

L 16 KR 91/03

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 9 (1) KR 127/01
Datum
31.03.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 91/03
Datum
25.03.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 21/04 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 31. März 2003 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers für seinen Therapiebericht an den behandelnden Arzt.

Der Kläger ist zur Abgabe physikalisch-therapeutischer/physiotherapeutischer Leistungen an die Versicherten der Beklagten bzw. deren Rechtsvorgängerin (im Folgenden einheitlich Beklagte) zugelassen. Nach dem 1995 zwischen dem VDB- Physiotherapieverband e.V. - Landesverband Nordrhein-Westfalen -, deren Mitglied der Kläger ist, und dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen, deren Mitglied die Beklagte ist, geschlossenen Rahmenvertrag richteten sich Art und Umfang der Leistungen im Sinne dieses Vertrages nach der vertragsärztlichen Verordnung auf der Grundlage der Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sowie der Leistungsbeschreibung (§ 4 Abs. 1). Nachdem mit Wirkung vom 01.07.2001 in die Heilmittelrichtlinien (HMR) die Regelung aufgenommen worden war, dass der Therapeut gehalten ist, den verordnenden Vertragsarzt jeweils nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten und eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels abzugeben, sofern er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält (Abschnitt VII.29.5. HMR), stellte der Kläger der Beklagten mit Schreiben vom 27.08.2001 5,- DM (= 2,56 Euro) für die Erstellung eines Therapieberichts nach Abschluß der Behandlung eines Versicherten der Beklagten im Juli/August 2001 an den Arzt in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Zahlung ab, weil eine entsprechende Gebühr nicht vereinbart sei.

Der Kläger hat am 07.12.2001 vor dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf Klage auf Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 6,10 DM (5,- DM plus 1,10 DM Porto = 3,12 Euro) nebst Zinsen erhoben. Er hat geltend gemacht, das kommunikative Element der Mitteilung an den Vertragsarzt, zu der der Heilmittelerbringer nunmehr verpflichtet worden sei, sei Kernstück der neuen HMR. Nach den Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände solle auch für Zusatzleistungen eine Vergütung vereinbart werden. Da sich die Beklagte bzw. deren Verband bisher geweigert habe, eine entsprechende Vereinbarung für den streitigen Zeitraum abzuschließen, müsse in unmittelbarer oder entsprechender Anwendung der Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die übliche Vergütung gezahlt werden. Diese liege mindestens in Höhe der geforderten 6,10 DM, weil die Erstellung des Berichts eine nicht zu unterschätzende Leistung darstelle und durch die Übermittlung Portokosten entstünden. Zumindest sei die Beklagte zu Lasten der Heilmittelerbringer mit der Erstellung des Berichts zu Unrecht bereichert, so dass sich hieraus ein entsprechender Anspruch ergebe. Dabei müsse berücksichtigt werden, dass sich die Beklagte vertrags- und treuwidrig verhalte, wenn sie eine entsprechende Vergütungsvereinbarung verweigere.

Die Beklagte hat eingewandt, es fehle für die Forderung des Klägers an einer Vergütungsvereinbarung, zu deren Abschluß auch nicht sie, sondern lediglich ihr Verband berechtigt sei.

Mit Urteil vom 31.03.2003 hat das SG die Klage abgewiesen, weil es sowohl an einer wirksamen vertraglichen Vereinbarung bezüglich der Erstattung des Therapieberichtes als auch einer solchen über dessen Vergütung fehle. Da folglich der Heilmittelerbringer nicht zur Erstattung des Berichts verpflichtet sei, stehe ihm auch kein Vergütungsanspruch zu. Auf die Entscheidungsgründe im Einzelnen wird Bezug genommen.

Gegen das ihm am 25.04.2003 zugestellte Urteil hat der Kläger am 29.04.2003 Berufung eingelegt. Er macht weiterhin geltend, seine

Verpflichtung zur Erstattung des Therapieberichtes ergebe sich aus dem Rahmenvertrag. Er ist der Auffassung, Absprachen zwischen Therapeut und Vertragsarzt habe es vor Änderung der HMR nicht gegeben; sie seien vom Vertragsarzt sogar unerwünscht gewesen. Die nunmehr eingeführte Verpflichtung zur Erstattung des Therapieberichtes sei als Nebenpflicht eine vergütungsfähige Leistung, die mangels entsprechender Vereinbarung der Höhe nach entsprechend der üblichen Vergütung festzusetzen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des SG Düsseldorf vom 31.03.2003 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm 3,12 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz nach § 1 des Diskontsatz-Überleitungs-Gesetzes vom 09.06.1998 ab dem 01.10.2001 zu zahlen,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält an ihrer bisherigen Auffassung fest.

Der Senat hat eine Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 13.02.2004 eingeholt, auf welche verwiesen wird.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die kraft Zulassung statthafte Berufung, die auch im Übrigen zulässig ist, ist unbegründet. Das im Wege der allgemeinen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) zulässigerweise geltend gemachte Zahlungsbegehren (vgl. Bundessozialgericht - BSG - [SozR 3-2500 § 125 Nr. 1 S. 3](#)) ist nicht begründet, denn dem Kläger steht kein Anspruch auf Vergütung des von ihm erstatteten Therapieberichtes (in Höhe von 5,- DM = 2,56 Euro) zu.

Dies folgt allerdings nicht aus seiner mangelnden Verpflichtung zur Erstellung derartiger Berichte, wie das SG wohl unter Verwechslung der Rahmenempfehlungen i.S.d. [§ 125 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) - (SGB V) und der Rahmenverträge nach [§ 125 Abs. 2 SGB V](#) angenommen hat. § 4 Abs. 1 des im Zeitpunkt der Erstellung des hier maßgeblichen Therapieberichtes zwischen den Beteiligten gültigen Vertrages nach [§ 125 Abs. 2 SGB V](#) bestimmt, dass Art und Umfang der Leistungen i.S. dieses Vertrages sich nach der vertragsärztlichen Verordnung auf der Grundlage der Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sowie der Leistungsbeschreibung (Anlage 3) richten; sie sind entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu erbringen. Die HMR, die aufgrund der Ermächtigung des [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 6 SGB V](#) erlassen worden sind, stellen untergesetzliche Normen dar, die Rechte und Pflichten der Leistungserbringer verbindlich regeln (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 27 Nr. 12 S. 66](#); [§ 92 Nr. 7](#); nunmehr gesetzlich geregelt durch [§ 91 Abs. 9 SGB V](#)). Zum ändern sind die HMR in der jeweiligen Fassung durch § 4 Abs. 1 des Rahmenvertrages in das Leistungsverhältnis der Beteiligten einbezogen, so dass die Verpflichtung des Klägers nach Abschluss der Behandlung des Versicherten bestand, den verordnenden Arzt über den Therapieverlauf zu unterrichten. Trotz der Formulierung "ist gehalten" handelt es sich nicht um eine im freien Ermessen des Heilmittelerbringers stehende Leistung, sondern um ein normatives Gebot, worauf auch der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Antwort auf die Anfrage des Senats hingewiesen hat. Dies entspricht der Zielsetzung einer verbesserten und effektiveren Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Vertragsarzt und dem jeweiligen Heilmittelerbringer, die mit der Einführung des sog. Partnerschaftsmodells in [§ 92 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 01.07.1997 ([BGBl. I S. 1520](#)) bezweckt worden ist.

Der geltend gemachte Versicherungsanspruch ergibt sich nicht aus der im August 2001 gültigen Vergütungsvereinbarung (Anlage 5 b zum Rahmenvertrag). Danach sind für die einzelnen Leistungen Höchstpreise vereinbart, wie dies § 8 Abs. 1 Satz 2 des Rahmenvertrages vorsieht. Eine über diese Höchstpreise hinausgehende Vergütung für Nebenleistungen sieht § 8 Abs. 1 Satz 1 des Rahmenvertrages nicht vor. Preise für entsprechende Nebenleistungen wie die Erstellung des Therapieberichtes haben die Vertragsparteien in der Vergütungsvereinbarung nicht geregelt. Zwar bestimmt die Vergütungsvereinbarung für krankengymnastische Leistungen, über die sich der maßgebliche Therapiebericht verhält, dass Leistungen, die nicht Bestandteil dieser Preisvereinbarungen sind, mit den jeweiligen Sätzen abgerechnet werden können, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Krankengymnasten/Physiotherapeuten vereinbart sind (Anlage 5 b Abschnitt III zum Rahmenvertrag). Es fehlt aber gerade an der Vereinbarung entsprechender Sätze zwischen den genannten Verbänden. Hierzu enthält die Ergänzungsvereinbarung über Höchstpreise für krankengymnastische Leistungen für die Zeit ab 01.07.2001 (Anlage 2 a) die Protokollnotiz, dass für die Preisvereinbarung ab 01.08.2002 auch 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 wird. Zu einer solchen Vereinbarung ist es aber bisher nicht gekommen. War den Vertragsparteien damals aber bekannt und bestand bei ihnen Konsens darüber, dass die bisherige Preisvereinbarung keinen Vergütungsanspruch für die Position X 9701 vorsah, so kann die Vereinbarung nicht gegen ihren Wortlaut und dem darin zum Ausdruck kommenden Willen der Vertragsparteien erweiternd dahin ausgelegt werden, dass eine Vergütungspflicht der Krankenkassen begründet worden ist (zur Vertragsauslegung vgl. BSG [SozR 3-2500 § 125 Nr. 6 S. 21](#); sowie [SozR 3-2500 § 87 Nrn. 2, 5](#)).

Der Kläger kann sein Vergütungsbegehren auch nicht aus einem Anspruch auf Anpassung des Vertrages wegen wesentlicher Änderung der Verhältnisse nach [§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz -](#) herleiten. Nach dieser Vorschrift kann, sofern sich die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert haben, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, diese Vertragspartei eine Anpassung des Vertragsinhaltes an die geänderten Verhältnisse verlangen oder, sofern eine Anpassung nicht

möglich oder einer Vertragspartei nicht zuzumuten ist, den Vertrag kündigen. [§ 59 Abs. 1 SGB X](#) findet nur auf öffentlich-rechtliche Verträge statt (vgl. Engelmann in von Wulffen, Kommentar zum SGB X, 4. Aufl., Rdn. 4 zu § 59). Im Zeitpunkt des Abschlusses des hier maßgeblichen Rahmenvertrages im Jahr 1995 hat das BSG derartige Verträge jedoch dem Privatrecht zugeordnet (BSG SozR 3-2500 § 125 Nr. 5 S. 11; Nr. 6 S. 18). Erst mit der Neufassung des [§ 69 SGB V](#) durch das GKV-Reformgesetz 2000 vom 22.04.1999 ([BGBl. I S. 2626](#)) sind auch die materiell-rechtlichen Rechtsbeziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ausschließlich dem öffentlichen Recht unterstellt worden, weil nunmehr nach [§ 69 Satz 1 SGB V](#) die Vorschriften des 4. Kapitels und der [§§ 63, 64 SGB V](#) diese Beziehungen abschließend regeln (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 69 Nr. 1](#) S. 8 ff.). Das GKV-Reformgesetz 2000 enthält allerdings keine Regelung darüber, in welcher Form ursprünglich privatrechtliche Vereinbarungen in Zukunft weiter gelten und wie deren Anpassung und Veränderung vorzunehmen ist.

Diese Frage (das BSG hat zu entsprechenden Übergangsfällen bisher keine Entscheidung getroffen) kann jedoch dahinstehen, weil ein Anpassungsanspruch, wie ihn [§ 59 Abs. 1 SGB X](#) als gesetzlichen Tatbestand der Ansprüche infolge des Wegfalls der Geschäftsgrundlage regelt (vgl. Engelmann a.a.O. Rdn. 2 zu § 59), auch schon nach früherem Recht im Rahmen des Leistungsverhältnisses zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen als möglich angesehen worden ist (vgl. [BSGE 66, 159](#), 162 f. = SozR 3 - 2200 § 376 d Nr. 1 unter Hinweis auf [BGHZ 86, 167](#), 169) und [§ 69 Satz 3 SGB V](#) im Übrigen die entsprechende Anwendung der Bestimmungen des BGB anordnet.

[§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) erfordert wie auch der sich aus [§ 242 BGB](#) a.F. (jetzt [§ 313 BGB](#) in der Fassung des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes vom 26.11.2001 - [BGBl. I S. 3138](#)) ergebende Anpassungsanspruch wegen Wegfalls der Geschäftsgrundlage zunächst, dass eine Änderung der Verhältnisse eingetreten ist. Maßgeblich sind dabei die Verhältnisse, die die Vertragspartner gemeinschaftlich oder zumindest einer von ihnen als Grundlage des Vertrages vorausgesetzt haben (Krasney, Kasseler Kommentar, Rdn. 3 zu § 59; Kopp/Ramsauer, Kommentar zum Verwaltungsverfahrensgesetz - VwVfG - 8. Aufl., Rdn. 10 zu § 60; BGH [NJW 2001, 2464](#), 2465). Daran fehlt es hier schon, weil sich die Vertragsparteien des Rahmenvertrages und der Vergütungsvereinbarung entweder überhaupt keine Gedanken über die Erweiterung der Leistungspflichten der Heilmittelerbringer um derartige Nebenpflichten gemacht haben oder jedenfalls die Vergütung derartiger zusätzlicher Leistungen zukünftigen Vertragsverhandlungen vorbehalten bleiben sollte. Angesichts der ständigen Veränderungen der Regelungen des Leistungs- und Leistungserbringerrechts der GKV gibt es keinerlei objektive Anhaltspunkte dafür, dass gerade im Recht der Heilmittelerbringung die Vertragsparteien von einer unveränderbaren Leistungspflicht ausgegangen sein könnten. Dass eher das Gegenteil der Fall ist, belegt die Bezugnahme des § 4 Abs. 1 des Rahmenvertrages auf die jeweils gültige Fassung der HMR. Daneben ergibt sich aus der in § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrages vorgesehenen Möglichkeit der isolierten Kündigung der Vergütungsvereinbarung, dass die Vertragsparteien notwendige Vergütungsanpassungen entsprechenden Vertragsverhandlungen unterstellen wollten, was aber eine Anwendbarkeit des [§ 59 SGB X](#) wie auch der Grundsätze über die Vertragsanpassung wegen Wegfalls der Geschäftsgrundlage gemäß [§ 242](#) (§ 313) BGB ausschließt (vgl. Engelmann a.a.O. Rdn. 4 zu § 59; BAG [NJW 1991, 1562](#), 1563 m.w.N.).

Selbst wenn eine Änderung der maßgeblichen Verhältnisse unterstellt wird, wäre diese nicht wesentlich. Nur schwerwiegende Veränderungen, die es einer Partei unzumutbar machen, an dem Vertrag festzuhalten, begründen ein Anpassungsrecht ([BSGE 66, 159](#), 162; [BGHZ 86, 167](#), 169; Engelmann a.a.O., Rdn. 6 zu § 59; Heinrichs in Palandt, Kommentar zum BGB, 63. Aufl., Rdn. 15 zu § 313 m.w.N.). Die mit der Berichtspflicht entstandene wirtschaftliche Belastung bzw. Einkommenseinbuße begründet kein derartiges Mißverhältnis im Leistungssystem der Betroffenen. Die vereinbarten Höchstpreise für die einzelnen krankengymnastischen/physiotherapeutischen Anwendungen lagen im maßgeblichen Zeitpunkt zwischen 2,81 Euro und 14,62 Euro. Bezogen auf eine Ordnungspraxis von regelmäßig wenigstens sechs Anwendungen ergibt sich danach ein Vergütungsanspruch pro Behandlungsserie zwischen 16,86 Euro und 87,72 Euro. Die vom Kläger für den Therapiebericht als angemessen angesehene Vergütung von 2,56 Euro beläuft sich demnach auf einem prozentualen Anteil von 2,94 % bis 15,18 % am Vergütungsanspruch. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass Versicherten auch die Kombination von Therapieleistungen und diese auch über sechsmal hinaus verordnet werden, liegt demnach die mögliche finanzielle Einbuße selbst unter Einbeziehung der Aufwendungen (Porto) im Durchschnitt allenfalls um 10 %. Daraus resultiert aber kein krasses Mißverhältnis im Vergütungssystem, wie es Voraussetzung für das Anpassungsbegehren wäre.

Der Kläger ist nicht berechtigt, einseitig gemäß [§§ 315, 316 BGB](#) eine Vergütung für den Therapiebericht zu bestimmen. Die Vorschriften der [§§ 315, 316 BGB](#) finden im Recht der Leistungserbringer gemäß [§§ 124 ff. SGB V](#) keine Anwendung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 132a Nr. 1](#) S. 4). [§ 125 Abs. 2 SGB V](#) stellt die Vereinbarung über die Vergütung unter die Vertragsautonomie der Verbände der Leistungserbringer und Krankenkassen. Es entfele aber jeglicher Anreiz zum Abschluß derartiger Verträge, wenn ohne diese eine der Parteien ihre Preise einseitig durchsetzen könnte (BSG a.a.O.).

Schließlich kann der Kläger seinen Anspruch auch nicht aus [§ 612 BGB](#) herleiten. Danach gilt eine Vergütung als stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist ([§ 612 Abs. 1 BGB](#)). Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen ([§§ 612 Abs. 2 BGB](#)). Diese Vorschriften finden schon deshalb keine Anwendung, weil zwischen den Beteiligten eine Vergütungsvereinbarung besteht. Die Erstellung des Therapieberichts zählt nicht zu den Hauptleistungspflichten des jeweiligen Behandlungsvertrages, der den Vergütungsanspruch auslöst (zu letzterem vgl. BSG [SozR 3-2500 § 19 Nr. 2](#); § 125 Nr. 5), sondern ist lediglich eine unselbständige Nebenpflicht, die in untrennbarem Zusammenhang mit der Hauptleistung (Behandlung) steht. Besteht aber für die Hauptleistung eine Höchstpreisvereinbarung, wie dies die maßgebliche Vergütungsvereinbarung vorsieht, so werden hiervon auch die erforderlichen Nebenleistungen mit umfasst. Wird von einer Vertragspartei der Höchstpreis aufgrund der Erweiterung der Leistungspflicht daher nicht mehr für angemessen erachtet, muss er von seinem Kündigungsrecht nach § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrages Gebrauch machen (so auch LSG NRW, Urt. vom 27.11.2003 - [L 2 KR 16/03](#) -).

Abgesehen davon handelt es sich bei der Erstattung des Therapieberichts nicht um eine Leistung, die nur gegen eine (zusätzliche) Vergütung zu erwarten ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat darauf verwiesen, dass derartige Berichte auch schon vor Inkrafttreten der entsprechenden HMR üblich waren, wenn sie auch teilweise fernmündlich erfolgten. Dies entspricht der Regelung des [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wonach, soweit zusätzlich zur ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich sind, diese nur erbracht werden dürfen, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden. Aus dem sich hieraus ergebenden Unterordnungsverhältnis zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Arzt (vgl. Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung - Kommentar -, Rdn. 5 zu [§ 15 SGB V](#)) folgt ohnehin der Anspruch des Arztes auf Unterrichtung durch den Heilmittelerbringer, soweit dies für die Ausübung der dem Arzt obliegenden Überwachung und gegebenenfalls Anleitung (vgl. [BSGE 29, 27](#),

29; [48, 47](#), 51) erforderlich ist. Auch wenn der Kläger meint, die Ärzte hätten sich in der Vergangenheit derartige Berichte eher verbeten, so ändert dies nichts an der grundsätzlichen Verpflichtung des Heilmittelerbringers zur Rückmeldung, soweit dies für den Erfolg der Behandlung erforderlich ist (vgl. auch LSG NRW, Urteile vom 25.09.2003 - [L 5 KR 231/02](#) - und 09.10.2003 - [L 5 KR 233/02](#) -). Damit bestand aber schon vor Einführung des [§ 92 Abs. 6 SGB V](#) und dem darauf beruhenden Abschnitt VII 29.5. HMR eine entsprechende Leistungsverpflichtung, ohne dass diese als vergütungsfähig angesehen worden ist. Im Übrigen zeigt die von anderen Verbänden geschlossene Vereinbarung, wonach lediglich die Portokosten in diesem Zusammenhang ersetzt werden, dass eine Vergütung des Berichts gerade nicht zu erwarten ist.

Die Bestimmungen über die ungerechtfertigte Bereicherung ([§§ 812 ff. BGB](#)) finden vorliegend schon deshalb keine Anwendung, weil der Bericht nicht ohne Rechtsgrund geleistet worden ist, wie dies [§ 812 Abs. 1 BGB](#) voraussetzt. Sowohl aufgrund der HMR wie des Rahmenvertrages bestand die Verpflichtung des Klägers und im Gegenzug der Anspruch der Beklagten auf vollständige Behandlung ihrer Versicherten, zu welcher auch die Erstattung des Berichtes zählt, wie bereits dargelegt. Soweit das BSG (vgl. [SozR 3-2500 § 132a Nr. 1 S. 5](#)) den Rahmenvertrag wegen Dissenses ([§ 155 BGB](#)) nach Kündigung und endgültiger Ablehnung einer Neuregelung der Vergütungsvereinbarung für unwirksam angesehen hat, lässt sich dies nicht auf die fehlende Vereinbarung bezüglich einer vertraglichen Nebenpflicht übertragen. Darüber hinaus begründet der Behandlungsvertrag den Anspruch auf Erbringung der vollständigen Leistung.

Dem Kläger steht auch kein Anspruch auf Aufwendungsersatz (Porto) zu, der vom Klageanspruch mit umfasst ist, soweit ein 2,56 Euro übersteigender Betrag verlangt wird. Auch insoweit gelten die vorstehenden Überlegungen, denn auch der Ersatz der Aufwendungen wird durch die gültigen Höchstpreisvereinbarungen umfasst. Dass andere Krankenkassen die Portokosten erstatten, begründet keinen Anspruch des Klägers gegen die Beklagte, weil für die Betriebskrankenkassen eine entsprechende vertragliche Vereinbarung fehlt und nur auf das jeweilige Kassensystem abgestellt werden kann (BSG [SozR 3-2500 § 132a Nr. 1 S. 5](#)).

Die Verpflichtung des Klägers ohne entsprechenden finanziellen Ausgleich verstößt nicht gegen [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG). Die Berufsfreiheit des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) gewährt allen Deutschen das Recht, den Beruf frei zu wählen und frei auszuüben. Dies umfasst auch die Freiheit, das Entgelt für berufliche Leistungen selbst festzusetzen oder mit den Interessenten auszuhandeln ([BVerfGE 50, 290](#), 363 f.; 101, 131, 347; [102, 197](#), 212 f.). In diese Rechte greifen aber weder [§ 92 Abs. 6 SGB V](#) noch die darauf beruhende HMR bezüglich des Therapieberichts ein. Hierdurch wird weder vorgegeben, dass der Therapiebericht unentgeltlich erfolgen muss, noch gegebenenfalls gegen welche Vergütung er zu erstellen ist. Die Regelung über die Vergütung ist vielmehr den Vertragsparteien vorbehalten, wie dies [§ 125 Abs. 2 SGB V](#) vorsieht.

Die Berufung des Klägers war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 4 Satz 2 SGG](#) in der hier noch anzuwendenden bis zum 01.01.2002 gültigen Fassung i.V.m. [§ 116 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung \(BRAGO\)](#), [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGG](#).

Der Senat hat wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) die Revision zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-03-16