

L 16 KR 814/19

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KR 1648/17
Datum
14.08.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 814/19
Datum
24.03.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Bemerkung

Die Entscheidung ist nicht rechtskräftig.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 14.08.2019 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 20.480,24 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über Zahlungsansprüche im Leistungserbringerrecht der Hilfsmittelversorgung.

Die Klägerin ist im Bereich der häuslichen Versorgung als Leistungserbringerin von Hilfsmitteln – u.a. im Versorgungsbereich der Produktgruppe (PG) 11 Dekubitus – tätig. Sie versorgte über viele Jahre Versicherte der Beklagten mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus. Zuletzt war sie dem Rahmenvertrag der Beklagten vom 01.01.2008 für den Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus als Mitglied der vertragsschließenden Fa. Sanitätshaus R AG beigetreten.

In der Folge ließ die Beklagte die Versorgung mit Anti-Dekubitus-Systemen öffentlich ausschreiben. Sie kündigte mit Schreiben vom 25.05.2016 den u.a. mit der Klägerin bestehenden Vertrag zum 30.06.2016 für den Bereich der Anti-Dekubitus-Systeme. Die Fa. A GmbH, U, erhielt am 21.06.2016 den Zuschlag im Ausschreibungsverfahren für die Versorgung ab dem 01.07.2016.

Mit Schreiben vom 30.06.2016 wies die Klägerin die Beklagte darauf hin, dass nach ihren Erfahrungen mit Umversorgungen in Folge von Ausschreibungen die nach Beendigung der Laufzeit der Fallpauschale von den Krankenkassen vorgesehene, stichtagsbezogene Abholung von Hilfsmitteln nicht immer möglich sei. In vielen Fällen komme es dazu, dass die notwendige Folgeverordnung zum Stichtag nicht zur Verfügung stehe oder dass Versicherte die Herausgabe der bisher genutzten Matratzen verweigerten, da häufig eine Versorgung durch den Gewinner der Ausschreibung nicht rechtzeitig erfolge. Die Beklagte erwiderte, dass die von der Klägerin beschriebenen Szenarien sich allenfalls auf wenige Einzelfälle bezögen, die unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse gemeinsam erörtert werden könnten.

Mit Schreiben vom 16.10.2017 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten zunächst einen Anspruch auf Zahlung von Vergütungspauschalen i.H.v. 25.597,24 € (26.901,00 € abzüglich von der Beklagten gezahlter 1.303,76 €) geltend. Dies begründete sie im Wesentlichen damit, dass die Umversorgungen mit Dekubitus-Matratzen in einer Vielzahl von Fällen gescheitert seien, viele Versicherte der Beklagten daher auch nach dem 01.07.2016 die von ihr zur Verfügung gestellten Hilfsmittel gegen Dekubitus der PG 11 genutzt hätten und ihr deshalb aufgrund der entsprechenden Anwendung mietvertraglicher Vorschriften im Verhältnis zur Beklagten ein Entschädigungsanspruch in Höhe der ursprünglich vereinbarten und von ihr mit Rechnungen vom 10.10.2017 geltend gemachten Vergütungspauschalen zustehe. Die Beklagte lehnte eine Zahlung ab.

Am 21.12.2017 hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht Köln erhoben. Die Gewinnerin der Ausschreibung sei nicht in der Lage gewesen, die Versorgung zum 01.07.2016 umzusetzen. Dies habe dazu geführt, dass sie in einer Vielzahl von Fällen die von ihr zur Verfügung gestellten Hilfsmittel nicht habe abholen können. Sie habe der Beklagten unter Vorlage detaillierter Auflistungen (mindestens 75 Versicherte der Beklagten) mehrfach mitgeteilt, in welchem Umfang eine Umversorgung noch nicht erfolgt sei. Die unter Dekubitalgeschwüren leidenden Versicherten hätten schon aus ethischen Gründen nicht unversorgt bleiben können, so dass sie die Systeme bei den Versicherten belassen habe, die noch nicht von der Gewinnerin der Ausschreibung versorgt worden seien. Die Rückholung der einzelnen Hilfsmittel sei auch nicht nach Ablauf des jeweiligen Versorgungszeitraums, für welchen sie eine Versorgungspauschale erhalten habe, möglich gewesen. Bei dem Rahmenvertrag nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) handele es sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag in der Form eines gemischten Miet- und Dienstleistungsvertrags, welcher als Vertrag zu Gunsten Dritter ausgestaltet sei, da die Beklagte mit den Leistungen der Klägerin ihre Sachleistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten erfülle. Dass es sich bei dem Vertrag zwischen ihr und der Beklagten um einen Mietvertrag handele, ergebe sich insbesondere aus dem Kapitel „Grundsätze für die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen von Versorgungspauschalen“ des Rahmenvertrags. Dessen gesamte Struktur entspreche dem klassischen Mietvertrag, bei dem dem Vermieter die Überlassungs- und Instandhaltungspflichten auferlegt würden, während der Mieter die Nutzungsrechte eingeräumt bekomme. Seitens des Versicherten bestehe nach Ablauf des Genehmigungszeitraums primär eine Herausgabepflicht gegenüber der Beklagten. Zwischen ihr - der Klägerin - und den Versicherten komme keine vertragliche Vereinbarung zu Stande, so dass sich ihre sämtlichen Ansprüche nur gegen die Beklagte richten könnten. Diese sei als mittelbare Besitzerin der Hilfsmittel Mieterin im Sinne des [§ 535 BGB](#). Aus dieser Stellung folge ihre Rückgabepflicht bei Beendigung des Mietverhältnisses. Dieser Pflicht sei die Beklagte nicht nachgekommen. Spätestens nach Ablauf des Versorgungszeitraums habe sie kein Recht mehr zum Besitz gehabt. Nach [§ 546a BGB](#) könne der Vermieter, wenn der Mieter die Mietsache nach Beendigung des Mietverhältnisses nicht zurückgebe, für die Dauer der Vorenthaltung der Mietsache als Entschädigung die vereinbarte Miete oder die Miete verlangen, die für vergleichbare Sachen ortsüblich sei. Daher sei sie - die Klägerin - berechtigt, nach Maßgabe des gekündigten Vertrages die in der Vergangenheit berechnete Pauschalvergütung i.H.v. 290 € zuzüglich Mehrwertsteuer für die nicht abgeholten Hilfsmittel in Rechnung zu stellen. Der geltend gemachte Zahlungsanspruch bestehe zudem auch deshalb, weil die Beklagte gegen Informationspflichten aus dem Rahmenvertrag verstoßen habe. Diese habe die Leistungserbringer nach dem Vertrag zu informieren, wenn Hilfsmittel nicht mehr benötigt würden. Dieser Verpflichtung sei die Beklagte nicht nachgekommen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 20.480,24 € zuzüglich der gesetzlichen Verzugszinsen seit dem 31.10.2017 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Klägerin stehe schon kein Anspruch auf Zahlung dem Grunde nach zu. Nur die erfolgreich am Vergabeverfahren beteiligten Leistungserbringer seien berechtigt, die Versorgung durchzuführen. Die Klägerin sei ab dem 01.07.2016 lediglich noch berechtigt und verpflichtet gewesen, die laufenden, über den 30.06.2016 hinausgehenden Versorgungsleistungen durchzuführen, nicht aber, Versicherte neu zu versorgen. Um einen reibungsarmen Übergang der Versorgung zu ermöglichen, seien sowohl die Versicherten als auch die Klägerin angeschrieben und über das Erfordernis der Umversorgung informiert worden. Insbesondere, da Veränderungen des Gesundheitszustands möglich seien, sei für jede weitere Versorgung eine aktuelle ärztliche Verordnung erforderlich. Sofern eine weitere Versorgung medizinisch nicht angezeigt gewesen sei, sei die Klägerin nach dem Vertrag verpflichtet gewesen, die Hilfsmittel kostenfrei vom Versicherten abzuholen. Vereinzelt habe es Probleme bei der Umversorgung gegeben. Einzelfälle seien geknüpft an eine aktuelle ärztliche Verordnung geprüft worden. Es sei in diesen Fällen eine Vergütung anteilig nach Maßgabe der bisherigen Vertragspreise erfolgt. Bezüglich der streitigen Fälle habe die Prüfung ergeben, dass keine Folgeverordnungen vorlägen. Im Verfahren gehe es ausschließlich um Fälle, bei denen Versicherte nicht erreichbar gewesen seien oder es versäumt hätten, das Fortbestehen ihres Anspruchs durch eine ärztliche Verordnung nachzuweisen. In dieser Konstellation realisiere sich das von der Klägerin im Vertrag übernommene Risiko der Rückholpflicht. Der Rahmenvertrag sei auch nicht als Mietvertrag zu qualifizieren. Sie - die Beklagte - sei nie mittelbare Besitzerin geworden, sondern lediglich reiner Kostenträger. Die Klägerin interpretiere das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis zwischen Leistungserbringer, Versichertem und Krankenkasse falsch. Danach stünden Leistungserbringer und Versicherte in privatrechtlicher, meist kaufrechtlicher oder werkvertraglicher Beziehung zueinander, während die Krankenkasse dem Versicherten hoheitlich gegenüberstehe. Zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bestünde ein Gleichordnungsverhältnis, welches dem öffentlichen Recht unterliege und zumeist durch vertragliche Regelungen - wie hier durch Rahmenverträge - näher ausgestaltet werde. Nach der Rechtsprechung seien Störungen im Dreiecksverhältnis zwischen den unmittelbar Beteiligten abzuwickeln, im vorliegenden Fall zwischen den Versicherten und der Klägerin. Wenn diese das Hilfsmittel den Versicherten weiterhin überlassen habe, weil man der festen Überzeugung gewesen sei, dass der Versicherte das Hilfsmittel nach wie vor benötige, dann betreffe dies ausschließlich das privatrechtliche Verhältnis zwischen Versichertem und Klägerin. Diese habe es zudem versäumt, die Einzelfälle, für welche sie Kosten geltend mache, hinreichend konkret zu benennen, so dass die Klage bereits aus diesem Grund abzuweisen sei. Darüber hinaus sei auch die Schadenshöhe nicht nachvollziehbar. Die Klägerin beanspruche pro Einzelfall die Pauschale von 290 € für einen Zeitraum von einem ganzen Jahr, ohne darzulegen, wie lange die Interimsversorgung gedauert habe.

Mit Urteil vom 14.08.2019 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Klägerin stehe unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt ein Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von 20.480,24 € zu. Bei der zwischen den Beteiligten geschlossenen Vereinbarung handele es sich um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Es könne offenbleiben, ob [§ 546a BGB](#) über [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) Anwendung finde oder es sich bei dem Rahmenvertrag insoweit um eine abschließende Regelung handele, die einen Rückgriff auf [§ 546a BGB](#) sperre. Jedenfalls fehle es an der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen des [§ 546a Abs. 1 BGB](#). Der Rahmenvertrag sei kein Mietvertrag im Sinne des [§ 535 BGB](#). Es fehle der für einen entsprechenden Vertragsschluss notwendige Bezug zu einem konkreten Mietobjekt. Der Rahmenvertrag regle lediglich den Rahmen der Versorgung von Versicherten. Es sei nicht ersichtlich, durch welche Handlungen der Beteiligten im Hinblick auf die streitigen Versorgungsfälle ein Mietvertrag durch Angebot und Annahme geschlossen worden sein solle. Allenfalls sei aufgrund der Überlassung von Hilfsmitteln jeweils konkludent ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag zwischen der Klägerin und den jeweiligen Versicherten mit überwiegend mietvertraglichen Elementen zustande gekommen. Auch liege kein Verstoß der Beklagten gegen die Pflicht zur Rückgabe der Hilfsmittel vor. Mangels Abschlusses eines Mietvertrags im Verhältnis Klägerin - Beklagter habe keine Rückgabepflicht der Beklagten nach [§ 546 BGB](#) bestanden. Die Klägerin lege auch nicht hinreichend dar, woraus sich eine solche nach dem Rahmenvertrag ergeben solle. Anlage 2.11 zum Vertrag nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) regle unter § 3 II. B. Nr. 5 eine Pflicht des Leistungserbringers, nicht mehr benötigte Hilfsmittel abzuholen. Eine Regelung zu einer

Rückgabepflicht der Beklagten sei gerade nicht existent. Nach dem Vertrag sei es vielmehr Sache des Leistungserbringers, die Hilfsmittel wieder in Besitz zu nehmen. Darüber hinaus könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Beklagte der Klägerin Mietsachen vorenthalten habe. In den von der Beklagten versandten Musterschreiben nach dem Wechsel des Leistungserbringers sei die Klägerin von der Beklagten zur Abholung der Hilfsmittel aufgefordert worden. Es sei daher nicht ersichtlich, dass die Beklagte einen dokumentierten Besitzwillen gehabt hätte. Einer Abholung der Matratzen habe allenfalls ein Besitzwille der Versicherten, nicht aber der Beklagten, entgegengestanden. Der Klägerin stehe gegenüber der Beklagten auch kein Schadensersatzanspruch bei Verstoß gegen vertragliche Nebenpflichten i.S. des [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 280 BGB](#) zu. Anlage 2.11 zum Vertrag regele unter § 3 II C Nr. 5 eine vertragliche Nebenpflicht der Beklagten dahingehend, dass diese zur optimalen Nutzung der vorhandenen Hilfsmittel den Leistungserbringer informiere, wenn ein Hilfsmittel vom Versicherten nicht mehr benötigt werde. Für eine schadensursächliche Pflichtverletzung dieser vertraglichen Nebenpflicht durch die Beklagte biete der Vortrag der Klägerin keinerlei Anhaltspunkte. Die Klägerin trage gerade vor, dass die Hilfsmittel von den schwer erkrankten Versicherten nach Ablauf des Versorgungszeitraums noch benötigt worden seien. Auch habe die Beklagte die Klägerin gerade in Musterschreiben aufgefordert, die Hilfsmittel nach Ablauf des Versorgungszeitraums abzuholen. Der Klägerin stehe auch kein Anspruch nach Maßgabe der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung zu. Die Grundsätze des Leistungserbringungsrechts stünden nach der Rechtsprechung des BSG einem auf den Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gestützten Anspruch gegen den Kostenträger entgegen, wenn Leistungen an Versicherte erbracht würden, zu denen der Leistungserbringer nach diesen Grundsätzen nicht berechtigt sei. Diese Situation sei auch im Fall der Umversorgung gegeben, weil mit Ablauf der Gültigkeit des Vertrags der ehemalige Leistungserbringer ohne weitere Absprache mit der Krankenkasse nicht berechtigt sei, den Versicherten im System des SGB V zu versorgen. Letztendlich mache die Klägerin mit ihrem Klagebegehren eine Ausfallhaftung der Beklagten für nicht zurückgegebene Hilfsmittel geltend, für die jedoch eine Rechtsgrundlage fehle.

Gegen dieses ihr am 17.09.2019 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit der am 11.10.2019 eingelegten Berufung. Auf der Grundlage des Rahmenvertrages nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) würden nach Verordnung durch den Arzt und Genehmigung seitens der Beklagten spätestens mit der Lieferung beim Versicherten einzelne Mietverträge zwischen ihr als Leistungserbringerin und der Krankenkasse über das jeweils konkrete Hilfsmittel (Anti-Dekubitus-Systeme) geschlossen, nicht aber zwischen ihr und den Versicherten. Auch sei die Beklagte mittelbare Besitzerin des Hilfsmittels geworden, was für die Begründung des Mietverhältnisses ausreiche. Diese habe ihre Pflicht zur rechtzeitigen Rückgabe bzw. Abholung der Mietsachen nach Ende des Versorgungsauftrages bzw. Ablaufs des Zeitraums, für den die Versorgungspauschale gezahlt worden sei, nicht erfüllt und sei daher nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 546a Abs. 1 BGB](#) zur Nutzungsentschädigung in Höhe der Pauschalvergütung des gekündigten Vertrages verpflichtet. Alternativ ergebe sich dies aus einem Schadensersatzanspruch wegen Verletzung einer Nebenpflicht nach [§§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2 BGB](#) analog i.V.m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) oder einen Anspruch auf Aufwendungs- bzw. Wertersatz nach den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag oder des Bereicherungsrechts.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 14.08.2019 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr 20.480,24 € zuzüglich der gesetzlichen Verzugszinsen seit dem 31.10.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das Urteil des Sozialgerichts. Zwischen ihr und der Klägerin habe nur der öffentlich-rechtliche Rahmenvertrag nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) zur Versorgungsberechtigung der Klägerin gegenüber den Versicherten bestanden, jedoch kein zivilrechtlicher Mietvertrag über die jeweils konkreten Hilfsmittel. Auch sei [§ 546 BGB](#) tatbestandlich nicht anwendbar, da die Klägerin die Hilfsmittel bewusst bei den Versicherten auch nach dem Wechsel des Leistungserbringers bzw. dem Ablauf der Fristen, für die die Versorgungspauschale gezahlt worden sei, belassen und somit ihren mangelnden Rückholwillen dokumentiert habe. Im Übrigen habe die Klägerin gegen ihre Rückholpflicht nach [§ 3 II B Nr. 5](#) der Anlage 2.11 zum Rahmenvertrag verstoßen. Damit treffe sie das Risiko einer Nichtrückgabe der Hilfsmittel.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte nebst Anlagen, sowie die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige, insbesondere statthafte sowie fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die zulässige echte Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. Die Klägerin hat gegen die Beklagte aus keinem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt einen Anspruch auf Zahlung von 20.480,24 €, so dass auch der geltend gemachte Zinsanspruch nicht besteht.

Ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung des begehrten Betrages besteht bereits dem Grunde nach nicht. Zwischen diesen sind in der Zeit des bis 30.06.2016 geltenden Rahmenvertrages nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) (hier in der vom 01.01.2012 bis 10.04.2017 gültigen Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-VStG - vom 22.12.2011, [BGBl. I S. 2983](#)) insbesondere keine Mietverträge über einzelne, den Versicherten der Beklagten aufgrund einer ärztlichen Verordnung gelieferte Dekubitus-Hilfsmittel geschlossen worden, so dass kein Rückgabeanpruch der Klägerin gegenüber der Beklagten nach [§ 546 Abs. 1 BGB](#) und damit auch kein Anspruch auf Nutzungsentschädigung wegen Vorenthaltung der Mietsache gemäß [§ 546a Abs. 1 BGB](#) besteht. Auch scheiden Schadensersatzansprüche nach [§ 280 Abs. 1 Satz 1 BGB](#) ebenso aus wie Aufwendungs- oder Wertersatzansprüche wegen einer Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigten Bereicherung. Das in weiten Teilen aus Wiederholungen des erstinstanzlichen Vortrages bestehende Berufungsvorbringen der Klägerin ist in keiner Weise geeignet, eine ihr günstigere Entscheidung zu rechtfertigen, weil es auf einer grundlegenden Verkennung der Rechtslage beruht.

Die bürgerlich-rechtlichen Vorschriften über Verträge, insbesondere Mietverträge, kommen im Verhältnis zwischen den Beteiligten nicht zur Anwendung. Die [§§ 535 ff. BGB](#) gelten im Verhältnis Klägerin - Beklagte schon deswegen nicht, weil der inzwischen ihnen bis 30.06.2016 geltende öffentlich-rechtliche Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 11 (Hilfsmittel gegen Dekubitus) nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#)

die Rechtsbeziehungen abschließend geregelt hat und die von der Klägerin geltend gemachten Ansprüche nicht vorsehen. Die gegenteilige Auffassung der Klägerin verkennt die nur begrenzte Reichweite des [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) mit seiner Anordnung der entsprechenden Geltung der Vorschriften des BGB sowie die gesetzlich und höchstrichterlich ausgeformten Grundsätze des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses im Bereich der GKV.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (hier in der bis 05.08.2016 gültigen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung des Vergaberechts - VergRMdG - vom 17.02.2016, [BGBl. I S. 203](#)) regelt u.a. das Vierte Kapitel (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, §§ 69 bis 140h) abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden (also auch zur Klägerin). Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind ([§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Hiermit hat der Gesetzgeber die ausschließliche Geltung öffentlichen Rechts im Bereich der Leistungsbeschaffung (und damit auch für den Bereich der Hilfsmittel durch Verträge nach [§§ 126, 127 SGB V](#)) angeordnet. Somit müssen alle Handlungen der Krankenkassen und ihrer Verbände, die ihre Beziehungen zu den Leistungserbringern sowie zu hiervon berührten Dritten betreffen, ausschließlich nach öffentlichem Recht beurteilt werden. Zivilrechtliche Vorschriften sind nicht mehr maßgebend für diese Rechtsbeziehungen, sondern können nur noch lückenfüllend und ergänzend herangezogen werden und dies lediglich „entsprechend“ und nicht etwa unmittelbar, wie dies noch dem bis zum 31.12.1999 geltenden Recht der Beziehungen zu nichtärztlichen Leistungserbringern entsprochen hat (BSG, Urteil vom 12.05.2005 - [B 3 KR 32/04 R](#) - Rn. 25, juris).

Dementsprechend ist die rechtliche Konstruktion im Dreiecksverhältnis Leistungserbringer - Versicherter - Krankenkasse i.d.R. folgende: Leistungserbringer und Versicherte stehen in privat-, meist kauf-, dienst-, miet- oder werkvertragsrechtlichen Beziehungen zueinander, während die Krankenkasse dem Versicherten hoheitlich gegenübertritt. Leistungserbringer und Krankenkasse stehen sich in einem Gleichordnungsverhältnis gegenüber, welches, wie beschrieben, dem öffentlichen Recht unterliegt ([§ 69 Abs. 1 SGB V](#)) und zumeist durch vertragliche Regelungen - hier die Rahmenverträge nach [§ 127 SGB V](#) - näher ausgestaltet ist (BSG, Urteil vom 07.12.2006 - [B 3 KR 29/05 R](#) - Rn. 22, juris). Dementsprechend begründet [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) im Zusammenspiel mit den konkretisierenden vertraglichen Vereinbarungen eine öffentlich-rechtliche Leistungsberechtigung und -verpflichtung für die zugelassenen ([§ 126 Abs. 1 SGB V](#)) Hilfsmittelerbringer, die Versicherten mit vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln zu versorgen. Dagegen richtet sich die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht nach dem Recht des Miet- oder ggf. Werkvertrags. Denn die Hilfsmittelerbringer erwerben im Gegenzug für die Erfüllung ihrer öffentlich-rechtlichen Leistungspflicht einen durch Normenverträge näher ausgestalteten gesetzlichen Anspruch auf Vergütung gegen die Krankenkassen, der schon in [§ 127 SGB V](#) vorausgesetzt wird. Rechtsnatur und Struktur des Vergütungsanspruchs der Hilfsmittelerbringer folgen damit der Einbindung dieser Leistungserbringer in den öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag der Krankenkasse, die mit der Versorgung Versicherter mit vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln ihre im Verhältnis zu den Versicherten bestehende Pflicht zur Krankenbehandlung ([§§ 27, 33 SGB V](#)) erfüllt. Leistet ein zugelassener Hilfsmittelerbringer entsprechend seiner Berechtigung und Verpflichtung einem Versicherten aufgrund ordnungsgemäßer vertragsärztlicher Verordnung, erwächst ihm daraus ein gesetzlicher Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse (zum Vorstehenden BSG, Urteil vom 13.09.2011 - [B 1 KR 23/10 R](#) - Rn. 11, juris, für den parallelen Bereich der Heilmittelversorgung nach [§§ 124, 125 SGB V](#); BSG, Urteil vom 28.09.2010 - [B 1 KR 3/10 R](#) - Rn. 13, juris, für die Leistungserbringung durch Apotheken nach [§ 129 SGB V](#); zur Hilfsmittelversorgung ThürLSG, Urteil vom 27.05.2013 - [L 6 KR 811/11](#) - Rn. 16, juris).

Entsprechend dieser gesetzlichen Grundkonzeption regelte der auch für die Klägerin geltende Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus vom 01.01.2008 nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) einschließlich seiner ausführlichen Anlagen die Rechtsbeziehungen der entsprechenden Leistungserbringer mit der beklagten Krankenkasse hinsichtlich der Versorgung Versicherter mit den dort aufgeführten Hilfsmitteln abschließend, wie sich u.a. aus § 3 ergibt, nach dem Art und Umfang der Leistungen „durch diesen Vertrag und seine Anlagen 1 und 2 bestimmt [werden]“. Weder was die Abgabe, den Wiedereinsatz, die Reparatur und Wartung, die Einweisung, Beratung und Betreuung noch die Begleitung der Versicherten sowie die Abrechnung und Vergütung der Leistungen anbelangt (s. § 1 Abs. 1 des Rahmenvertrages), haben die Vertragsparteien auch nur ergänzend die Geltung bürgerlich-rechtlicher Vorschriften einschließlich des Mietrechts bezogen auf konkrete Hilfsmittel, die an Versicherte abgegeben werden, vereinbart. Dies ist im Übrigen auch folgerichtig. Denn Gegenstand dieses „Rahmenvertrages“ nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) ist nicht die Verschaffung von (unmittelbarem oder mittelbarem) Besitz an den in Anlage 2.11 benannten Hilfsmitteln, sondern die Versorgungsberechtigung der Klägerin und die hierfür geltenden Rahmenbedingungen. Entsprechend regelt der Vertrag, wie sich insbesondere aus der in § 3 normierten Art und dem Umfang der Leistungen ergibt, abstrakt den Leistungsumfang, welcher gegenüber im Einzelfall berechtigten Versicherten zu gewähren ist, um hierfür eine bestimmte Vergütung von der Beklagten in der regelhaften Form der Versorgungspauschale (§ 8 des Vertrages i.V.m. der Vergütungsvereinbarung nach Anlage 3.11) beanspruchen zu können (siehe auch LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 25.9.2019 - L 5 KR 240/18 - Umdruck S. 12 f. zu einem parallelen Rahmenvertrag über Hilfsmittel zur Schlafapnoe-Therapie). Eine wie immer geartete Besitzverschaffung der Klägerin (als Eigentümerin der Hilfsmittel) an die Beklagte für einzelne, an Versicherte abzugebende Hilfsmittel unter Begründung eines zivilrechtlichen Mietverhältnisses ([§§ 535 ff. BGB](#)) mit allen sich hieraus ergebenden Konsequenzen einschließlich der von der Klägerin reklamierten Rückgabepflicht nach [§ 546 Abs. 1 BGB](#) ist diesem Rahmenvertrag hingegen nicht zu entnehmen und wäre nach dem soeben Ausgeführten systemwidrig. Im Gegenteil ist, worauf die Beklagte wiederholt zu Recht hingewiesen hat, in Anlage 2.11 § 3 II B Nr. 5 Satz 1 ausdrücklich geregelt, dass der an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet ist, nicht mehr benötigte Hilfsmittel umgehend, spätestens innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Beauftragung durch die Krankenkasse abzuholen. Die Rückholpflicht ist hiernach dem Leistungserbringer und nicht der Krankenkasse zugewiesen und damit auch das Risiko des Scheiterns der Rückholbarkeit, gleich aus welchem Grund (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 25.09.2019 - L 5 KR 240/18 - Umdruck S. 13). Dies gilt mangels einer anderweitigen Regelung auch für das Ende der Versorgungsnotwendigkeit infolge eines Wechsels des Leistungserbringers. Dass die Krankenkasse verpflichtet ist, den Leistungserbringer nach Anlage 2.11 § 3 II C Nr. 5 zu informieren, sobald sie Kenntnis davon erlangt, wenn ein Hilfsmittel vom Versicherten nicht mehr benötigt wird, begründet keine eigenständige Herausgabepflicht der Beklagten, sondern allenfalls, wie das Sozialgericht zu Recht ausgeführt hat, ein vertragliches Informationsgebot als Nebenpflicht. Aus alledem folgt, dass die Beklagte nicht Adressatin einer Herausgabepflicht bezogen auf konkrete Hilfsmittel sein kann und der abschließende öffentlich-rechtliche Rahmenvertrag aus 2008 einer Anwendung des [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und damit der entsprechenden Geltung der mietvertraglichen Regelungen des BGB im Verhältnis Leistungserbringer-Krankenkasse von vornherein entgegensteht.

Ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte folgt auch nicht aus dem Gesichtspunkt des Schadensersatzes nach [§ 280 Abs. 1 Satz 1 BGB](#). Zwar sind Schadensersatzansprüche in Anwendung der zivilrechtlichen Vorschriften bei Verletzung vertraglicher Pflichten zwischen

Leistungserbringern und Krankenkassen auch mit der Neufassung des [§ 69 SGB V](#) zum 01.01.2000 weiterhin möglich (vgl. BSG, Urteil vom 11.11.2013 – [B 1 KR 22/12 R](#) – Rn. 10, juris; Urteil vom 24.01.2008 – [B 3 KR 2/07 R](#) – Rn. 21 ff., juris). Ein solcher scheidet hier jedoch mangels Pflichtverletzung der Beklagten gegenüber der Klägerin aus. Die Verletzung einer auf konkrete Dekubitus-Hilfsmittel bezogenen Rückgabepflicht der Beklagten liegt nicht vor, weil eine solche Pflicht der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer nach dem maßgeblichen Rahmenvertrag gerade nicht besteht (s.o.). Dementsprechend stellen Versicherte auch keine Erfüllungsgehilfen der Krankenkasse i.S.d. [§ 278 BGB](#) dar, soweit sie Hilfsmittel nach Ablauf der Versorgungsberechtigung der Klägerin bzw. des Zeitraums, für den die (letzte) Versorgungspauschale gezahlt worden ist, nicht herausgeben. Soweit die Klägerin eine Pflicht der Beklagten zum Schadensersatz aus der Verletzung einer Nebenpflicht zur Information nach Anlage 2.11 § 3 II C Nr. 5 des Rahmenvertrages nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) herleiten möchte, geht auch dies fehl. Die Beklagte hat ausweislich der aktenkundigen Musterschreiben die Klägerin im Zuge der Umversorgung ab dem 01.07.2016 gerade aufgefordert, die Hilfsmittel nach Ablauf des Versorgungszeitraums abzuholen. Daher ist eine schadensbewehrte Verletzung der Informationspflicht der Beklagten, die dazu noch kausal für das Entstehen des vermeintlichen Schadens der Klägerin sein müsste, nicht ersichtlich.

Ein Zahlungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte ergibt sich schließlich auch nicht aus einer entsprechenden Anwendung der Regelungen bezüglich der Geschäftsführung ohne Auftrag ([§§ 683, 670 BGB](#)) oder der ungerechtfertigten Bereicherung ([§§ 812 ff. BGB](#)). Nach ständiger Rechtsprechung des BSG stehen die Grundsätze des Leistungserbringerrechts einem auf den Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gestützten Anspruch gegen den Kostenträger entgegen, wenn Leistungen an Versicherte erbracht werden, zu denen der Leistungserbringer nach diesen Grundsätzen nicht berechtigt ist (BSG, Urteil vom 28.03.2000 – [B 1 KR 21/99 R](#) – Rn. 30, juris m.w.N.). Dies ist hier gegeben, weil die Klägerin mit der Kündigung des Rahmenvertrages und dem Wechsel des Leistungserbringers zum 01.07.2016 bzw. spätestens mit dem Ablauf des Zeitraums, für den die letzte Versorgungspauschale gezahlt wurde, der Beklagten gegenüber zur Versorgung ihrer Versicherten mit Dekubitus-Hilfsmitteln der PG 11 nicht mehr berechtigt gewesen ist. Damit würde ein Aufwendungsersatzanspruch der Klägerin im Übrigen auch an [§ 683 Satz 1 BGB](#) scheitern, weil die Übernahme der Geschäftsführung danach dem Interesse und dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entsprechen muss. Ab dem 01.07.2016 entsprach es aber dem erkennbaren Interesse und dem wirklichen Willen der Beklagten, die Versorgung ihrer Versicherten mit Dekubitus-Hilfsmitteln nur durch den neuen Leistungserbringer sicherzustellen, nicht aber durch die Klägerin, die ihrer Leistungsberechtigung verlustig gegangen ist. Soweit die Klägerin Versicherte der Beklagten über die o.a. Zeitpunkte hinaus versorgt hat, hat sie letzten Endes nicht das Geschäft der Beklagten, sondern dasjenige des neuen Leistungserbringers geführt, ohne dass der Senat den rechtlichen Vorgang im Verhältnis der beiden Leistungsanbieter – mangels Entscheidungserheblichkeit im hiesigen Verfahren – abschließend bewerten müsste. Folgerichtig scheidet dann auch ein Zahlungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte nach bereicherungsrechtlichen Grundsätzen aus, da es sich aufgrund der dargestellten Interessenlage um eine der Beklagten aufgedrängte Bereicherung gehandelt hätte, für die Wertersatz grundsätzlich nicht zu leisten ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 1 GG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#) und [3](#), [47 Abs. 1 GKG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-31