

Justizbeschäftigte als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

1. Der Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 622.855,22 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

2. Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Mit der am 29.12.2014 beim Sozialgericht Trier erhobenen Klage macht die Klägerin eine Forderung in Höhe von 622.855,22 € (gemäß Klageerweiterung im Schriftsatz vom 06.03.2015 - davon 11.371,92 € aus eigenem Recht und die restliche Forderung aufgrund Abtretungserklärungen anderer Krankenkassen (gemäß Auflistung Bl. 15 Prozessakte) als öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch geltend.

Der Beklagte war seit 08.11.1996 gemäß § 126 SGB V zur Abgabe von Hilfsmitteln aus dem Bereich der Orthopädie-Technik (Gehhilfen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe ua.) zu Lasten der Ersatzkassen durch den Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV) zugelassener Leistungserbringer.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Orthopädie-Technikern war insoweit insbesondere in Rahmenverträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V geregelt. Hierzu bestimmte § 10 Abs. 1 des Rahmenvertrages:

„Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Ebenso unzulässig dem Ziel die Wahlfreiheit der Versicherten zu beeinflussen.

Eine Beeinflussung der Versicherten ist nicht zulässig. Als Beeinflussung gelten auch Beratungen und Versorgungen in Arztpraxen, stationären oder

sonstigen außerbetrieblichen Einrichtungen über den Einzelfall/Notfall hinaus.“

bzw. § 10 Abs. 4:

„Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Versorgung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erreichen, ist nicht zulässig.

Insbesondere eine Abgabe von Hilfsmitteln über Depots bei Vertragsärzten wurde auch gesetzlich ausdrücklich untersagt (§ 128 SGB V). Nach der amtlichen Begründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 sollte dies deshalb erfolgen, weil *„solche Depots Leistungserbringern in besonderem Maße einen Anreiz bieten, sich gegen unzulässige Zuwendungen für die Einrichtung eines Depots ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Das Wahlrecht der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern wird durch Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten faktisch eingeschränkt“* (BT-Drucks. 16/10609, S. 58).

Über das von der Klägerin genutzte BKMS-System erhielt sie am 14.11.2008 einen Hinweis, aus dem sich der Verdacht ergab, dass der Beklagte im Rahmen seines Geschäftsbetriebes als Inhaber der Fa. [REDACTED], mit Sitz in [REDACTED], Ärzten Gelder dafür gewährt, dass sie Patienten und deren Rezepte zu ihm steuern.

Konkret teilte der Hinweisgeber – mutmaßlich selbst ein niedergelassener Arzt – mit, dass ihm vom Beklagten angeboten worden war, über seine Ehefrau ein Sanitätshaus zu eröffnen und dadurch am Umsatz zu 30% beteiligt zu werden. Nach den Angaben in der Meldung sollen (Arzt-)Kollegen damit prahlen, durch derartige Maßnahmen bis zu 2.000,00 € monatlich zusätzlich zu generieren.

Der gesamte Komplex der Abrechnung der Hilfsmittel war Gegenstand des Strafverfahrens vor dem Landgericht Koblenz (10 KLS 250 Js 66342/12). Mit inzwischen rechtskräftigem Urteil vom 03.03.2016 wurde der Beklagte wegen Betruges zum Nachteil der Krankenkassen in 2.441 Fällen sowie Steuerhinterziehung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 4 Jahren und 9 Monaten verurteilt.

Nach den Feststellungen des Landgerichts hatte der Beklagte gegenüber den Krankenkassen die Abgabe von Hilfsmitteln abgerechnet, die von verschiedenen Ärzten aus dem ganzen Bundesgebiet verordnet worden waren und den Patienten jeweils in der Arztpraxis oder daran angegliederten Einrichtungen vor Ort von Ärzten selbst oder deren Personal abgegeben worden waren. Die Rezepte hatten die Ärzte anschließend an den Beklagten gesandt. Teilweise wurden die Rezepte ohne Aushändigung zum Beklagten nach [REDACTED] versandt und von dort aus, dem Patienten auf Postwege übermittelt. In praktisch keinem Fall hatte aber der Beklagte selbst persönlich Leistungen gegenüber den berechtigten Patienten erbracht. Am Sitz in [REDACTED] hatte der Beklagte praktisch nicht einmal ein relevantes Ladenlokal unterhalten.

Stattdessen unterhielt er in zahlreichen Arztpraxen im gesamten Bundesgebiet Hilfsmitteldepots, die von seinen Ausdienstmitarbeitern bestückt wurden (vgl. Aussage [REDACTED], Bl. 353 d.A., [REDACTED], Bl. 359 d.A., [REDACTED], Bl. 364 d.A. - Zwischenbericht der Kriminalpolizei vom 23.05.2011 - Bl. 580 ff. d.A.).

Teilweise schloss der Beklagte auch mit Angestellten eines Arztes oder dessen Ehefrau einen Kooperationsvertrag (Aussage [REDACTED], Bl. 364 d.A.), um das Vorhandensein eines unzulässigen Depots in den Praxisräumen zu verschleiern.

Bei den bei den Krankenkassen eingereichten Abrechnungen informierte der Beklagte diese nicht, dass er die Leistungen und Hilfsmittel nicht selbst abgegeben hatte, obwohl er gewusst hatte, dass er wegen Verstoßes gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung nicht dazu berechtigt gewesen war und daher

ein Anspruch auf Erstattung nicht bestanden hatte. So hatte die Klägerin dem Beklagten ausdrücklich schon mit Schreiben vom 07.11.2008 die Übernahme der Kosten für eine Bandage unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen im Leistungsrecht abgelehnt und ihm mitgeteilt:

„Nach Rücksprache mit unserer Versicherten wurde die o. g. Bandage durch die Ehefrau des Arztes, Frau L. in Räumen vor der Orthopädiepraxis ausgegeben. Bei der Ehefrau des Facharztes für Orthopädie handelt es sich nicht um einen zugelassenen Leistungserbringer. Zu keiner Zeit war ein Mitarbeiter Ihres Sanitätshauses anwesend bzw. wurde durch diesen die Leistung erbracht. Demzufolge ist eine Kostenübernahme durch uns nicht möglich...“

Für die Abrechnung von Leistungen, die für ihn damit klar erkennbar unter Verstoß gegen das Verbot der unzulässigen Zusammenarbeit abgegeben worden waren hatte der Beklagte immer das für seinen Sitz in vergebene Institutionskennzeichen verwendet.

Nachdem er von der Klägerin in einem Fall auf die unzutreffende Abrechnung hingewiesen worden war, hatte er mit Schreiben vom 22.04.2005 der Klägerin das Angebot gemacht, einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB 5 abzuschließen (Michels, Bl. 121 d.A., Schriftverkehr Bl. 196 ff. d.A.). Darin wollte er der Klägerin einen Rabatt von 8% für den Fall einräumen, dass diese seinen Versorgungsweg akzeptieren würde (Bl. 198 d.A.). Dies wurde indes von der Klägerin abgelehnt (Bl. 121 d.A.).

Wegen der bekannt gewordenen desolaten wirtschaftlichen Situation des Beklagten mache die Klägerin **Forderungen erst ab dem Jahr 2010 gerichtlich geltend**. Daher sei vollständig auf die am 01.04.2009 in Kraft getretene gesetzliche Vorschrift in § 128 SGB V abzustellen, wenngleich auch die zugrunde liegenden

Verträge (Seite 12/13 der Anklageschrift) eindeutige und sogar schärfere Regelungen enthielten.

Auch habe die Klägerin insoweit **Hilfsmittel, die für Einsatz im Notfall** in Frage kommen könnten, **von vornherein von ihren Forderungen ausgenommen** (Seite 14 der Anklageschrift), weil ausnahmsweise die Abgabe von Hilfsmitteln nach § 128 Absatz 1 SGB V lediglich in Notfällen über ein Depot in der Arztpraxis zulässig sei.

§ 128 SGB V - Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

(1) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

Die Klägerin ist der Auffassung, nach den rechtskräftigen strafgerichtlichen Feststellungen stehe ihr der geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zu. Grundsätzlich habe der Beklagte als Hilfsmittelerbringer die Leistungen selbst in den für ihn zugelassenen Betriebsstätten erbringen müssen, und zwar entweder persönlich oder durch fachlich ausreichend qualifiziertes Personal. Keinesfalls hätten (von den genannten Notfällen abgesehen) die Hilfsmittel – wie hier – in Arztpraxen oder in anderen nicht zugelassenen Räumlichkeiten abgegeben werden dürfen.

Der Beklagte habe sich auch schon nicht an die formalen Vorgaben für die Hilfsmittelerbringung gehalten. Stattdessen habe er die von ihm vertriebenen und mit den Krankenkassen abgerechneten Hilfsmittel über Depots in diversen Arztpraxen im gesamten Bundesgebiet entweder in den Praxen selbst oder in daran angegliederten Einrichtungen vor Ort durch Ärzte oder deren Personal abgegeben. Das Bestücken der Depots oblag insoweit seinen Außendienstmitarbeitern. Bei all diesen Abgabeorten handele es sich nicht um zugelassene Räumlichkeiten im Sinne

des SGB V. Die Rezepte seien von den Ärzten ausgestellt und, nachdem die Patienten direkt vor Ort mit einem Hilfsmittel versorgt worden waren, an den Beklagten gesandt, damit dieser die Hilfsmittel mit den Krankenkassen abrechnen konnte. Teilweise sollen die Rezepte nach den Feststellungen im Ermittlungsverfahren auch ohne Abgabe eines Hilfsmittels dem Beklagten zugesandt worden sein. Die Patienten wurden dann durch den Beklagten auf dem Postweg versorgt.

Schon durch die Leistungserbringung in nicht zugelassenen Räumlichkeiten fehle es an einem vertraglichen Vergütungsanspruch. Darüber könne auch das zivilrechtliche Bereicherungsrecht der §§ 812 ff. BGB nicht hinweghelfen (LSG Hamburg vom 24.01.2007 - L1 KR 19/06). Die Krankenkassen hätten ihre Versicherten jederzeit durch vor Ort ansässige und zugelassene Leistungserbringer versorgen können. Die Versorgung war auch ohne die Leistungserbringung durch den Beklagten sichergestellt. Der Beklagte könne daher keinen Vergütungsanspruch für unzulässig erbrachte Leistungen erzwingen, indem er sich über strikt zu beachtende Gebote und Verbote des Sozialrechts hinweggesetzt habe. Ungeachtet dessen, dass die Leistungserbringung allen formalen vertraglichen und gesetzlichen Regelungen entsprechen und der Leistungserbringer diese auch kennen müsse, sei dem Beklagten sein unrechtmäßiges Abrechnungsverhalten im vorliegenden Fall sogar positiv bekannt gewesen. Die Klägerin selbst habe ihm anlässlich eines konkreten Einzelfalles mit Schreiben vom 07.11.2008 mitgeteilt, dass sie die Übernahme der Kosten für eine Bandage ablehne, weil diese unter Verstoß der geltenden Bestimmungen abgegeben worden sei (Seite 15 der Anklageschrift). Dem Sachverhalt habe dasselbe Abgabeverhalten zugrunde gelegen. Insgesamt sei vom Bestehen eines normativen Schadens auszugehen (BSG-Urteil vom 17.03.2005 - B3 KR 2-05 R).

Als Folge dieser sozialrechtlichen Rechtsprechung, die vor dem Hintergrund der Einheit der Rechtsordnung vom BGH in Strafsachen - auch soweit sonstige Leistungserbringer betroffen seien - in ständiger Rechtsprechung übernommen werde (bspw. BGH, Urteil vom 04.09.2012-1 StR 534/11, hinsichtlich einer Apotheke;

BGH, Beschluss vom 16.06.2014 - 4 StR 21/14, hinsichtlich eines Pflegedienstes), sei der nachträgliche Wegfall des Vergütungsanspruchs (BSG vom 04.05.1994 - 6 RKa 40/94; BSG vom 10.05.1995 - 6/14a RKa 3/93; BSG vom 29.11.1995-3 RK 25/94; BSG vom 17.09.1997 - 6 RKa 86/95; BSG vom 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R; BSG vom 21.03.2012 - B 6 KA 22/11 R; BSG vom 20.03.2013 - B 6 KA 17/12 R + B 6 KA 18/12 R). Dies führe dann zu einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, da die Vergütung rechtsgrundlos gezahlt worden sei, sowie zur Annahme eines Schadens im Sinne des Betrugstatbestandes und damit auch zu einer Strafbarkeit.

Die Klägerin beantragt,

in Erweiterung ihres Antrags vom 29.12.2014, den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin 622.855,22 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er ist der Ansicht, trotz der inzwischen rechtskräftigen strafgerichtlichen Verurteilung könne insbesondere die Rechtsfigur des „normativen Schadens“ nicht zur Begründung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs herangezogen werden. Ein echter Schaden sei nicht entstanden. Die entgegenstehende höchstrichterliche Rechtsprechung sei so nicht nachvollziehbar. Im Übrigen hätten auch die beteiligten Ärzte an der Entstehung des Schadens mitgewirkt, ohne dass gegen diese Ansprüche geltend gemacht würden.

Zur Ergänzung des Tatbestands im Einzelnen wird auf die Prozessakte sowie die von der Klägerin zur Verfügung gestellten Aktenunterlagen Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Der mangels Bestehen eines Über- und Unterordnungsverhältnis zwischen den Beteiligten zulässig durch echte Leistungsklage nach § 54 Absatz 5 SGG geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Klägerin ist auch in der zu recht unbestrittenen, mit den von der Klägerin benannten Einschränkungen eingeklagten Höhe gegeben.

Der Klägerin steht ein **öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch** gegen den Beklagten zu, weil sie ihm **ohne Rechtsgrund** Vergütungen in der jetzt zurückgeforderten Höhe ausgezahlt hat.

Werden nämlich – wie hier - im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen, sind die Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, zurückzufordern (vgl. BSG, Urteil vom 22.07.2004 - B 3 KR 21/03 R).

Die vom Beklagten gegenüber der Klägerin und den übrigen Krankenkassen geltend gemachten Vergütungsansprüche waren vorliegend nicht entstanden und der Beklagte hatte insoweit auch keinen anderweitigen Anspruch auf Wertersatz oder zumindest auf Erstattung der Kosten der Warenbeschaffung. Denn eine entsprechende Anwendung der Regelungen über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung nach bürgerlich-rechtlichen Grundsätzen ist insoweit nämlich

ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 02. Juli 2013 – B 1 KR 49/12 R –, SozR 4-2500 § 129 Nr 9, Rn. 25).

Dies rechtfertigt sich nach ständiger Rechtsprechung aus der Erwägung, dass die speziellen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen im Leistungserbringungsrecht des SGB V ihre vom Gesetzgeber explizit gewollte und geforderte Steuerungsfunktion nur erfüllen können, wenn sie vollständig beachtet werden. Die Anwendung bereicherungsrechtlicher Grundsätze zugunsten des Leistungserbringers würde diesen Gesetzeszweck missachten (vgl zB BSGE 86, 66, 75 = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 97; BSGE 89, 39, 44 = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 121; BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 24 zu Ansprüchen aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung; vgl zu ersteren auch BSGE 109, 133 = SozR 4-1750 § 68 Nr 1, RdNr 21; BSG Urteil vom 26.1.2000 - B 6 KA 59/98 R - Juris RdNr 26; BSGE 80, 1, 4 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 9; BSGE 79, 239, 249 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 57 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 7 RdNr 29, zur Vergütung von Krankenhausleistungen außerhalb des Versorgungsauftrags des Krankenhauses; BSGE 94, 213 RdNr 26 = SozR 4-5570 § 30 Nr 1 RdNr 23 mwN, zu einem rechtswidrig importierten Arzneimittel) – zusammenfassend: BSG, Urteil vom 02. Juli 2013 – B 1 KR 49/12 R –, SozR 4-2500 § 129 Nr 9, Rn. 26).

Vorliegend hat der Beklagte nach den rechtskräftigen Feststellungen im Strafverfahren unzweifelhaft und beharrlich u.a. gegen § 128 Absatz 2 SGB V verstoßen, **was schon allein zwingend dazu führt, dass der insoweit betrügerisch agierende Leistungserbringer seinen Zahlungsanspruch insgesamt verliert** (vgl. Flasbarth KrV 2015, 148 ff. mwN).

Daneben hat der Beklagte aber auch noch gegen weitere gesetzliche und insbesondere vertragliche Pflichten verstoßen, die im strafgerichtlichen Urteil ebenfalls im Einzelnen aufgeführt sind. Das Landgericht Koblenz hat in diesem Zusammenhang zu Recht ausgeführt:

„Er gewährte ihnen mithin Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln wie es § 128 Abs. 2 SGB V in den Fassungen vom 01.04.2009 bis zum 22.07.2009 und vom 23.07.2009 bis zum 31.12.2011 **ausdrücklich untersagt**. Auch durch die Anstellung der Mitarbeiter der Arztpraxen und deren Entlohnung, die wiederum dem Arzt von seinen Provisionen in Abzug gebracht wurden, die Anmietung von Räumlichkeiten in den Arztpraxen zur Unterhaltung von Hilfsmitteldepots sowie die verbilligte Durchführung von Flugstunden, gewährte er den Ärzten unzulässige Zuwendungen, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen sollten.

...
Damit lagen Verstöße gegen alle verfahrensgegenständlichen Verträge und gesetzlichen Vorschriften vor. Inwieweit und gegen welche vertraglichen oder gesetzlichen Regelungen der Angeklagte in jedem Einzelfall verstieß, war dabei unbeachtlich. Denn **bereits das Gesamtkonzept seines Betriebs widersprach von Grund auf den vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen**, indem er nicht auf ein Sanitätshaus ausgerichtet war, sondern lediglich unter dem Deckmantel eines Sanitätshauses einen illegalen Vertrieb von Hilfsmitteln durchführte. Ob der Angeklagte daher in jedem Fall etwa eine Provision an den Arzt zahlte oder nicht der Notfallversorgung dienende Hilfsmittel aus einem Depot abgab, konnte dahinstehen, da **sein Betrieb jedenfalls darauf ausgerichtet war** und die Gestaltung der Betriebsabläufe insgesamt einschließlich des vorhandenen Personals und der räumlichen Ausstattung **den jeweils gültigen Verträgen und Gesetzen von Grund auf widersprach.**“

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts können Leistungserbringer aber für Leistungen, die sie unter Verstoß gegen solche rechtlichen Vorgaben des SGB V erbracht haben **keine Vergütung** beanspruchen (vgl. BSG, Urteil vom 2. Juli 2013 – B 1 KR 49/12 R mwN). Dies gilt nach dem Schutzzweck der Norm **auch und gerade bei Verstößen gegen § 128 Absatz 2 SGB V**, denn diese Vorschrift soll Versicherte und ihre Krankenkassen vor einem kollusiven Zusammenwirken von Ärzten und Leistungserbringern zu ihrem Nachteil schützen (vgl. zur Gesetzesbegründung BT-Drucks. 16/10609 S. 58; zur „**streng formalen**

Betrachtungsweise“ beim Abrechnungsbetrug BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14, NStZ 2014, 640 mwN).

Seinen **Vergütungsanspruch** gegenüber der Krankenkasse hat der Leistungserbringer damit **durch den Verstoß gegen das gesetzliche Verbot des § 128 Absatz 2 SGB V verloren** (vgl. Butzer in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl., § 128 Rn. 22; Schneider in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 128 Rn. 24; Flasbarth aaO; Nolte in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 94. Ergänzungslieferung 2017, SGB V § 128 Rn. 14; Taschke MPR 2012, 189, 191; Ratzel GesR 2008, 623, 626) - dazu jetzt auch **explizit BGH**, Beschluss vom 25. Juli 2017 – 5 StR 46/17 –, Rn. 52).

Dieser Auffassung schließt sich auch die erkennende Kammer nach eigener, erneuter Überprüfung und Beurteilung an. Neue Gesichtspunkte, die eine abweichende Bewertung erfordern würden, sind nicht ersichtlich.

Mithin hatte die Klage Erfolg.

Der Anspruch auf Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinsatz seit Rechtshängigkeit folgt aus § 288 Abs. 1 Satz 2 BGB (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2009 - B 1 KR 8/09 R).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 VwGO.