

L 5 KR 233/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 19 KR 393/01
Datum
07.10.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 233/02
Datum
09.10.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 22/03 R
Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 07.10.2002 geändert. Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für die von der Klägerin erstatteten Arztberichte.

Die Klägerin betreibt eine krankengymnastische Praxis in C und ist als Leistungserbringerin zugelassen. Sie hat keine Preisvereinbarung mit gesetzlichen Krankenkassen getroffen und gehört auch keiner Vereinigung von Leistungserbringern an, mit denen entsprechende Verträge bestehen. Die Klägerin erbringt gleichwohl fortlaufend krankengymnastische Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auch an Versicherte der Beklagten, die diese regelmäßig nach Maßgabe des zwischen den nordrheinischen Landesverbänden der Krankenkassen und dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten sowie dem Landesverband nordrhein-westfälischer Krankengymnasten geschlossenen Vertrag über die Erbringung und Vergütung physikalisch-therapeutischer Leistungen vom 25.06.1991 (im Folgenden: Landesvertrag) vergütet.

Die seit dem 01.07.2001 geltende Neufassung der Heilmittel-Richtlinien vom 06.02.2001 (BAnz Beilage Nr. 118a) schreibt in Ziffer 29.5 vor, dass der Therapeut den verordnenden Vertragsarzt nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten hat. Sofern er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält, ist eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels anzugeben. Der Landesvertrag sieht für die Zeit bis 01.08.2002 keine Vergütung für diesen Bericht vor. In einer am 29.06.2001 geschlossenen "Ergänzungsvereinbarung über Höchstpreise für krankengymnastische Leistungen für die Zeit ab 01.07.2001" (Anlage 2a des Landesvertrages) heißt es in einer Protokollnotiz: "Für die Preisvereinbarung ab 01.08.2002 wird für die Position X 9701 (Mitteilung/ Bericht an den Arzt/Übermittlungsgebühr) eine Vergütung unter Berücksichtigung der bis dahin auf Bundesebene geltenden Regelungen zu finden sein." Ab dem 01.08.2002 haben die Parteien des Landesvertrages eine Vergütung von 0,56 Euro vereinbart.

Die Klägerin erbrachte für den bei der Beklagten versicherten Herrn N1 zwischen dem 04.07. und 27.09.2001 krankengymnastische Leistungen. In ihrer Rechnung vom 15.10.2001 forderte sie u.a. für einen Arztbericht einen Betrag von 30,- DM. Die Beklagte setzte in ihrer Rechnungsberichtigung vom 05.12.2001 u.a. diesen Betrag von der Rechnung ab.

Mit der am 28.12.2001 erhobenen Klage hat die Klägerin zunächst eine Vergütung von 30,- DM zuzüglich 3,- DM Verwaltungsaufwand gefordert. Zur Begründung hat sie vorgetragen, seit dem 01.07.2001 sei sie zur Erstellung von Arztberichten verpflichtet. Sie sei nicht bereit, diese aufwändige Tätigkeit kostenfrei zu erbringen. Ihre innerbetriebliche Kalkulation für den entstehenden Aufwand habe eine angemessene Vergütung von 30,- DM ergeben. Später hat die Klägerin aufgrund einer "Nachkalkulation" einen Preis von 8,20 Euro für angemessen gehalten. Die Beklagte hat demgegenüber darauf verwiesen, dass vertraglich eine Vergütung für den fraglichen Zeitraum ausgeschlossen sei und es keinen Grundsatz gebe, dass Nebenleistungen im Zusammenhang mit der Sachleistung gesondert zu vergüten seien.

Mit Urteil vom 07.10.2002 hat das Sozialgericht unter Abweisung der weitergehenden Klage der Klägerin eine Vergütung von 1,40 Euro für den Arztbericht zugesprochen. Mangels einer vertraglichen Regelung komme nur ein Bereicherungsanspruch in Betracht, wobei der objektive Wert des Berichtes entsprechend einem kurzen Bericht eines Arztes zu bemessen sei, der nach dem EBM mit ca. 1,40 Euro zu vergüten sei.

Beide Beteiligte haben die vom Sozialgericht zugelassene Berufung eingelegt. Die Klägerin hält an ihrer Auffassung fest, dass nach dem entstehenden Aufwand eine Vergütung von mindestens 8,20 Euro angemessen sei. Im Übrigen trägt sie ausführlich zur Rechtslage und Unangemessenheit der bestehenden Vergütungsvereinbarung vor. Sie begehrt nunmehr die Feststellung, dass bis zum Abschluss einer vertraglichen Regelung alle von ihr erstellten Arztberichte mit 8,20 Euro zu vergüten seien.

Die Klägerin beantragt,

unter Änderung des Urteils des Sozialgerichts Köln vom 07.10.2002 festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, bis zum Abschluss eines Vertrages mit ihr - der Klägerin - oder ihrem Berufsverband Arztberichte nach Ziffer 29.5 der Heilmittel-Richtlinien mit 8,20 Euro zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen und unter Änderung des Urteils des Sozialgerichts Köln vom 07.10.2002 die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Sie rügt, die Klägerin habe nicht nachgewiesen, dass sie den Arztbericht tatsächlich erstattet habe. Im Übrigen seien die Sozialgerichte nicht befugt, im Streitfall die "angemessene" Vergütung festzusetzen.

Der verordnende Arzt Dr. N hat auf Anfrage mitgeteilt, dass die Klägerin die geforderten Arztberichte erstattet habe; er hat beispielhaft drei Berichte übersandt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen sind kraft Zulassung statthaft und auch sonst zulässig. Soweit die Klägerin in der mündlichen Verhandlung statt des ursprünglichen Leistungsantrages einen Feststellungsantrag gestellt hat, handelt es sich nicht um eine Klageänderung im Sinne des [§ 99 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), sondern um einen Fall des [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 7. Auflage, § 99 Rdn. 4). Die Umstellung auf eine Feststellungsklage wäre im Übrigen im Hinblick auf die zahlreichen weiteren Verfahren zwischen den Parteien mit gleichem Gegenstand sachdienlich, da mit der Feststellungsklage eine abschließende Klärung im Verhältnis zwischen den Parteien erreicht wird. Die Feststellungsklage ist zulässig. Eine solche Klage ist auch zur Klärung einzelner Elemente aus einem Rechtsverhältnis möglich. Die Klägerin kann somit das Bestehen eines Vergütungsanspruchs für die von ihr erstellten Arztberichte sowie dessen eventuelle Höhe feststellen lassen. Das erforderliche Feststellungsinteresse ist schon wegen der Vielzahl schon streitiger Leistungsfälle sowie der Notwendigkeit einer Klärung der Rechtslage zwischen den Parteien für künftige Fälle zu bejahen.

In der Sache bleibt jedoch die Berufung der Klägerin ohne Erfolg, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf die verlangte Vergütung. Dagegen war auf die Berufung der Beklagten das Urteil des Sozialgerichts abzuändern, da die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung einer Vergütung für den Bericht verurteilt worden ist.

Der Senat kann es auch in diesem Fall dahinstehen lassen, ob nicht die Klägerin ungeachtet ihrer verbalen Vorbehalte faktisch durch die jahrelangen Abrechnungen nach den Sätzen des Landesvertrages die Geltung dieser vertraglichen Regelungen anerkannt hat. Wenn sie wie im vorliegenden Fall zwar die Abrechnung ihrer Leistungen nach den Vergütungssätzen dieses Vertrages vornimmt, jedoch für den Arztbericht eine darüber hinausgehende Vergütung fordert, verhält sie sich widersprüchlich, da für die Nebenleistung - den Arztbericht - etwas anderes gelten soll als für die Hauptleistungen. Von daher spricht viel dafür, dass die Klägerin für den Arztbericht nur das verlangen kann, was die Vertragspartner des Landesvertrages vereinbart haben, nämlich einen Betrag von 0,56 Euro, allerdings erst für die ab 01.08.2002 erstatteten Berichte. Letztlich kann die Frage offen bleiben, denn wenn die vertraglichen Regelungen nicht gelten sollten, ist eine Rechtsgrundlage für die geforderte Vergütung nicht ersichtlich.

Zugunsten der Klägerin kann davon ausgegangen werden, dass ungeachtet der grundsätzlich öffentlich-rechtlichen Qualifizierung aller Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ([§ 69 Satz 1 SGB V](#)) die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) über Satz 3 a.a.O. Anwendung finden.

Ein Bereicherungsanspruch nach [§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB](#), wie ihn das BSG für die Vergütung der Leistungen bei einem vertragslosen Zustand bejaht hat ([SozR 3-2500 § 132a Nr. 1](#)), scheidet aus. Voraussetzung eines Bereicherungsanspruchs nach der genannten Norm ist, dass der Bereicherte "etwas" erlangt hat. Es muss durch die Leistung des Entreicherten oder in sonstiger Weise eine Verbesserung der Position des Bereicherten eingetreten sein. Dieser muss einen Vorteil erlangt haben, wobei allenfalls streitig ist, ob dieser Vorteil eine Verbesserung des wirtschaftlichen Vermögens des Begünstigten zur Folge haben muss (vgl. Palandt-Thomas, BGB, 62. Aufl., § 812 Rdn. 16; Münchener Kommentar - Lieb, BGB, Schuldrecht, Besonderer Teil III, 3. Aufl., § 812 Rdn. 284 ff.; Erman-H. P. Westermann, BGB, Bd. 1, 10. Aufl., § 812 Rdn. 3 ff; s.a. BGH [NJW 1995, 53](#), 54). Durch den Arztbericht der Klägerin nach Ziffer 29.5 der Heilmittel-Richtlinien hat die Beklagte aber nicht "etwas" erlangt, denn dieser Bericht ist an den Arzt gegangen und diente ausschließlich dessen Therapieplanung.

Während die Beklagte hinsichtlich der von der Klägerin gegenüber der Versicherten erbrachten physiotherapeutischen Leistungen von einer Verbindlichkeit (dem Sachleistungsanspruch der Versicherten) frei geworden ist, gilt dies nicht für den Arztbericht, denn der Sachleistungsanspruch des Versicherten bezieht sich allein auf die (Haupt-)Leistung selbst. Im Rahmen des Leistungsgeschehens ist es Sache des Arztes, in Ausfüllung des dem Versicherten eingeräumten Rechenrechts auf Krankenbehandlung den Anspruch auf bestimmte Behandlungsmaßnahmen zu konkretisieren (vgl. dazu grundlegend BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)) und in diesem Zusammenhang soll der Therapiebericht dem Arzt eine Rückmeldung für den Erfolg der veranlassten Maßnahmen und Hinweise für eventuelle weitere Behandlungsmaßnahmen geben. Die Beklagte erlangt durch den Bericht aber keinen (und erst recht keinen vermögenswerten) Vorteil.

Auch aus [§ 612 Abs. 1 BGB](#) lässt sich kein Anspruch auf eine Vergütung begründen. Voraussetzung dafür wäre, dass aus Sicht der Krankenkassen nach den Umständen objektiv eine Fertigung des Berichts nur gegen Entgelt zu erwarten war, also davon auszugehen war, dass ein in den Heilmittel-Richtlinien geforderter Arztbericht die Zahlung einer gesonderten Vergütung voraussetzte. Das ist nicht der Fall. Insoweit ist zu beachten, dass nach [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) Hilfeleistungen anderer Personen nur erbracht werden dürfen, wenn sie vom Arzt nicht nur verordnet, sondern auch verantwortet werden. Diese Überwachung der Behandlungsmaßnahmen setzt notwendig eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Hilfsperson - hier des Physiotherapeuten - voraus, in deren Rahmen eine Rückmeldung hinsichtlich des Erfolgs der durchgeführten Maßnahmen praktisch unerlässlich ist. Soweit der Leistungserbringer, wenn er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält, zusätzlich eine prognostische Einschätzung hinsichtlich des Erreichens des Therapiezieles abzugeben hat, dient der Bericht damit (auch) dem Interesse des Therapeuten an der Fortsetzung der Behandlungsmaßnahmen, da der Arzt weitere Leistungen nur bei einer positiven Einschätzung verordnen wird. Unter Berücksichtigung dieser Umstände ist davon auszugehen, dass der Bericht mit der Vergütung für die Leistungen abgegolten ist.

Hinzu kommt, dass das Ausfüllen des Vordrucks ersichtlich keinen größeren Zeitaufwand erfordert. Die Klägerin kann die Angaben ohne Weiteres an Hand des von ihr ohnehin aufzustellenden Therapieplanes und der ebenfalls zu führenden Behandlungsdokumentation machen. Bedenkt man ferner, dass den Leistungserbringern wegen ihrer Einbeziehung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung kraft gesetzlicher Anordnung auch eine nicht unerhebliche Verwaltungstätigkeit für die Einziehung der Zuzahlung der Versicherten auferlegt worden ist ([§ 43b SGB V](#)), die nicht gesondert vergütet wird, war hier eine Vergütung für den durch die Heilmittel-Richtlinien explizit vorgeschriebenen Arztbericht nicht zu erwarten.

Dies wird letztlich dadurch bestätigt, dass die Vertragspartner des Landesvertrages für die Zeit bis 01.08.2002 eine Vergütung für den Arztbericht nicht vorgesehen haben und für die Zeit danach auch faktisch nur die Erstattung der Portokosten vereinbart haben. Ohnehin wäre selbst bei Anwendung des [§ 612 BGB](#) die im Landesvertrag vereinbarte Vergütungsregelung als im Sinne des [§ 612 Abs. 2 BGB](#) "übliche" anzusehen, so dass für bis zum 31.07.2002 erstattete Berichte überhaupt keine Vergütung und für Berichte ab dem 01.08.2002 jedenfalls kein Betrag von 8,20 Euro wie beantragt zu zahlen wäre. Ob die Klägerin ab dem 01.08.2002 Anspruch auf die Vergütung von 0,56 Euro hat, hat der Senat nicht zu entscheiden; die Beklagte hat allerdings in der mündlichen Verhandlung zu erkennen gegeben, dass sie zur Zahlung dieses Betrages bereit ist.

Zweifelsfrei kann die Klägerin auch nicht nach [§ 316 BGB](#) eine Vergütung für den Arztbericht nach ihrer eigenen Preisliste berechnen. Es besteht eine gesicherte Rechtsprechung, dass bei Fehlen einer Preisvereinbarung die Klägerin nicht berechtigt ist, einseitig die Vergütung festzusetzen ([BSGE 66, 159](#), 162; BSG, Beschluss vom 27.10.1994 - 3 BK 4/93 -; Beschluss vom 04.03.2002 - [B 3 KR 12/01 B](#) -; Thüringer Landessozialgericht, Urteil vom 25.06.2003 - [L 6 KR 464/02](#); s.a. OLG Düsseldorf SGB 1993, 429).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum 01.01.2001 geltenden Fassung.

Der Senat hat im Hinblick auf die zahlreichen anhängigen Streitverfahren dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung beigemessen und daher die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-03-11