

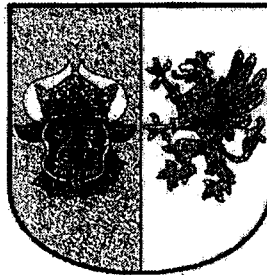
Ausfertigung

SOZIALGERICHT NEUBRANDENBURG

Aktenzeichen:
S 14 KR 87/10

Verkündet am 12.12.2012

■, Justizangestellte als
Urkundsbeamtin der Ge-
schäftsstelle



IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

S ■ und T ■ R ■ Physiotherapie-Partnerschaft,
■, ■

Proz.-Bev.:
Rechtsanwälte B ■,
■

- Klägerin -

gegen

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse vertreten d. d. Vorstandsvorsitzenden Herrn F ■
M ■,
■

- Beklagte -

hat die 14. Kammer des Sozialgerichts Neubrandenburg auf die mündliche Verhandlung vom 12.12.2012 durch ihren Vorsitzenden Richter S [REDACTED] und die ehrenamtlichen Richter Frau L [REDACTED] und Herr R [REDACTED]:

für Recht erkannt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Kosten werden nicht erstattet.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Vergütung von physiotherapeutischen Leistungen.

Die Klägerin ist eine mit Zulassungsbescheid vom 01.06.2005 (Bl. 21 d. GA), gemäß § 124 SGB V zugelassene Leistungserbringerin auf dem Gebiet der Physiotherapie. Ausweislich des genannten Zulassungsbescheides ist die Zulassung an die fachliche Leitung von Frau [REDACTED] B [REDACTED] und den Praxissitz Z [REDACTED] Strasse [REDACTED] gebunden. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens (Bl. 1ff. d. VA) ließ sich die Beklagte die Qualifikation der fachlichen Leitung und die Geeignetheit der Praxisräume nachweisen.

Angestellte der Klägerin behandelten im Zeitraum Januar 2006 bis Juni 2008 insgesamt 15 Patienten in den Arztpraxen der Dipl. med. [REDACTED] H [REDACTED] und der SR Dr. med. [REDACTED] S [REDACTED] aufgrund kassenärztlicher Verordnungen. Die Leistungen rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten ab, ohne darauf hinzuweisen, dass die Leistungen nicht in der zugelassenen Praxis erfolgten. Eine Verordnung für Hausbesuche lag ebenfalls nicht vor.

Die Beklagte erlangte durch Mitteilungen von Leistungsempfängern Kenntnis, von den Behandlungen in den Arztpraxen. Mit Schreiben vom 04.03.2009 konfrontierte die Beklagte die Klägerin mit diesen Erkenntnissen und teilte mit, dass Erstattungsforderungen geprüft würden. (Bl. 40 d. VA) Der durch die Klägerin beauftragte Prozessbevollmächtigte, wies das Begehren der Beklagten mit der Begründung zurück, dass die Klägerin der Ansicht sei, dass die Praxis Z [REDACTED] Strasse nicht als solche zugelassen sei, und dementsprechend auch Leistungen in anderen Räumlichkeiten zulässig sein müssten, zumal die hier genutzten Arztpraxen zur Behandlung von Patienten zugelassen seien. Mit Schreiben

vom 15.12.2009 (Bl. 64 d. VA) mahnte die Beklagte die Klägerin wegen Vertragsverletzungen ab und listete die Behandlungsfälle auf, in welchen Behandlungen in den Arztpraxen stattfanden. Mit Schreiben vom gleichen Tage (Bl. 66 d. VA) listete die Beklagte auf, welche Leistungen hinsichtlich dieser Behandlungsfälle vergütet wurden und forderte den sich errechnenden Gesamtbetrag von 7424,07 Euro unter Fristsetzung zum 31.12.2009 zurück. Gleichzeitig kündigte die Beklagte an, dass sie sich im Falle der Nichtzahlung eine Aufrechnung gegen künftige Abrechnungen der Klägerin vorbehalte. Eine Zahlung blieb aus. Daraufhin erklärte die Beklagte mit Schreiben vom 26.01.2010 (Bl. 67 d. VA) die Aufrechnung. Mit Schreiben vom 06.11.2012 wies der Prozessbevollmächtigte darauf hin, dass nunmehr die Gesamtforderung aufgerechnet sei.

Die Klägerin hat mit anwaltlichem Schreiben vom 30.09.2010, eingegangen bei Gericht am 07.10.2010, Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, dass die Behandlungen stets ordnungsgemäß durchgeführt wurden. Für die Abrechnungsfähigkeit der Behandlungen sei es nicht Voraussetzung, dass diese in der Praxis Z [REDACTED] Strasse durchgeführt würden. Vielmehr sei vorliegend zu beachten, dass die Leistungen in Arztpraxen, und damit in zur Heilbehandlung zugelassenen Räumlichkeiten, erbracht wurden. Es könne daher den Zahlungsansprüchen nicht entgegengehalten werden, dass keine ordnungsgemäße Leistungserbringung vorgelegen habe. Die entgegenstehende Regelung in § 3 Abs. 14 des „Vertrages über Physiotherapeutische Leistungen“ verstoße gegen die Berufsausübungsfreiheit der Klägerin.

Sie beantragt,

die Beklagte zur Zahlung von 7.249,01 € zu verurteilen, und zwar nebst Zinsen in Höhe von 8 % über dem Basiszins aus 1.287,72 € seit dem 14.06.2010, aus 1.229,51 € seit dem 09.07.2010, aus 1.027,19 € seit dem 19.08.2010, aus 1.131,68 € seit dem 21.09.2010, aus 1.052,85 € seit dem 14.10.2010, aus 707,52 € seit dem 17.11.2010, aus 600,30 € seit dem 18.01.2011 und aus 7.249,01 € seit dem 07.03.2011.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat am 12.12.2012 eine mündliche Verhandlung durchgeführt. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Sitzungsniederschrift verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die als echte Leistungsklage zulässige Klage ist unbegründet.

Die Beklagte hat zu Recht mit einer bestehenden Forderung gegen die Zahlungsansprüche der Klägerin aufgerechnet.

Die Möglichkeit der von der Beklagten mit Schreiben vom 26.01.2010 geltend gemachten und durch die Kürzung der Rechnungen vom 19.05.2010, 14.06.2010, 15.07.2010, 19.08.2010, 20.09.2010, 21.10.2010 und 17.11.2010 realisierten Aufrechnung ergibt sich aus § 69 S 2 und 3 SGB V i.V.m. §§ 387, 389 BGB.

Der der Aufrechnung zugrunde liegende Anspruch ergibt sich aus der Tatsache, dass die Beklagte rechtsgrundlos 7.424, 07 Euro an die Klägerin geleistet hat. (vgl. Bl. 65 d.VA) Dieser Anspruch ist seiner Rechtsnatur nach ein öffentlich rechtlicher Erstattungsanspruch.

Zwischen der Beklagten und der Klägerin besteht ein öffentlich rechtliches Rechtsverhältnis, da die Rechte und Pflichten durch öffentlich rechtliche Vorschriften geregelt sind. (vgl. § 69 SGB V) Demnach sind zu Unrecht erbrachte Zahlungen im Wege des sogenannten öffentlich rechtlichen Erstattungsanspruches durchzusetzen.

Zur dogmatischen Herleitung des öffentlich rechtlichen Erstattungsanspruches vgl. B 3 KR 15/11 R Rdnr. 12:

Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (vgl nur BSGE 16, 151, 156 = SozR Nr 1 zu § 28 BVG mwN zur älteren Rspr und Literatur), der aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere aus dem Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung hergeleitet wird (BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2, RdNr 27), setzt

voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSGE 16, 151, 156 = SozR Nr 1 zu § 28 BVG; BSGE 69, 158, 160 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1; BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2, RdNr 8; BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach den §§ 812 ff BGB (vgl BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2, RdNr 27 mwN zu Rspr des BVerwG).

Der Anspruch ist vorliegend gegeben, da die Beklagte in den, im Schreiben vom 15.12.2009 (Bl. 65, 66 d. VA) aufgelisteten Leistungsfällen zu Unrecht Leistungen erbracht hat. Dass die Leistungen erbracht sind ist unstreitig.

Die Leistungen sind auch zu Unrecht erbracht worden, da die Klägerin keinen Zahlungsanspruch für diese Leistungsfälle gegen die Beklagte hat. Der sich grundsätzlich aus § 125 SGB V i.V.m. „Vertrag über Physiotherapeutische Leistungen“ ergebende Zahlungsanspruch hat zur Voraussetzung, dass die Behandlung rechtmäßig und vertragsgemäß durchgeführt worden ist. Vorliegend sind die beanstandeten Behandlungen unter Verstoß gegen § 3 Abs. 14 des „Vertrages über Physiotherapeutische Leistungen“ erbracht worden, da die Behandlungen nicht in der zugelassenen Praxis Z [REDACTED] Strasse [REDACTED] [REDACTED] erbracht wurden.

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist es unabdingbare Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit einer Leistungserbringung, dass die Leistung in der zugelassenen Praxis erfolgt. Insoweit konkretisiert § 3 Abs. 14 des Vertrages über Physiotherapeutische Leistungen nur die ohnehin geltende Gesetzeslage. Aus Sicht der Kammer lässt sich dies bereits aus § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V zwingend herleiten. In der genannten Norm macht der Gesetzgeber die Zulassung eines Physiotherapeuten davon abhängig, dass dieser über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung ermöglicht. Diese Zulassungsvoraussetzung soll erkennbar auch dem Schutz des Patienten dienen, dass dieser fachgerecht behandelt werden kann. (vgl. Kranig in: Hauck/Noftz, SGB V § 124 Rdnr. 5, der die Formulierung verwendet, dass die Voraussetzungen in § 124 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V „der Sicherung der Qualität der Leistungen dienen) Knittel (in Krauskopf SGB V, § 124 Rdnr. 18 und 19) schließt aus dieser Zulassungsvoraussetzung, dass die Eröffnung weiterer Praxen auch einer neuen Zulassung bedarf. Diese Einschätzung hält die Kammer für zutreffend, da anderenfalls die

Zulassungsvoraussetzung umgangen würde und die durch sie sicherzustellenden Qualitätsanforderungen nicht gewährleistet werden könnten. Schließlich ist das Zulassungsverfahren nach § 124 SGB V kein Selbstzweck, sondern es soll sicherstellen, dass durch die Krankenkassen und damit durch die Versichertengemeinschaft nur solche Leistungen bezahlt werden, die den im Zulassungsverfahren zu prüfenden Qualitätskriterien entsprechen.

Auch die hier vorliegende Spezialität, dass die Leistungen in zwei Arztpraxen – und damit in Räumen, welche für ärztliche Behandlungen zugelassen sind – erbracht wurden, ändert nichts daran, dass die Klägerin keine Zulassung für diese Räumlichkeiten hat. Gerade Physiotherapeutische Behandlungen können auf verschiedenste Arten durchgeführt werden. Dies zeigt schon der durch die Klägerin ehemals gestellte Zulassungsantrag, aus welchem hervorgeht, welche Grundausstattung in einer Praxis vorzuhalten ist. (Vgl. Bl. 6 d. VA) Welche konkrete Art der Physiotherapeutischen Behandlung durchgeführt wird entscheidet der Behandler im konkreten Einzelfall nach Bedarf. Aus Sicht der Kammer sollen die für die Zulassung der Praxis gestellten Anforderungen auch sicherstellen, dass dem Behandler jegliche Hilfsmittel während den Behandlungen zur Verfügung stehen und dieser auch die tatsächliche Möglichkeit hat, diese bei Bedarf zu verwenden. Aus Sicht der Kammer besteht die Gefahr, dass in nicht zugelassenen Räumen – wo nicht sichergestellt ist, dass die gesamte Grundausstattung vorhanden ist – dass Patienten nicht die optimale Behandlung bekommen, da bestimmte Hilfsmittel schlichtweg nicht vorhanden sind.

Darüber hinaus bestehen im vorliegenden Fall erhebliche Bedenken, ob die freie Behandlerwahl der Versicherten aus § 8 Abs. 1 des „Vertrages über Physiotherapeutische Leistungen“ bei einer Leistungserbringung in Arztpraxen vollumfänglich sichergestellt ist. Schließlich besteht vorliegend zumindest eine berufliche Verknüpfung zwischen den Ärzten, welche ihre Praxen zur Verfügung stellen und der Klägerin. Stellt der Arzt im konkreten Fall eine Verordnung zur Physiotherapie aus und verweist den Patienten darauf, dass die Leistung innerhalb der Praxis durch die Klägerin erbracht werden könne, wird die freie Behandlerwahl des Versicherten zumindest indirekt dadurch eingeschränkt, als dass die Wahl des Behandlers nicht auf der Überlegung beruht, ob der Behandler aus seiner Sicht die beste Leistung erbringt, sondern in vielen Fällen wird die Entscheidung für die Klägerin davon geprägt sein, dass die Leistungserbringung sich am unkompliziertesten realisieren lässt. Darüber hinaus dürfte in den Regelungen des § 8 des „Vertrages über Physiotherapeutische Leistungen“ auch wettbewerbsrechtliche Elemente zu erblicken sein. Dies

wird insbesondere aus § 8 Abs. 3 deutlich in welchem ausdrücklich ein Verbot statuiert wird, dass Ärzte mit Leistungserbringern zusammenarbeiten.

Auch die Tatsache, dass Herr R■■■■ im Termin für die Klägerin erklärte, dass sämtliche Patienten in den Arztpraxen genauso gut behandelt werden konnten, wie in den zugelassenen Praxisräumen ändert hieran nichts. Dies mag zwar im Ergebnis tatsächlich so gewesen sein, was aber nicht zu einem anderen Ergebnis führen kann. Vielmehr geht die Kammer davon aus, dass der Gesetzgeber sich mit der Schaffung des § 124 SGB V dafür entschieden hat durch vorherige Zulassung die Qualität der Leistungen zu sichern und sich nicht auf die Versicherung der Leistungserbringer zu verlassen. Dies bedeutet dann aber auch konsequent, dass es für die Abrechnungsfähigkeit einer Behandlung auf die Zulassung ankommen muss, da ansonsten die gesetzgeberische Entscheidung zur Vorabprüfung umgangen würde.

Zuletzt ist die Kammer zur Überzeugung gelangt, dass die Zulassungsvoraussetzung des § 124 Abs. 2 Nr. 2 SGB V nicht unverhältnismäßig in die Berufsausübungsfreiheit des Art. 12 GG der Klägerin eingreift. Zwar ist in der Beschränkung auf zugelassene Praxisräume ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit zu sehen. Dieser ist allerdings durch das Interesse der Versichertengemeinschaft gerechtfertigt, dass die Krankenkassen nur für solche Behandlungen die Kosten übernehmen, für welche sichergestellt ist, dass die Behandlungen fachgerecht und den Qualitätsstandards genügend durchgeführt wurden. Vor dem Hintergrund der vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Stufenlehre (BVerfGE 25, 1) sind solche Berufsausübungsregelungen durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls zu rechtfertigen, wobei die Kammer in dem Anspruch der Qualitätssicherung, eine solche vernünftige Erwägung erblickt. (ebenso BSG Urteil vom 27.03.1996, 3 RK 25/95)

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Die Statthaftigkeit der Berufung ergibt sich aus § 144 Abs. 1 Satz 1 SGG, da die Klägerin mit mehr als 750, 00 Euro beschwert ist.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern, Gerichtsstraße 10, 17033 Neubrandenburg, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Neubrandenburg, Gerichtsstraße 8, 17033, Neubrandenburg schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Neubrandenburg, Gerichtsstraße 8, 17033, Neubrandenburg schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.


Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Ist das Urteil im Ausland zuzustellen, gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von drei Monaten.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.



Richter

Ausgefertigt:
Neubrandenburg, 28. Januar 2013
 Justizangestellte
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle