

## L 5 KR 231/02

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Köln (NRW)  
Aktenzeichen  
S 19 KR 225/01  
Datum  
07.10.2002  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 231/02  
Datum  
25.09.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 31/03 B  
Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 07.10.2002 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

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

Die Klägerin betreibt eine krankengymnastische Praxis in C und ist als Leistungserbringerin zugelassen. Sie hat keine Preisvereinbarungen 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 der Anlage 2 des Vertrages zwischen den Landesverbänden im Zentralverband der Krankengymnasten/Physiotherapeuten (ZVK) e.V., Köln, dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK) e.V., Bochum, der Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten (VSK) e.V., Berlin und den Landesvertretungen des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg und des Arbeiter- und Ersatzkassenverbandes e.V., Siegburg (im Folgenden ZVK-VdAK-Vertrag), vergütet.

Die seit dem 01.07.2001 geltende Neufassung der Heilmittel- Richtlinien vom 06.02.2001 (BAnz Beilage Nr. 118a) schreibt in Ziff. 29.2 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 abzugeben. Der ZVK-VdAK-Vertrag sieht als Vergütung für den Arztbrief seit dem 01.02.2002 einen Betrag von 0,56 Euro vor, als Übergangsregelung hatten die Vertragspartner eine Vergütung von 1,10 DM vorgesehen.

Die Klägerin erbrachte für die bei der Beklagten versicherte Frau G aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung zwischen dem 20.07. und 29.08.2001 krankengymnastische Leistungen. In ihrer Abrechnung vom 15.10.2001 forderte sie neben der Vergütung der Leistungen nach den Sätzen des ZVK-VdAK-Vertrages für einen Arztbericht einen Betrag von 30,- DM. Die von der Beklagten beauftragte Abrechnungsstelle setzte diesen Betrag von der Rechnung ab.

Mit ihrer am 28.12.2001 erhobenen Klage hat sich die Klägerin gegen diese Kürzung ihrer Rechnung wegen der Behandlung der Versicherten G gewandt. Wegen des vertragslosen Zustandes sei sie berechtigt, eine Vergütung nach ihrer eigenen Preisliste zu fordern, zumal die vertraglich vereinbarte Vergütung unangemessen sei. Während sie in ihrer Klagschrift noch eine Vergütung von 30,- DM zuzüglich eines Verwaltungskostenzuschlags von 3,- DM gefordert hat, hat sie dann aufgrund einer "Nachkalkulation" ihre Forderung auf 8,20 Euro reduziert. In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte hinsichtlich eines Betrages von 0,56 Euro ein Teilanerkennnis abgegeben, das die Klägerin angenommen hat.

Mit Urteil vom 07.10.2001 hat das Sozialgericht unter Zulassung der Berufung die weitergehende Klage abgewiesen. Es hat gemeint, zwar stehe der Klägerin wegen der Erstattung des Arztberichtes grundsätzlich ein Bereicherungsanspruch zu, der objektive Wert der Bereicherung richte sich jedoch nach der im ZVK-VdAK-Vertrag getroffenen Vergütungsvereinbarung.

Gegen das ihr am 22.11.2002 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 11.12.2002 Berufung eingelegt, zu deren Begründung sie im Wesentlichen weiterhin die Unangemessenheit der bestehenden Vergütungsvereinbarungen sowie die Bestimmung des objektiven Werts des Berichts durch das Sozialgericht rügt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 07.10.2002 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere 7,64 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

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 kraft Zulassung statthafte und auch sonst zulässige Berufung ist nicht begründet, denn das Sozialgericht hat im Ergebnis die Klage zu Recht abgewiesen. Ein Anspruch auf eine (höhere) Vergütung für den Arztbericht besteht für die Klägerin nicht.

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 ZVK-VdAK-Vertrages die Geltung dieser vertraglichen Regelungen anerkannt hat. Wenn sie wie im vorliegenden Fall zwar die Abrechnung ihrer Leistungen nach den Vergütungssätzen des 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 nicht mehr verlangen kann, als die Vertragspartner des ZVK-VdAK-Vertrages vereinbart haben, nämlich einen Betrag von 1,10 DM bzw. 0,56 Euro. Letztlich kann die Frage offen bleiben, denn wenn die vertraglichen Regelungen nicht gelten sollten, ist eine Rechtsgrundlage für die geforderte Vergütung nicht ersichtlich.

Dabei kann zugunsten der Klägerin 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 Gesetzbuchs (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 Rdnr. 3 ff; BGH [NJW 1995, 53](#), 54 ). Durch den Arztbericht der Klägerin nach Ziff. 29.5 der Heilmittelrichtlinien 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 Rahmenrechts 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 veranlassenen 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 (höhere) 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 nur gegen Zahlung einer gesonderten Vergütung zu erbringen war. 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 Beklagte hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Klägerin die Angaben ohne Weiteres an Hand des von ihr ohnehin aufzustellenden Therapieplanes und der ebenfalls zu führenden Behandlungsdokumentation machen kann. 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 ZVK- VdAK-Vertrags faktisch nur die Erstattung der Portokosten vereinbart haben. Ohnehin wäre selbst bei Anwendung des [§ 612 BGB](#) die im ZVK-VdAK-Vertrag vereinbarte Vergütung als i.S.d. [§ 612 Abs. 2 BGB](#) "übliche" anzusehen, so dass auch insofern ein weitergehender Vergütungsanspruch der Klägerin zu verneinen wäre.

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.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-02-11