betriebsstätte "D." versehen. Die Klägerin habe bei der Prüfung davon ausgehen können, dass die Leistung jeweils auch tatsächlich an dieser Betriebsstätte erbracht worden seien. Die Abweichung vom Wohnort und der angegebenen Betriebsstätte (Abgabeort) sei für die Klägerin keineswegs ungewöhnlich. Sie sei erst infolge einer anormalen Häufung in einem recht kurzen Zeitraum von immer mehr Verordnungen für ihre Versicherten misstrauisch geworden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr bereits vergütete physiotherapeutische Leistungen im Zeitraum vom 05.07.2006 bis 25.07.2007 in Höhe von insgesamt 5.719,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB seit dem 01.08.2008 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie erfülle die Voraussetzungen des § 124 SGB V und verfüge über eine entsprechende Zulassung. Weder der Gesetzestext noch die Kommentarliteratur verstünden § 124 SGB V in örtlicher Hinsicht. Deshalb sei eine weitere Zulassung neben einer bereits erteilten Zulassung nicht nochmals erforderlich. Dies gelte insbesondere für eine Zweigniederlassung. Weder § 124 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB V noch § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V noch Abschnitt I.9 der gemeinsamen Empfehlungen der gemeinsamen Spitzenverbände der Krankenkassen stellten eine solche Forderung auf. § 124 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V seien eindeutig fachbezogen und nicht ortsbezogen zu verstehen. Darüber hinaus widerspreche die Rechtsansicht der Klägerin Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG). Die Behandlungen auf der Insel H. seien ordnungsgemäß durch ausgebildete Physiotherapeutinnen durchgeführt worden. Die Beklagte habe keinen einzigen Fall vorgetragen, aus dem sich ergeben würde, dass es nicht zu einer ordnungsgemäßen Umsetzung der vertragsärztlichen Verordnung gekommen wäre. Dem Rückzahlungsanspruch stehe jedenfalls die Vorschrift des § 814 BGB entgegen. Wenn man die Ansicht der Klägerin als richtig unterstelle, dann habe diese Zahlungen geleistet, wo sie gewusst habe, dass keine Zahlungspflicht vorlag. Darüber hinaus sei die Vorschrift des § 254 BGB anzuwenden. Entsprechende Zweifel der Klägerin hätten unverzüglich zu einem Stopp der Zahlungen führen müssen. Der von der Klägerin behauptete Schaden hätte durch einen Zahlungsstopp von vornherein vermieden werden können.

Mit Bescheid vom 28.10.2009 hat die Klägerin der Beklagten auf deren Antrag vom 08.05.2008 die Zulassung zur Abgabe physiotherapeutischer Leistungen für die Praxis S. xx, V., erteilt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der

Beklagten und der beigezogenen Vertragspartnerakte der AOK Sachsen (heute AOK Plus) verwiesen. Die vorgenannten Akten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

#### Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, denn es geht bei einer auf Rückzahlung von Behandlungskosten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen einen Leistungserbringer um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 12.06.2008, Az.: B 3 KR 19/07 R, Juris, Rn. 15 m.w.N.).

Rechtsgrundlage des Rückzahlungsbegehrens ist ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Die aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Dabei gelten ähnliche Grundsätze wie im Recht der ungerechtfertigten Bereicherung des Bürgerlichen Gesetzbuches, die in den §§ 812 ff BGB geregelt ist (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 17).

Ein öffentlich-rechtliches Verhältnis liegt hier vor, denn die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Heilmittelerbringer sind öffentlich-rechtlicher Natur. Dies ergibt sich aus § 69 Satz 1 SGB V. Nach der vorgenannten Vorschrift regelt das Vierte Kapitel des SGB V sowie die §§ 63 und 64 abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden. Die Heilmittelerbringer gehören zu den sonstigen Leistungserbringern. Gemäß § 69 Satz 4 SGB V gelten für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind. Die Klägerin hat im Rahmen eines solchen Rechtsverhältnisses die ihr von der Beklagten in Rechnung gestellten Kosten der streitgegenständlichen Behandlungen ohne Rechtsgrund geleistet. Die Beklagte hatte gegen die Klägerin keinen Anspruch auf Vergütung der von ihr verabreichten Heilmittel. Die Voraussetzungen eines entsprechenden Zahlungsanspruches, der sich aus dem gemäß § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V abgeschlossenen Vertrag ergeben könnte, liegen nicht vor. Gemäß § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung. Grundlage für das Rechtsverhältnis zwischen der Beklagten und der Klägerin ist der entsprechend § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V geschlossene "Vertrag über die Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen zwischen dem Deutschen Verband der Physiotherapeuten, dem VDB-Physiotherapieverband und dem Verband physikalischer Therapie" (im Folgenden: Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V). Gemäß § 3 Abs. 14 Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V darf die Durchführung der Behandlung nur in der gemäß § 124 zugelassenen Praxis erfolgen, es sei denn, es liegt ein vertragsärztlich verordneter Hausbesuch vor. Es können demzufolge nur Leistungen abgerechnet werden, die in einer zugelassenen Praxis (oder im verordneten Hausbesuch) erbracht worden sind.

Die Beklagte verfügte zwar über eine Zulassung für Behandlungen in ihrer Praxis in der B-Straßexx, xxxxx D ... Diese am 10.01.2005 erteilte Zulassung erstreckt sich jedoch nicht auf die Verabreichung von Heilmitteln in den von der Klägerin auf der Insel H. betriebenen Praxisräumen. Gemäß § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 ist als Heilmittelerbringer zuzulassen, wer 1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt, 2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet und 3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt. § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V macht die Zulassung also davon abhängig, dass der Heilmittelerbringer über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet. Da nach Abs. 2 Nr. 2 die räumlichen Verhältnisse der Praxis für die Zulassung als Heilmittelerbringer erheblich sind, ist eine erteilte Zulassung nicht nur an eine Person, sondern auch an bestimmte Räumlichkeiten gebunden. Wird die Betriebsstätte verlegt oder eine Filiale gegründet, dann ist die Neuerteilung der Zulassung notwendig. Ohne Zulassung dürfen Leistungserbringer grundsätzlich keine Heilmittel an Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung abgeben (vgl. Schneider in Juris PK-SGB V, § 124 SGB V Rn. 20; Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 124 Rn. 18).

Der Ansicht der Beklagten, dass die in § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V genannten Voraussetzungen, insbesondere die Voraussetzungen in § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Praxisausstattung) nur bei Erstzulassung vorliegen müssen, in der Folge jedoch bei dem Betreiben einer Zweigniederlassung oder einer Außenstätte nicht noch einmal geprüft werden müssen, widerspricht zum einen dem Wortlaut und zum anderen dem Sinn und Zweck der Vorschrift des § 124 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Bereits nach dem Wortlaut ist die Zulassung nicht nur personengebunden (§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V) sondern auch an bestimmte Räumlichkeiten gebunden (§ 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Auch Sinn und Zweck der Vorschrift sprechen gegen die Auslegung durch die Beklagte. Nach dem Willen des Gesetzgebers hat der zuzulassende Heilmittelerbringer über eine Praxisausstattung zu verfügen, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet. Würde auf die Prüfung dieses Erfordernisses bei Zweigniederlassungen oder Außenstätten verzichtet, so würde dieses Kriterium ad absurdum geführt.

Die Berufsfreiheit der Beklagten aus Art. 12 Grundgesetz (GG) ist durch diese Gesetzesregelung, -auslegung und

-anwendung nicht verletzt. Beeinträchtigungen dieses Grundrechts müssen verhältnismäßig sein; dabei werden die Anforderungen nach der vom Bundesverfassungsgericht dazu entwickelten "Stufenlehre" (BVerfGE 7, 377, 401 ff; 25, 1, 12) von der Stufe objektiv begründeter (also nicht in der Person des Bewerbers liegender) Zulassungsregelungen für die Berufswahl bzw. das Verbleiben im Beruf über die Stufe subjektiv begründeter (also in der Person des Bewerbers liegender) Zulassungsregelungen bis hin zu der Stufe bloßer Berufsausübungsregelungen immer geringer. Bei den Zulassungsvoraussetzungen des § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V handelt es sich um Berufsausübungsregelungen (vgl. BSG, Urteil vom 27.03.1996, Az.: 3 RK 25/95, Juris Rn. 26; Urteil vom 22.07.2004, Az.: B 3 KR 12/04 R, Juris, Rn. 25). Hier geht es nämlich nicht darum, ob der Beklagten die Ausübung ihres Berufs aus objektiven oder subjektiven Gründen in Zukunft generell untersagt werden soll. Es geht allein um eine Regelung der Berufsausübung, also der Art und Weise, wie und unter welchen Voraussetzungen die Beklagte ihren Beruf in Bezug auf die Versicherten der Klägerin ausüben kann. Derartige Regelungen werden nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bereits durch "vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls" legitimiert, die den Berufstätigen nicht übermäßig und nicht unzumutbar treffen. Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit dürfen in den Vordergrund gestellt werden und bei der Festlegung sozialpolitischer Ziele besteht ein weiter Spielraum (vgl. BVerfGE 7, 377, 405f; 70, 1, 28; 77, 308, 332; 81, 156, 189; BSG, Urteil vom 27.03.1996, Az.: 3 RK 25/95, Juris, Rn. 26). Das Erfordernis einer bestimmten Praxisausstattung ist Ausdruck des Gebots zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung und damit durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls legitimiert. Dass die Zulassung von einer zweckmäßigen Praxisausstattung abhängig gemacht wird, bewegt sich auch im Rahmen des Zweckmäßigen, des Vernünftigen und Zumutbaren (vgl. BSG, Urteil vom 27.03.1996, Az.: 3 RK 25/95, Juris Rn. 26). Ebenfalls zweckmäßig, vernünftig und zumutbar ist es, dass sich die Zulassung nur auf bestimmte Räumlichkeiten erstreckt. Denn die gleichen Gründe, die für die Prüfung der Räumlichkeiten bei der Erstzulassung sprechen, sprechen für die Zulassung der Heilmittelerbringung in anderen Räumlichkeiten. Nach alledem benötigte die Beklagte für die Erbringung von Heilmitteln auf der Insel H. eine Zulassung, die sich auf die dort befindlichen Praxisräume bezieht. Eine solche war für den streitgegenständlichen Zeitraum weder erteilt noch beantragt worden. Die unter dem 10.01.2005 erteilte Zulassung bezog sich allein auf die physiotherapeutische Praxis in der B-Straße xx, xxxxx D ... Dies ergibt sich sowohl aus dem Zulassungsbescheid selbst als auch aus dem Antragsverfahren. Die Beklagte hatte nämlich den Antrag nur bezogen auf die Räumlichkeiten in D. gestellt. Im Rahmen des Antragsverfahrens erfolgte zur Prüfung, ob die Voraussetzungen des § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfüllt sind, eine Praxisbegehung nur der Räumlichkeiten in D ... Auch die weiteren Angaben der Beklagten aus dem Antragsverfahren (Grundriss, Mietvertrag) bezogen sich allein auf die Praxisräume in D ...

Es ist damit festzuhalten, dass sich die für die Praxisräume in der B-Straße xx, xxxxx D. erteilte Zulassung nicht auf die von der Beklagten auf der Insel H. betriebene Praxisniederlassung erstreckte. Die dort erbrachten Leistungen wurden damit nicht in einer zugelassenen Praxis erbracht, so dass die Voraussetzungen von § 3 Abs. 14 Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V nicht vorlagen. Die in dem Zeitraum vom 05.07.2006 bis 25.07.2007 durch die Klägerin vergüteten Leistungen erfolgten daher ohne Rechtsgrund. Das Gericht hat keinen Zweifel an der Höhe des geltend gemachten Anspruches. Diesbezüglich wurden von der Beklagten, der im Rahmen des vorgerichtlichen Verfahrens eine Aufstellung der zu Unrecht erbrachten Leistungen übermittelt worden war, auch keine Einwände vorgebracht.

Der Beklagten steht gegenüber dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Klägerin nicht die Einwendung der Erfüllung einer Nichtschuld entsprechend § 814 BGB zu. Nach dieser Vorschrift kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zu Leistungen nicht verpflichtet war, oder wenn die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach. Die Voraussetzung der hier allein in Betracht kommenden ersten Alternative liegen nicht vor. Die Klägerin konnte bis Juli 2007 nicht erkennen, dass die ihr von der Beklagten in Rechnung gestellten Leistungen in Praxisräumen erbracht worden waren, auf die sich die Zulassung nicht erstreckte. Die ihr übermittelten Rechnungen trugen Name und Anschrift der Physiotherapiepraxis in der B-Straße xx in D. sowie die entsprechende Institutionskennzeichennummer. Auch aus den beigefügten Verordnungen geht nicht hervor, dass die Leistungen in H. erbracht worden waren. Sie tragen den Stempel der Physiotherapiepraxis in D. ohne weiteren Zusatz. Allein aus der Tatsache, dass die Versicherten der Klägerin ihren Wohnsitz nicht im Einzugsbereich der Dresdner Praxis hatten, folgt nichts anderes. Wie die Klägerin nachvollziehbar ausgeführt hat, ist es nicht ungewöhnlich und nicht unzulässig, dass sich Versicherte an einem anderen als ihren Wohnort behandeln lassen. Dies kommt unter anderem bei Pendlern oder Urlaubern vor. Da die Beklagte unter Vorlage von Verordnungen, die den Praxisstempel der Dresdner Praxis tragen, die Leistungen mit Rechnungen unter ihrer Dresdner Adresse abrechnete, hat sie selber den Anschein erweckt, dass die Leistungen in D. erbracht worden waren. Ob es der Klägerin zu einem früheren Zeitpunkt möglich gewesen wäre, auf Grund der ungewohnten Häufung von Behandlungen in der Dresdner Praxis zu erkennen, dass die Behandlungen möglicherweise nicht in D. stattgefunden haben, ist ohne Belang. Denn für die Anwendung des § 814 BGB ist die (hier nicht gegebene) positive Kenntnis der Rechtslage erforderlich, wofür der dringende Verdacht einer etwaigen Nichtschuld, der erst noch durch weitere Ermittlungen verifiziert werden muss, nicht ausreicht (vgl. BSG, Urteil vom 12.06.2008, Az.: B 3 KR 19/07 R, Juris, Rn. 34).

Soweit die Beklagte auf die Vorschrift des § 254 BGB und ein etwaiges Mitverschulden der Klägerin zurückgreifen möchte, so ist festzuhalten, dass die vorgenannte Vorschrift nur im Bereich des Schadensersatzrechts Anwendung findet. Vorliegend handelt es sich jedoch nicht um einen Schadensersatzanspruch, sondern um einen Anspruch aus öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, auf den die Vorschriften der §§ 812 ff BGB entsprechend anwendbar sind. Für die Anwendung von § 254 BGB ist vorliegend kein Raum.

Der Zinsanspruch folgt aus § 69 SGB V i.V.m. § 291 BGB. Die Zinshöhe ergibt sich aus § 288 Abs. 2 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz.

