

L 5 KR 88/01

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 4 KR 269/98
Datum
18.01.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 88/01
Datum
13.02.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 2/03 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 18.01.2001 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die notwendigen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der durch die Anrufung des unzuständigen Gerichts verursachten Kosten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der von der beklagten Krankenkasse geschuldeten Vergütung für die von der Klägerin erbrachten Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege an Versicherte der Beklagten.

Die Klägerin betreibt ein Pflegeunternehmen, das u.a. Leistungen der häuslichen Krankenpflege i.S.d. [§ 37](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung erbringt. Sie ist Mitglied des Landesverbandes freier ambulanter Krankenpflege Nordrhein-Westfalen e.V (LFK NRW); die Beklagte ist Mitglied des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen. Diese Landesverbände schlossen unter dem 25.04.1996 einen Rahmenvertrag über die Abgabe von Leistungen häuslicher Krankenpflege gemäß [§ 132 SGB V](#) alte Fassung (a.F.). Gemäß § 2 dieses Vertrages galt dieser Vertrag für die dem LFK NRW e.V. angeschlossenen Träger der ambulanten Krankenpflegedienste (Leistungserbringer), die die Anerkenniserklärung nach Anlage 1 unterzeichnet haben und die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfüllen sowie ferner für die von den vertragsschließenden Landesverbänden vertretenen Krankenkassen, die sich gegenüber ihrem Landesverband mit diesem Vertrag einverstanden erklären. Die Klägerin gab die Anerkenniserklärung nach Anlage 1 ab; die Beklagte erklärte sich gegenüber ihrem Landesverband mit diesem Vertrag einverstanden.

Gemäß § 14 des Vertrages richtete sich die Vergütung der Vertragsleistungen nach den Bestimmungen der Anlage 6. Hiernach war als Pauschale für die Grund- und Behandlungspflege einschließlich hauswirtschaftlicher Versorgung bis zu 10 Minuten ein Betrag von 43,90 DM je Einsatz sowie für die Behandlungspflege ein Betrag in Höhe von 18,10 DM je Einsatz, als Fahrtkosten ein Betrag in Höhe von 3,- DM vereinbart.

Gemäß § 20 Abs. 3 konnte der Vertrag zum Ende eines Kalenderjahres mit dreimonatiger Frist, frühestens zum 31.12.1997 gekündigt werden. Gemäß § 20 Abs. 4 konnte die Vergütungsvereinbarung nach Anlage 6 unabhängig von dem Rahmenvertrag gekündigt werden. Für diesen Fall sah Absatz 4 ferner vor, dass bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung die bisherigen Preise weiter galten. Die Beklagte kündigte den Rahmenvertrag mit Wirkung zum 31.12.1997.

Die Klägerin stellte der Beklagten für deren Versicherte G ... und A ... für April 1998 für Leistungen der häuslichen Krankenpflege je 634,50 DM in Rechnung; dabei legte sie jeweils die Vergütung nach dem (gekündigten) Rahmenvertrag vom 25.04.1996 zugrunde.

Die Beklagte zahlte hierauf (nur) 780,00-- DM mit der Begründung, diesen Betrag hätte sie für die Gewährung der Leistungen aufbringen müssen, wenn diese durch andere mit ihr vertraglich verbundene Leistungserbringer erbracht worden wären.

Das von der Klägerin zunächst angerufene Amtsgericht Gelsenkirchen hat den Rechtsstreit mit Beschluss vom 30.10.1998 an das Sozialgericht Gelsenkirchen verwiesen, das seinerseits den Rechtsstreit durch Beschluss vom 17.12.1998 an das Sozialgericht Düsseldorf verwiesen hat.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, dass die Beklagte verpflichtet sei, weiterhin die von ihr erbrachten Leistungen entsprechend der

Vergütungsvereinbarung zum Rahmenvertrag vom 25.04.1996 zu bezahlen. Aus dem Gewährleistungsauftrag des [§ 70 Abs. 1 SGB V](#) ergebe sich, dass gekündigte Verträge zum Abschluss eines neuen Vertrages wirksam blieben.

Im Laufe des Streitverfahrens hat die Klägerin ihr Klagebegehren erweitert: Für die Versicherten G ... (04/98 - 04/99: 4656,90 DM sowie 05/99 - 12/99: 1988,60 DM), A ... (04/98 - 04/99: 3167,00 DM sowie 05/99 - 06/99: 466,90 DM), E ... (05/99 - 12/99: 6053,15 DM) und K ... (05/98 - 06/98: 1483,85 DM) hat sie weitere 17.816,40 DM verlangt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 18.305,40 DM nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, dass aufgrund der Kündigung des Rahmenvertrages keine vertraglichen Beziehungen mehr bestünden. Es fehle deshalb an einer Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch.

Das Sozialgericht hat die Beklagte durch Urteil vom 18.01.2001 verurteilt, an die Klägerin 17.816,40 DM nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen; im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Wegen der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen das ihr am 08.06.2001 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 13.06.2001 Berufung eingelegt.

Zur Begründung bringt sie vor: Sie habe die Klägerin sowie die von ihr behandelten Versicherten schriftlich darauf hingewiesen, dass sie eine Leistungsabgabe nur zu den von ihr genehmigten Vergütungssätzen dulden werde. Die Klägerin habe somit bei Erbringung ihrer Leistungen gewusst, dass sie als Beklagte nicht bereit sei, die höhere Vergütung unter Anwendung der höheren Vergütungsregelungen des gekündigten Rahmenvertrages zu zahlen. Ein Vertrag sei somit wegen einer fehlenden Einigung nicht zustande gekommen, so dass sowohl eine Anwendung des [§ 315](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) wie auch des [§ 612 BGB](#) ausgeschlossen sei. Demzufolge sei sie nur verpflichtet, im Rahmen des Bereicherungsanspruches das herauszugeben, was ihr als Bereicherung zugeflossen sei. Dies sei aber nur die Vergütung in der Höhe, die sie an andere ihr vertraglich verbundene Leistungserbringer hätte zahlen müssen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 18.01.2001 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend und bestreitet, dass andere Pflegedienste die jeweiligen Pflegeleistungen zu der von der Beklagten angebotenen Vergütung erbracht hätten.

Auf Rückfrage des Senats hat die Beklagte als Pflegedienst, der die Leistungen zu der von der Klägerin angebotenen Vergütung erbracht hätte, den Pflegedienst A ... gGmbH, ..., ..., benannt. Weitere Pflegedienste hat die Beklagte trotz Nachfrage nicht benannt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird verwiesen auf den übrigen Inhalt der Streitakten sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die Klägerin 9.109,38 Euro (entspricht 17.816,40 DM) nebst 4 % Zinsen seit dem jeweiligen Eintritt der Rechtshängigkeit der geltend gemachten Teilforderungen zu zahlen.

Der Zahlungsanspruch der Klägerin ergibt sich aus den [§§ 812 Abs. 1, 818 Abs. 2 BGB](#). Diese Vorschriften sind hier anwendbar, weil für die auf der Grundlage des [§ 132 Abs. 2 Satz 1](#), 2 SGB V abzuschließenden Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über die Preise und deren Abrechnung bis zum 31.12.1999 ausschließlich Privatrecht gilt (sogenannte 2. oder 3. Ebene, vgl. Urteile vom 10.07.1996, [3 RK 11/95](#), [BSGE 79, 28](#), 29 = [SozR 3-2500 § 125 Nr. 5](#) und [3 RK 29/95](#) = [SozR 3-2500 § 125 Nr. 6](#)). Beurteilen sich aber die vertraglichen Beziehungen nach den Vorschriften des BGB, so muss dies (erst recht) dann gelten, wenn - wie hier - vertragliche Beziehungen zwischen den Beteiligten nicht (mehr) bestehen.

Ursprünglich war zwischen den Beteiligten dieses Rechtsstreits ein Vertrag im Sinne des [§ 132a Abs. 2 Satz 1](#), 2 SGB V zustande gekommen: Zwischen dem Verband von Betriebskrankenkassen, dem die Beklagte angehört, und dem Verband von Leistungserbringern, dem die Klägerin angehört, war der Rahmenvertrag vom 25.04.1996 geschlossen worden; die Klägerin war diesem Vertrag auch ausdrücklich beigetreten und die Beklagte hatte sich gegenüber ihrem Landesverband mit diesem Vertrag einverstanden erklärt. Der Vertrag war von der Beklagten jedoch wirksam zum 31.12.1997 gekündigt worden. Zwar sah der Vertrag in [§ 20 Abs. 4](#) vor, dass im Falle der Kündigung der Vergütungsvereinbarung die bisherigen Preise bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weitergelten sollten. Die Beklagte hat jedoch den Rahmenvertrag und nicht nur die Vergütungsvereinbarung gekündigt. Daher konnte auch die Fortwirkungsklausel hinsichtlich der Vergütungshöhe keine Rechtswirkungen mehr entfalten.

Eine Fortgeltung der bisherigen Gebührenvereinbarung trotz Fristablaufs ist auch nicht aus anderen Gründen eingetreten. Sie kann nicht aus einem Fortgeltungsgrundsatz, wie das Sozialgericht angenommen hat, abgeleitet werden. Ein derartiger Grundsatz ergibt sich nicht aus der Pflicht der Beklagten zur Versorgung der Versicherten gemäß [§ 70 SGB V](#), weil diese Vorschrift nichts über die maßgeblichen Preise sagt (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 25.09.2001, [B 3 KR 15/00 R](#)).

Durch die Erklärung der Beklagten, mit der sie ihren gegenteiligen Parteiwillen hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht hat, kann sich die Klägerin auch nicht mehr auf ein fortbestehendes Vertrauen berufen. Eine derartige Sicht der Dinge liefe auf den Ausschluss der Beendigung einmal geschlossener Verträge hinaus.

Ebenso wenig kann davon ausgegangen werden, dass die Beklagte und die Klägerin jeweils Einzelverträge über die Behandlung der jeweiligen Versicherten geschlossen haben. Zwar mag in der Vornahme der Behandlung bzw. deren Durchführung durch die Klägerin ein konkludentes Angebot auf den Abschluss eines entsprechenden Vertrages gesehen werden können. Da die Klägerin jedoch unmissverständlich klar gemacht hatte, dass eine Behandlung der Versicherten zu den bisher geltenden Vertragsätzen nicht ihrem Willen entsprach, fehlte es jedenfalls an einer Annahme dieses Angebots durch die Beklagte.

Ferner besteht auch kein einseitiges Leistungsbestimmungsrecht auf Seiten des Leistungserbringers - etwa gemäß [§ 316 BGB](#) - oder auf Seiten der Beklagten nach [§ 315 BGB](#). Der Regelung des [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber bei Schaffung dieser Vorschrift davon ausgegangen ist, dass derartige vertragliche (Verbands- oder Einzel-)Abmachungen im freien Spiel der Kräfte geschlossen werden und durch die Verpflichtung zur Versorgung der Versicherten einerseits und die Konkurrenz der Leistungserbringer untereinander andererseits im Ergebnis marktgerechte und möglichst günstige Bedingungen, insbesondere Preise, für die Versicherten erreicht werden. Ein einseitiges Leistungsbestimmungsrecht - gleich für welche Seite - würde jedes Interesse auf der jeweiligen anderen Seite am Abschluss einer vertraglichen Vereinbarung unterlaufen (BSG, Urteil vom 25.09.2001, [aaO](#)). Der Gesetzgeber hat allerdings für den Fall, dass trotz des von einem vertragslosen Zustand ausgehenden Einigungsdrucks vertragliche Vereinbarungen nicht zustande kommen, kein Schlichtungsverfahren oder Schiedsverfahren vorgesehen, wie es in anderen Bereichen des Leistungserbringerrechts der Fall ist (vgl. [§ 89 SGB V](#) für den vertragsärztlichen Bereich, [§ 18a Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz](#) für den Krankenhausbereich und [§ 76 Sozialgesetzbuch Elftes Buch](#) für die Pflegeversicherung). Hieraus ist zu schlussfolgern, dass der Gesetzgeber damit in diesem Bereich einen vertragslosen Zustand (bewußt) in Kauf genommen hat (vgl. BSG, Urteil vom 25.09.2001, [aaO](#)).

Eine Vergütungsvereinbarung ist hier auch nicht etwa deshalb entbehrlich, weil die beklagte Krankenkasse mit anderen Krankenkassen derartige Vereinbarungen abgeschlossen hat. Die dort vereinbarten Preise können nicht als übliche Vergütung im Sinne von [§ 612 Abs. 2 BGB](#) angesehen werden. Ungeachtet des großen Anteils der davon erfassten Versicherten würde - wie das BSG in seinem Urteil vom 25.09.2001 zutreffend ausgeführt hat - auch dies der gesetzlichen Regelungsabsicht zuwiderlaufen. Denn gesetzlich vorgesehen ist nicht ein gemeinsames und einheitliches Handeln der verschiedenen Kassen, sondern der Abschluss gesonderter Verträge. Wäre der Vertragsabschluss bei einer großen Krankenkasse ausschlaggebend, entfielen auch hier jegliches Motiv der anderen Krankenkassen, sich um eigenständige Vertragsabschlüsse zu bemühen. Für die Leistungserbringer würde Entsprechendes gelten, sofern die Vertragsabschlüsse mit den anderen Kassenarten aus ihrer Sicht günstiger erschienen. Weil es schließlich auch an einer taxmäßigen, d.h. amtlichen Vergütungsordnung im Sinne von [§ 612 Abs. 2 BGB](#) fehlt, führte das Fehlen einer Vereinbarung über eine Hauptbedingung des Vertrages, die Vergütungshöhe, dazu, dass der Vertrag als beendet galt ([§§ 154, 155 BGB](#)).

Infolge des Fehlens vertraglicher Vereinbarungen kommt [§ 812 Abs. 1 BGB](#) i.V.m. [§ 818 Abs. 2 BGB](#) als Anspruchsgrundlage für das Zahlungsbegehren der Klägerin in Betracht. Die Voraussetzungen dieser Vorschriften sind erfüllt: Die Klägerin hat sämtliche Leistungen an die Versicherten der Beklagten ohne rechtlichen Grund erbracht. Da diese aus der Natur der Sache nicht herausgegeben werden können, ist die Beklagte der Klägerin zum Wertersatz verpflichtet. Zu ersetzen ist der gemeine Wert, d.h. der objektive Verkehrswert, den die Leistung nach ihrer tatsächlichen Beschaffenheit für jedermann hat ([BGHZ 82, 299](#)). Hier ist dies der Betrag, der bei einer generalisierenden Betrachtungsweise von der Beklagten für die Versorgung der Versicherten über die konkreten hier in Rede stehenden Fälle hinaus hätte aufgebracht werden müssen. Es verbietet sich, insoweit allein auf die für die Beklagte günstigen Vergütungssätze der A ... gGmbH abzustellen, weil die Beklagte nicht in der Lage bzw. nicht bereit war, weitere Pflegedienste zu bezeichnen, die zu ähnlich günstigen Vergütungssätzen wie die A ... gGmbH Leistungen hätten erbringen können. Würde man nämlich nur die Vergütungssätze eines einzelnen Leistungserbringers bei der Ermittlung des Wertersatzes zugrundelegen, so könnte die Beklagte jedem Leistungserbringer bei einem Streit über die Höhe der Vergütung entgegenhalten, dass die Versicherten von der A ... gGmbH hätten zu günstigeren Konditionen gepflegt werden können, ohne dass allerdings objektiv die Versorgung der Versicherten der Beklagten durch die A ... gGmbH (oder andere Vertragspartner) zu den hier in Rede stehenden günstigen Vergütungssätzen tatsächlich gesichert gewesen wäre. Dass ein einzelner Pflegedienst die Versorgung der Versicherten der beklagten Krankenkasse im Rahmen des [§ 37 SGB V](#) zu übernehmen vermag, ist nicht anzunehmen und von der Beklagten auch nicht behauptet worden. Hätte die Beklagte den Leistungsbedarf ihrer Versicherten zu den niedrigeren Vergütungssätzen (des Pflegedienstes A ... gGmbH) tatsächlich umfassend sicherstellen können, so hätte für sie kaum Anlass bestanden, (auch) der Klägerin die Vergütung von Leistungen für "Altfälle" nach der "bisherigen Vergütungsregelung" (der bis 31.12.1997 geltenden Regelung des Vertrages vom 25.04.1996) anzubieten (Schreiben der Beklagten vom 10.10.2001).

Darüberhinaus kann der Ermittlung des Wertes der von der Klägerin erbrachten Leistungen auch deshalb nicht nur die Höhe der von der Beklagten mit der A ... gGmbH vereinbarten Vergütung zugrunde gelegt werden, weil die Beklagte ihre Versicherten nicht hätte verpflichten können, ausschliesslich diesen - der Beklagten günstigen - Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen; vielmehr hätten die Versicherten unter allen Vertragspartnern der Beklagten frei wählen können ([§ 37 SGB V](#) in Verbindung mit [§§ 123a, 2 Absatz 3 SGB V](#)).

Es ist deshalb davon auszugehen, dass der objektive Wertersatz des Erlangten dem entspricht, was als Vergütung üblicherweise von Leistungen der von der Klägerin erbrachten Art durch die Beklagte hätte aufgewandt werden müssen. Hierzu hat die Klägerin unwidersprochen vorgetragen, dass die bis zum 31.12.1997 geltenden Vergütungssätze im Bereich Gelsenkirchen - jedenfalls während des hier streitigen Zeitraums - üblicherweise von anderen Kassen an Pflegedienste gezahlt worden sind. Gestützt wird dies durch die Tatsache, dass auch die Beklagte, wenngleich auch nur für Altfälle, bereit war, mit ihrem Angebot vom 10.10.2001 wiederum auf diese Vergütungshöhe bei der Abrechnung von Leistungen zurückzugreifen.

Hieraus ergibt sich der von der Klägerin geltend gemachte Zahlungsanspruch in Höhe von 17.816,40 DM. Von dem von der Klägerin geltend

gemachten Betrag von 18.305, 40 DM hat das Sozialgericht zu Recht 489 DM abgesetzt, weil die Klägerin mit der unter dem 30.07.1999 rechtshängig gemachten Klageerweiterung erneut den von der Beklagten für Versicherten G ... und A ... für 04/98 jeweils nicht gezahlten Betrag von 244,50 DM (zusammen 489 DM) geltend gemacht hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Der Senat hat sich dabei davon leiten lassen, dass die Klägerin nur zu einem ganz geringfügigen Teil mit ihrer Zahlungsforderung unterlegen ist, was nach Auffassung des Senats nicht eine Quotelung der Kostenregelung erfordert.

Der Senat hat dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung beigemessen und deshalb die Revision zugelassen ([§ 160 Absatz 2 Nr.1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-10-14