

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
13. September 2011

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 23/10 R

L 11 KR 1322/09 (LSG Baden-Württemberg)
S 5 KR 3270/08 (SG Mannheim)

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Baden-Württemberg - Die Gesundheitskasse,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. September 2011 durch den Präsidenten **M a s u c h**, den Richter **D r. H a u c k** und die Richterin **D r. R o o s** sowie die ehrenamtliche Richterin **A r l t** und den ehrenamtlichen Richter **L e i t e** für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 26. Oktober 2010 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert wird für das Revisionsverfahren auf 51,84 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung von weiteren vier physiotherapeutischen Behandlungen.
- 2 Der Kläger betreibt eine Praxis für Physiotherapie und ist zur Versorgung der Versicherten der beklagten Krankenkasse (KK) mit physiotherapeutischen Leistungen zugelassen. Er ist Mitglied des VDB-Physiotherapieverbandes e.V. Dessen Landesverband Baden-Württemberg schloss mit (dem Landesverband) der Beklagten am 16.7.2002 einen "Rahmenvertrag nach § 125 Abs 2 SGB V" (RV). Der RV trat am 1.12.2002 in Kraft und wurde zum 31.12.2006 gekündigt. Er regelt ua 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 Nr 1 RV), die "Verordnung/Kooperation zwischen Leistungserbringer und Vertragsarzt/Behandlungsdurchführung" (§ 4 RV) und die Fortgeltung des Vertrags bei Kündigung bzw Teilkündigung (§ 23 Nr 4 RV). Die Beklagte listete im Jahr 2005 die Prüfpunkte bei unvollständigen und inhaltlich fehlerhaften Heilmittelverordnungen auf. und teilte sie sämtlichen Heilmittelerbringern in Baden-Württemberg mit.
- 3 Facharzt für Innere Medizin Dr E verordnete am 9.7.2008 als Erstverordnung dem bei der Beklagten Versicherten R zehn krankengymnastische Behandlungen (Indikationsschlüssel EX3a) zur Wiederherstellung und Besserung der gestörten Beweglichkeit wegen eines Zustands nach Schulterluxation. Dr E gab keine medizinische Begründung für eine Verordnung außerhalb des Regelfalls an. Der Kläger erbrachte die verordneten Leistungen von Juli bis August 2008 und berechnete der Beklagten hierfür unter Berücksichtigung der Zuzahlungen einen Gesamtbetrag von 119,60 Euro. Sie beglich lediglich sechs Behandlungseinheiten, verweigerte aber die Zahlung des Restbetrages von 51,84 Euro für vier physiotherapeutische Behandlungen, weil nach den Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-RL) grundsätzlich nur sechs physiotherapeutische Behandlungen verordnet werden dürften. Der Kläger hätte dies bei Überprüfung der Verordnung erkennen können.
- 4 Das SG hat die Beklagte verurteilt, an den Kläger 51,84 Euro nebst 8 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit 4.9.2008 zu zahlen: Der Leistungserbringer müsse lediglich prüfen, ob die vertragsärztliche Verordnung eine Diagnose und die Beschreibung der Art und Benennung der Anzahl der Leistungen enthalte (*Urteil vom 18.2.2009*). Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG die Klage abgewiesen: Ein Vergütungsanspruch bestehe mangels Wirksamkeit der vertragsärztlichen Verordnung nicht. Dr E habe die Höchstverordnungsmenge von sechs Einheiten (*Teil 1 Abschnitt II Nr 11.2.3 Heilmittel-RL*) nicht beachtet. Der Kläger habe gegen seine Pflicht

verstoßen, die Verordnung des Vertragsarztes auf aus seiner professionellen Sicht erkennbare Fehler und Vollständigkeit zu überprüfen (*Urteil vom 26.10.2010*).

5 Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung der §§ 2 Abs 4, 12, 125 Abs 2 SGB V und des § 58 SGB X. Die Pflicht, die Übereinstimmung von Verordnung und Leistungspflicht der gesetzlichen KKn zu überprüfen, treffe nach der Regelung des § 13 Abs 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte ausschließlich die Vertragsärzte. Sie hafteten bei Unwirtschaftlichkeit (§ 106 SGB V). Eine Prüfpflicht der Heilmittelerbringer folge weder aus § 12 SGB V noch - abgesehen vom Fall der nicht zeitgerechten Behandlung - aus den Heilmittel-RL. Der Kläger habe seinen lediglich in § 4 Nr 3 RV konkret geregelten Pflichten genügt.

6 Der Kläger beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 26. Oktober 2010 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 18. Februar 2009 zurückzuweisen.

7 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

8 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

9 Die Revision des Klägers ist unbegründet (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Er macht zwar einen Anspruch auf Bezahlung weiterer vier physiotherapeutischer Behandlungseinheiten zulässig mittels einer allgemeinen Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) geltend. Die Voraussetzungen dieses gesetzlichen Vergütungsanspruchs (*dazu 1.*) sind aber nicht erfüllt, weil die ärztliche Erstverordnung über zehn Behandlungseinheiten unzulässig war, der Kläger objektiv seine Pflicht zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung verletzt hat und dies eine weitere Vergütung ausschließt (*dazu 2.*).

10 1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V iVm § 15 Abs 1 des zum 1.12.2002 in Kraft getretenen (*"Rahmenvertrag nach § 125 Abs 2 SGB V"*) RV einschließlich seiner als Anlage beigefügten Preisvereinbarung. Der RV ist grundsätzlich trotz der zum 31.12.2006 ausgesprochenen Kündigung gemäß § 23 Nr 4 RV auch für die Zeit danach weiter wirksam, da bislang eine Folgevereinbarung nicht zustande gekommen ist. § 125 Abs 2 Satz 1 Halbs 1 SGB V bestimmt, dass über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung die KKn, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften

Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer schließen. Basis dieser Verträge ist die Festlegung des Leistungsumfanges im Bereich der Heilmittel (§ 32 SGB V) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA; vgl. *BSG Urteil vom 12.8.2010 - B 3 KR 9/09 R - RdNr 15, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 125 Nr 6 vorgesehen*). Der GBA entscheidet in Richtlinien (RL) gemäß § 92 Abs 1 Satz 1 SGB V über die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, auch speziell über die Verordnung von Heilmitteln (§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 iVm Abs 6 SGB V) sowie über die Einführung neuer Heilmittel (§ 138 SGB V). Die Bindung der Heilmittelerbringer an die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-RL) ergibt sich inzwischen unmittelbar aus § 91 Abs 6 SGB V in der ab 1.7.2008 geltenden Fassung (*Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.3.2007, BGBl I 378; vgl. zuvor - seit 1.1.2004 - § 91 Abs 9 SGB V idF des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003, BGBl I 2190*).

- 11 § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V begründet im Zusammenspiel mit den konkretisierenden vertraglichen Vereinbarungen eine öffentlich-rechtliche Leistungsberechtigung und -verpflichtung für die zugelassenen (vgl. § 124 Abs 1 SGB V) Heilmittelerbringer, die Versicherten mit vertragsärztlich verordneten Heilmitteln zu versorgen. Das entspricht der allgemeinen Konzeption, die der erkennende und der 3. Senat des BSG übereinstimmend dem Vergütungsrecht der nicht vertragsärztlichen Leistungserbringer zugrunde legen (vgl. *zB für Apotheker BSGE 106, 303 = SozR 4-2500 § 129 Nr 6, RdNr 13 mwN; BSGE 105, 157 = SozR 4-2500 § 129 Nr 5, RdNr 12 ff; für Krankenhäuser BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15 mwN; BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 7 mwN*). Die Versorgung mit Heilmitteln richtet sich dagegen nicht nach dem Recht des Dienstvertrages (§ 611 BGB iVm § 69 SGB V; *so noch BSG SozR 4-2500 § 125 Nr 4 RdNr 13*): Die Heilmittelerbringer erwerben im Gegenzug für die Erfüllung ihrer öffentlich-rechtlichen Leistungspflicht einen durch Normenverträge näher ausgestalteten gesetzlichen Anspruch auf Vergütung gegen die KKn, der schon in § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V vorausgesetzt wird. Rechtsnatur und Struktur des Vergütungsanspruchs der Heilmittelerbringer folgen der Einbindung der Heilmittelerbringer in den öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag der KKn (vgl. *hierzu Art 1 Nr 26 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 BGBl I 2626*). Die KK erfüllt mit der Versorgung Versicherter mit vertragsärztlich verordneten Heilmitteln ihre im Verhältnis zum Versicherten bestehende Pflicht zur Krankenbehandlung (vgl. § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 und § 32 SGB V). Dies betonen auch die vertraglichen Regelungen nach § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V. Die vertragsärztliche Verordnung schafft eine Grundlage dafür, dass ein Versicherter mit dem Heilmittel als Naturalleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V) auf Kosten der KK versorgt wird. Leistet ein zugelassener Heilmittelerbringer entsprechend seiner Berechtigung und Verpflichtung einem Versicherten aufgrund ordnungsgemäßer vertragsärztlicher Verordnung, erwächst ihm daraus ein gesetzlicher Vergütungsanspruch gegen die KK (vgl. *zum Parallelbereich der Arznei-*

mittelverordnungen BSGE 106, 303 = SozR 4-2500 § 129 Nr 6, RdNr 13; BSGE 105, 157 = SozR 4-2500 § 129 Nr 5, RdNr 12 ff mwN).

- 12 2. Der Kläger hat nicht alle Anspruchsvoraussetzungen für die Vergütung der geleisteten Heilmittel erfüllt. Er leistete nämlich nicht aufgrund ordnungsgemäßer, sondern trotz unzulässiger ärztlicher Verordnung, die den das Wirtschaftlichkeitsgebot sichernden Vorgaben der Heilmittel-RL offenkundig widersprach.
- 13 a) Der Vergütungsanspruch des zugelassenen Heilmittelerbringers setzt zunächst voraus, dass ihm ein Versicherter eine vertragsärztliche Heilmittelverordnung zwecks Versorgung vorlegt. Die ordnungsgemäße vertragsärztliche Verordnung eines Heilmittels, der keine Genehmigungsentscheidung der KK folgt, legitimiert den Versicherten, sich frei einen der zugelassenen Leistungserbringer auszusuchen und nach dessen Überprüfung die verordnete Leistung in Anspruch zu nehmen. Sie ist Grundvoraussetzung für einen Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers, der den Anspruch des Versicherten gegen seine KK auf Versorgung mit einem Heilmittel erfüllen soll. Als Hilfeleistung einer nichtärztlichen Person darf die Leistung nur erbracht werden, wenn sie ärztlich angeordnet und verantwortet ist (§ 15 Abs 1 Satz 2 SGB V). Der Vertragsarzt erklärt mit der Heilmittelverordnung in eigener Verantwortung gegenüber dem Versicherten, dem nichtärztlichen Leistungserbringer und der KK, dass alle Anspruchsvoraussetzungen des durch die Krankenversicherungskarte als berechtigt ausgewiesenen Versicherten (§ 15 Abs 2 SGB V) auf das verordnete Heilmittel nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse aufgrund eigener Überprüfung und Feststellung erfüllt sind: Das verordnete Heilmittel ist danach nach Art und Umfang geeignet, ausreichend, notwendig und wirtschaftlich, um die festgestellte Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die festgestellten Krankheitsbeschwerden zu lindern (*vgl § 27 Abs 1 SGB V*). Welche Heilmittel in diesem Sinne nach Art und Umfang geeignet, ausreichend, notwendig und wirtschaftlich sind, hat der GBA in für alle Systembeteiligten verbindlichen Richtlinien festzulegen, den Heilmittel-RL (*hier anzuwenden idF vom 1.12.2003/16.3.2004 - BAnz 2004, Nr 106a S 12183, in Kraft getreten am 1.7.2004; geändert am 21.12.2004 - BAnz 2005, Nr 61 S 4995, in Kraft getreten am 2.4.2005*).
- 14 b) Weiter setzt ein Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers voraus, dass er aus seiner professionellen Sicht ebenfalls die Anspruchsvoraussetzungen für die Versorgung des Versicherten mit dem verordneten Heilmittel überprüft und bejaht hat. Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats sind Heilmittelerbringer verpflichtet, die ärztliche Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen (*vgl BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 30 ff*). Dies ergibt sich schon unabhängig von der Auslegung der konkreten RV (§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V) aus höherrangigem Recht.

- 15 Bereits aus § 2 Abs 4, § 12 Abs 1 Satz 2 iVm § 73 Abs 2 Satz 1 Nr 7 SGB V folgt, dass der Heilmittelerbringer den Inhalt der ärztlichen Verordnung insoweit prüfen muss, als er nur auf Basis einer gültigen Verordnung mit den für eine wirksame und wirtschaftliche Heilmitteltherapie notwendigen ärztlichen Angaben leisten darf. Denn nach § 2 Abs 4 SGB V haben auch Leistungserbringer - neben KKn und Versicherten - darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Die Regelung trifft keine Ausnahme für Heilmittelerbringer. Sie erweitert vielmehr den Adressatenkreis des Wirtschaftlichkeitsgebots, das sich nach dem Inhalt des § 2 Abs 1 Satz 1 SGB V unmittelbar nur an die KK richtet, auf alle Leistungserbringer und Versicherte (*vgl etwa Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand August 2011, K § 2 RdNr 35; K. Peters in Kassler Kommentar, Stand Juli 2011, § 2 SGB V RdNr 8*). Auch § 12 Abs 1 Satz 2 SGB V bestimmt, dass Leistungserbringer Leistungen nicht bewirken dürfen, die nicht notwendig und unwirtschaftlich sind. Diese Bestimmungen begründen eine eigenständige Verantwortung auch des Heilmittelerbringers, für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung zu sorgen. Da seine Leistung durch die ärztliche Verordnung veranlasst wird, hat er diese Verordnung auf aus seiner professionellen Sicht zumutbar erkennbare Fehler, also auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen.
- 16 c) Welche Prüfungen der Heilmittelerbringer im Einzelnen vorzunehmen hat, ist nicht allein aus dem Gesetz und den Heilmittel-RL abzuleiten. § 125 SGB V überlässt die nähere Konkretisierung dieses höherrangigen Rechts vielmehr - in Empfehlungsforn zur Orientierung - den Rahmenempfehlungen (*vgl § 125 Abs 1 SGB V*) und rechtsverbindlich den Verträgen über die Versorgung mit Heilmitteln (*vgl § 125 Abs 2 SGB V*). Letztlich ist auch das Verhalten der Systembeteiligten an Treu und Glauben (§ 242 BGB) zu messen (*vgl - trotz des noch anderen rechtlichen Ausgangspunktes - weiterhin BSG SozR 4-2500 § 125 Nr 4 RdNr 23*).
- 17 Im vorliegenden Fall musste der Kläger als Heilmittelerbringer die dem Versicherten vertragsärztlich in der Erstverordnung als "Regelfall" zugeordneten zehn Einheiten Krankengymnastik (KG) im Hinblick auf die zulässige Höchstverordnungsmenge überprüfen. Denn die Heilmittel-RL ließen als hier vorgesehenen Regelfall nur die Verordnung von sechs Einheiten KG zu. Der GBA senkte 2004 die bei Erstverordnung zulässige Höchstmenge von zehn auf sechs Einheiten KG ab, um eine engermaschige ärztliche Kontrolle im Interesse der Qualitätssicherung der Verordnungen vor dem Hintergrund vorhandener Zweifel an der Wirtschaftlichkeit zu erreichen (*s Begründung des Beschlusses zur Novellierung der Heilmittel-RL vom 1.12.2003 Nr 3.3.2 und Nr 1.*). Die gebotene, auch einem Physiotherapeuten zumutbare Prüfung der Verordnung anhand der zulässigen Höchstverordnungsmenge hätte dem Kläger die Unzulässigkeit der Verordnung auch ohne aufwändige Prüfung bewusst gemacht.
- 18 Die Höchstverordnungsmenge leitet sich daraus ab, dass der Heilmittelverordnung nach den Heilmittel-RL in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges ein definierter Regelfall zu-

grunde liegt. Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann. Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog. Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls (*vgl insgesamt Teil 1 Abschnitt II Nr 11 Heilmittel-RL*). Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sind bis auf die in den Richtlinien genannten Ausnahmen nicht zulässig (*vgl Teil 1 Abschnitt II Nr 11.1 Heilmittel-RL*). Die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen beträgt bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge jedes Regelfalls eine konkret genannte Anzahl von Einheiten, in der hier maßgeblichen Physikalischen Therapie bis zu sechs Einheiten (*vgl Teil 1 Abschnitt II Nr 11.2.3 Satz 1 Heilmittel-RL*). Die Verordnung von zehn Einheiten KG überschritt diese Grenze.

19 d) Der Kläger hätte bei der gebotenen Überprüfung der Verordnung von zehn Einheiten KG ihre Unzulässigkeit feststellen und sich mit dem Vertragsarzt oder der Beklagten in Verbindung setzen müssen (*vgl auch Teil 1 Abschnitt VII Nr 26. f Heilmittel-RL*), um das nach den Heilmittel-RL gebotene Verfahren zur Beachtung der Qualitätssicherung auf dem Boden des Wirtschaftlichkeitsgebots zu wahren. Die Unzulässigkeit einer Heilmittelverordnung aufgrund Überschreitung der zulässigen Höchstmenge zwecks Achtung des Wirtschaftlichkeitsgebots schließt nach § 12 Abs 1 Satz 2 SGB V jedenfalls eine Vergütung für die Leistungen aus, die die Höchstmengengrenze überschreiten. Aufgrund dessen, dass die Beklagte sechs Einheiten KG bezahlt hat, bedarf es keiner weiteren Erörterung, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen eine geltungserhaltende Reduktion einer unzulässigen Verordnung durch den Heilmittelerbringer möglich ist.

20 Wie ein Heilmittelerbringer auf bei der gebotenen Prüfung festgestellte Fehler reagieren muss, ist unter Berücksichtigung des Prüfzwecks teilweise ausdrücklich, teilweise aber auch nur sinngemäß geregelt. So dient die Prüfpflicht nichtärztlicher Leistungserbringer nicht allein der Achtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, sondern zugleich dem Schutz des versicherten Patienten: Er vertraut sich dem Heilmittelerbringer an, um sich seinen Anspruch auf eine indikationsgerechte Heilmittelversorgung erfüllen zu lassen. Ändert sich etwa sein Zustand nach Ausstellung der Verordnung wesentlich oder reagiert er ungewöhnlich auf die erste Teil-Heilmittelversorgung, sodass bei einer Leistungsfortsetzung eine Schädigung droht, muss dies der Heilmittelerbringer im Rahmen seiner professionellen Erkenntnismöglichkeiten erfassen und hierauf reagieren, indem er seine Leistung unterbricht, den verordnenden Arzt informiert und das weitere Vorgehen mit ihm und dem Versicherten abstimmt. In diesem Sinne bestimmt etwa Teil 1 Abschnitt VII Nr 29.3 Heilmittel-RL: Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann

oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Der Vertragsarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.

- 21 Teilweise regeln bereits die Heilmittel-RL ausdrücklich, dass bei spezifischen Mängeln die Verordnung ihre Gültigkeit verliert. So liegt es, wenn nicht innerhalb festgelegter Zeiträume mit der verordneten Behandlung begonnen oder wenn eine begonnene Behandlung über spezifische Zeiträume hinaus unterbrochen wird (*s Teil 1 Abschnitt VII Nr 28.2 und Nr 29.2 Heilmittel-RL*). Teilweise treffen zwar nicht die Heilmittel-RL eine ausdrückliche Regelung, wohl aber die RV (§ 125 Abs 2 SGB V). Nach Teil 1 Abschnitt VI Nr 21. Heilmittel-RL müssen etwa die Vordrucke nach Maßgabe der Nummer 22 vollständig ausgefüllt werden. § 4 Nr 3 Satz 2 RV sagt hierzu: "Die vertragsärztliche Verordnung kann nur ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen" <gemeint gemäß § 4 Nr 3 Satz 1 RV: Diagnose, Art und Anzahl der Leistungen> "enthalten sind". Das versteht sich eigentlich von selbst. Ohne diese Angaben ist die nichtärztliche Leistung weder ärztlich angeordnet noch verantwortet (§ 15 Abs 1 Satz 2 SGB V).
- 22 Der Kläger kann für sich nichts daraus ableiten, dass die Heilmittel-RL und der RV die Folgen von Verstößen der Verordnungen gegen die Höchstmengen nicht ausdrücklich regeln. Ihm musste bekannt sein, dass solche Verordnungen nach dem klaren Inhalt der Heilmittel-RL nicht zulässig sind und die Absenkung der Höchstverordnungsmenge aus Gründen der Wirtschaftlichkeit erfolgt war. Einer zusätzlichen Anordnung der "Ungültigkeit" einer die Höchstmengengrenze überschreitenden Verordnung bedurfte es nicht. Sie ergibt sich unmittelbar aus § 12 Abs 1 Satz 2 SGB V.
- 23 Die Beklagte handelte auch nicht treuwidrig (§ 242 BGB), indem sie lediglich sechs Behandlungseinheiten KG abrechnete, nicht aber die tatsächlich vom Kläger geleisteten zehn Einheiten, obwohl § 4 Nr 3 RV bestimmt: "Diagnose, Art und Anzahl der Leistungen ergeben sich aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung. Die vertragsärztliche Verordnung kann nur ausgeführt werden, wenn diese für die Behandlung erforderlichen Informationen enthalten sind. Dem Leistungserbringer obliegt insoweit jedoch keine Prüfpflicht." Wenn man § 4 Nr 3 Satz 3 RV so auslegen wollte, dass er jegliche Prüfpflicht der Physiotherapeuten negierte, wäre er wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot nichtig (*vgl bereits BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 31*). Hier kommt hinzu, dass die Beklagte schon 2005 alle Heilmittelerbringer über die ihres Erachtens bestehenden Pflichten und Obliegenheiten bei Verordnungsfehlern aufklärte und den RV zum Ablauf des Jahres 2006 kündigte. Anlass für die bloße Teilvergütung war, dass der Kläger der von der Beklagten geforderten Nachfrage beim verordnenden Arzt trotz der dargelegten Unzulässigkeit der Verordnung nicht nachkam.

24 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 1 SGG iVm §§ 52 Abs 3, 47, 63 Abs 2 Satz 1 GKG.