B 3 KR 2/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Köln (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
13.05.2004
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Zur Frage der Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege die nach Kündigung des Rahmenvertrages und der Vergütungsvereinbarung durch die Krankenkasse erbracht werden.
2. Zur Höhe des Wertersatzes für rechtsgrundlos erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege.
Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 13. Februar 2003 geändert und wie folgt neu gefasst: Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 18. Januar 2001 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte verurteilt wird, an die Klägerin 17.816,40 DM (= 9.109,38 ¤) nebst 4 % Zinsen auf 489,00 DM (= 250,02 ¤) seit dem 20. August 1998, auf 8.818,75 DM (= 4.508,96 ¤) seit dem 30. Juli 1999 und auf 8.508,65 DM (= 4.350,40 ¤) seit dem 3. Juli 2000 zu zahlen. Im Übrigen wird die Revision zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin in allen Rechtszügen mit Ausnahme der durch die Anrufung des unzuständigen Gerichts entstandenen Kosten.

Gründe:

I

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

Die Klägerin ist Mitglied des Landesverbandes freie ambulante Krankenpflege Nordrhein-Westfalen eV (LfK NRW), die Beklagte - ein Zusammenschluss mehrerer kleinerer Betriebskrankenkassen mit über 23.000 Versicherten - ist Mitglied des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen (LBKK NRW). Beide Landesverbände schlossen am 25. April 1996 einen Rahmenvertrag zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege, häuslichen Pflege und Haushaltshilfe gemäß § 132 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Nach § 2 galt dieser Vertrag einerseits für die dem LfK NRW angeschlossenen Träger der ambulanten Krankenpflegedienste (Leistungserbringer), die eine Anerkenntniserklärung nach Anlage 1 unterzeichnet hatten und die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfüllten, und andererseits für die von den vertragsschließenden Landesverbänden vertretenen Krankenkassen, die sich gegenüber ihrem Landesverband mit diesem Vertrag einverstanden erklärt hatten. Die Klägerin gab eine Anerkenntniserklärung nach Anlage 1 ab, die Beklagte erklärte sich gegenüber dem LBKK NRW mit dem Vertrag einverstanden. Die Vergütung der Vertragsleistungen richtete sich nach einer Vergütungsvereinbarung, die als Anlage 6 zu § 14 des Vertrags getroffen worden war. § 20 Abs 3 des Vertrags sah die Möglichkeit zur Kündigung mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres vor, frühestens aber zum 31. Dezember 1997. Nach § 20 Abs 4 konnte zudem die Vergütungsvereinbarung unabhängig von dem Rahmenvertrag gekündigt werden; für diesen Fall galten die bisherigen Preise bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

Als einzige der beteiligten Krankenkassen kündigte die Beklagte den Rahmenvertrag mit Wirkung zum 31. Dezember 1997. Im April 1998 erbrachte die Klägerin Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die bei der beklagten Krankenkasse Versicherten G. und A. und stellte hierfür jeweils 634,50 DM (insgesamt 1.269,00 DM = 648,83 ¤) in Rechnung; dabei legte sie die Vergütungsvereinbarung des gekündigten Rahmenvertrags zu Grunde. Hierauf zahlte die Beklagte 780,00 DM (= 398,81 ¤) mit der Begründung, diesen Betrag hätte sie aufwenden müssen, wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch andere mit ihr vertraglich verbundene Leistungsträger erbracht worden wären. In der Folgezeit erbrachte die Klägerin weitere Leistungen der häuslichen Krankenpflege für bei der beklagten Krankenkasse Versicherte und stellte der Beklagten folgende Beträge in Rechnung: Für die Versicherte G. 6.645,50 DM (April 1998 bis Dezember 1999), für die Versicherte A. 3.633,90 DM (April 1998 bis Juni 1999), für die Versicherte E. 6.053,15 DM (Mai bis Dezember 1999) und für den Versicherten K. 1.483,85 DM (Mai bis Juni 1998) - insgesamt 17.816,40 DM = 9.109,38 ¤. Bei der Rechnungserstellung hatte die Klägerin

ebenfalls die Vergütungsvereinbarung des gekündigten Rahmenvertrags zu Grunde gelegt, jeweils abzüglich von der Beklagten erstatteter Teilbeträge.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage weit gehend stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 17.816,40 DM nebst 4 % Zinsen auf 544,46 DM seit dem 11. September 1998, auf 8.763,00 DM seit dem 30. Juli 1999 und auf 8.508,65 DM seit dem 3. Juli 2000 zu zahlen (Urteil vom 18. Januar 2001). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der beklagten Krankenkasse zurückgewiesen (Urteil vom 13. Februar 2003). Nach der Kündigung des Rahmenvertrags durch die Beklagte habe die Klägerin allerdings keinen vertraglichen Vergütungsanspruch mehr besessen; deshalb habe auch - entgegen der Rechtsauffassung des SG - die Fortwirkungsklausel des § 20 Abs 4 der Vergütungsvereinbarung keine Rechtswirkungen entfalten können. Ebenso wenig bestehe ein einseitiges Leistungsbestimmungsrecht der Klägerin noch ein Anspruch auf die übliche Vergütung iS von § 612 Abs 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Der Zahlungsanspruch ergebe sich jedoch aus §§ 812, 818 Abs 2 BGB; die Klägerin habe Leistungen der häuslichen Krankenpflege für bei der beklagten Krankenkasse Versicherte erbracht, und zwar ohne Rechtsgrund. Die Beklagte sei zum Wertersatz verpflichtet; damit sei der objektive Verkehrswert gemeint, den die Leistung nach ihrer tatsächlichen Beschaffenheit für jedermann habe. Dies sei der Betrag, der bei einer generalisierenden Betrachtungsweise von der Beklagten für die Versorgung ihrer Versicherten üblicherweise und über die konkret betroffenen Fälle hinaus hätte aufgebracht werden müssen. Hierzu habe die Klägerin unwidersprochen vorgetragen, dass die bis zum 31. Dezember 1997 geltenden Vergütungssätze, jedenfalls während des hier streitigen Zeitraums, üblicherweise von anderen Kassen an Pflegedienste gezahlt worden seien. Zudem habe die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 10. Oktober 2001 mangels einer vertraglichen Grundlage selbst vorgeschlagen, für Altfälle die frühere Vergütungsvereinbarung als Basis der Zusammenarbeit zu akzeptieren. Es verbiete sich, auf die für die Beklagte günstigeren Vergütungssätze eines einzelnen Leistungserbringers - des Pflegedienstes A. GmbH - abzustellen. Trotz ausdrücklicher gerichtlicher Aufforderung sei die Beklagte nicht in der Lage bzw nicht bereit gewesen, weitere Pflegedienste zu bezeichnen, die in dem hier streitigen Zeitraum zu ähnlich günstigen Vergütungssätzen wie die A. GmbH Leistungen der häuslichen Krankenpflege hätten erbringen können. Es sei nicht anzunehmen, dass die Versorgung der bei der beklagten Krankenkasse Versicherten gemäß § 37 SGB V durch einen einzelnen Pflegedienst objektiv hätte gesichert werden können. Zudem verstoße die Verweisung auf nur einen einzigen Leistungserbringer gegen das Recht der Versicherten, den Pflegedienst frei wählen zu können.

Mit der Revision rügt die Beklagte, das LSG habe nicht ausreichend berücksichtigt, dass sie der Klägerin im Rahmen der Genehmigungsverfahren der vertragsärztlichen Verordnungen jeweils die Vergütungssätze mitgeteilt habe, die sie für die Erbringung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu zahlen bereit sei. Die Klägerin habe in jedem Einzelfall gewusst, dass die von ihr beanspruchten Vergütungen außerhalb der genehmigten Sätze lagen. Zu Unrecht sei das LSG deshalb davon ausgegangen, dass in den streitbefangenen Abrechnungsfällen keine vertragliche Übereinkunft zwischen ihr und der Klägerin zu Stande gekommen sei. Diese ergebe sich zwar nicht aus dem gekündigten Rahmenvertrag, wohl aber aus dem tatsächlichen Verhalten aller Beteiligten. Die Klägerin habe die ärztlichen Verordnungen, jeweils im Auftrage der Versicherten, zur Genehmigung an sie - die beklagte Krankenkasse - vorgelegt; dies sei als Angebot iS von § 145 BGB zu werten. Dieses Angebot habe sie wegen der Vergütungsfrage nur mit Einschränkungen annehmen können; hierin liege ein neues Angebot an die Klägerin, § 150 Abs 2 BGB. Dieses modifizierte Angebot habe die Klägerin durch die Erbringung der Krankenpflegeleistungen angenommen, ohne dass es einer Erklärung der Annahme bedurft hätte, § 151 Satz 1 BGB. Die Tatsache, dass die Klägerin kundgemacht habe, nicht zu den niedrigeren Sätzen arbeiten zu wollen, sei nach der Lehre von der "protestatio facto contraria" unbeachtlich; wegen ihres eindeutigen rechtsgeschäftlichen Handelns sei der geäußerte entgegenstehende Wille irrelevant. Doch auch im Fall des Fehlens vertraglicher Beziehungen habe die Klägerin keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung, weil das Bereicherungsrecht nur zum Ersatz des objektiven Verkehrswerts des Erlangten führen könne. Erlangt habe sie - die Beklagte - keine Dienstleistungen (Leistungen der häuslichen Krankenpflege), sondern die Befreiung von Verbindlichkeiten, resultierend aus den Sachleistungsansprüchen der Versicherten. Durch die Versorgung der Versicherten mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Klägerin sei deren konkreter Sachleistungsanspruch erfüllt worden und mithin erloschen. Deshalb komme es nicht auf die Gesamtversorgungssituation, sondern allein auf die Versorgung der Versicherten G. , A. , E. und K. an. Diese Personen hätten im fraglichen Zeitraum von der A. GmbH kostengünstig und ausreichend mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege versorgt werden können; nur insoweit liege eine Bereicherung vor, die wertmäßig auszugleichen sei.

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 13. Februar 2003 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 18. Januar 2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die Klägerin hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend. Eine vertragliche Übereinkunft zu den von der beklagten Krankenkasse angebotenen niedrigeren Sätzen sei nicht zu Stande gekommen. Die Beklagte hätte im Genehmigungsverfahren der vertragsärztlichen Verordnungen die Möglichkeit gehabt, die Behandlung ihrer Versicherten durch sie - die Klägerin - komplett abzulehnen. Dies sei nicht geschehen; sie habe stattdessen lediglich mitgeteilt, dass sie nur geringere Sätze erstatten werde. Soweit die Lehre von der "protestatio facto contraria" überhaupt anwendbar sei, dann allein auf dieses Verhalten der Beklagten. Das LSG habe den geltend gemachten Klageanspruch jedoch zutreffend auf die Vorschriften des Bereicherungsrechts gestützt. Zu ersetzen sei der objektive Verkehrswert des Erlangten; dabei sei es gleichgültig, ob insoweit Dienstleistungen (Leistungen der häuslichen Krankenpflege) oder die Befreiung von Verbindlichkeiten (Sachleistungsansprüche der Versicherten) zu Grunde gelegt würden. In jedem Fall sei auf die Vergütungssätze abzustellen, die zwischen anderen Pflegediensten und anderen Krankenkassen in dieser Zeit vereinbart gewesen seien. Die beklagte Krankenkasse habe nur einen einzigen Pflegedienst benennen können, der kostengünstiger gewesen sei; dies reiche nicht aus, den objektiven Verkehrswert des Erlangten anders als durch das LSG geschehen zu bestimmen.

II

Die Revision ist bis auf eine Korrektur der Zinsentscheidung unbegründet. Das LSG hat zutreffend festgestellt, dass die beklagte Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung verpflichtet ist, an die Klägerin einen Betrag von 17.816,40 DM (= 9.109,38 ¤) zu zahlen.

Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu prüfenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor. Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist bindend festgestellt (§ 17a Abs 5 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG)), im Übrigen aber auch nicht zu bezweifeln (§ 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der hier noch maßgeblichen Fassung durch Art 32 des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477), vgl auch die Klarstellung dieser Rechtswegszuweisung durch die Neufassung des § 51 Abs 2 SGG gemäß Art 17 des 6. SGG-ÄndG vom 17. August 2001 (BGBl I 2144)). Danach sind bei Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von Entscheidungen oder Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände, auch soweit Dritte betroffen werden, mit Ausnahme bestimmter Fragen aus dem Krankenhausbereich, ausschließlich die Sozialgerichte zuständig (vgl BSGE 66, 159 = SozR 3-2200 § 376d Nr 1). Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage gemäß § 54 Abs 5 SGG zulässig, weil zwischen den Beteiligten ein Gleichordnungsverhältnis besteht und die beklagte Krankenkasse die Zahlung der streitigen Beträge nicht in der Form eines Verwaltungsakts abgelehnt hat (vgl BSGE 77, 194 = SozR 3-2500 § 129 Nr 1). Gegenstand der zum unzuständigen Amtsgericht erhobenen und von dort verwiesenen Zahlungsklage war zunächst nur ein Betrag von 1.269,00 DM, abzüglich eines von der Beklagten gezahlten Teilbetrags von 780,00 DM. Mit Schriftsätzen vom 29. Juli 1999 und vom 29. Juni 2000 hat die Klägerin ihren Zahlungsanspruch erweitert, und zwar hinsichtlich der Höhe der Klageforderung bei den bisher betroffenen Versicherten sowie durch Einbeziehung weiterer Versicherter. Eine darin liegende Klageänderung wäre schon deshalb zulässig, weil sich die Beklagte ohne Widerspruch hierauf eingelassen hat (§ 99 Abs 1 und 2 SGG).

Auf die seit dem 1. Januar 2000 dem öffentlich-rechtlichen Regime unterworfene Rechtsbeziehung zwischen den Beteiligten sind gleichwohl die einschlägigen zivilrechtlichen Vorschriften entsprechend weiterhin anwendbar, da es an abweichenden öffentlich-rechtlichen Regelungen fehlt. Die hier allein streitige Ebene der Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie der Preise und Abrechnungsmodalitäten war bis Ende 1999 noch dem Privatrecht zugeordnet (vgl GmSOGB SozR 1500 § 51 Nr 39). Beurteilten sich aber die vertraglichen Beziehungen damals nach den Vorschriften des BGB, so galt dies auch, wenn vertragliche Beziehungen zwischen den Beteiligten nicht bestanden und Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung im Streit waren. Mit der Neufassung des § 69 SGB V durch Art 1 Nr 26 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl I 2626) stellte der Gesetzgeber klar, dass die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer in Zukunft insgesamt nur noch nach öffentlichem Recht zu bewerten sein sollen (vgl BSGE 89, 24, 32 = SozR 3-2500 § 69 Nr 1). Trotz dieser Gesetzesänderung bleiben nach § 69 Satz 3 SGB V die Vorschriften des Zivilrechts aber gleichwohl weiterhin entsprechend anwendbar, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel SGB V vereinbar sind.

1. Zutreffend hat das LSG das Vorliegen vertraglicher Ansprüche verneint. Ursprünglich bestanden zwar vertragliche Beziehungen zwischen den Beteiligten dieses Rechtsstreits, da beide dem von ihren jeweiligen Landesverbänden geschlossenen Rahmenvertrag vom 25. April 1996 zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege, häuslichen Pflege und Haushaltshilfe gemäß § 132 SGB V beigetreten waren. Diesen Vertrag hat die beklagte Krankenkasse mit Wirkung zum Jahresende 1997 rechtswirksam gekündigt; in den hier streitigen Zeiträumen kann er deshalb keine Grundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin mehr sein. In § 20 Abs 4 Satz 1 des Vertrags war zwar vorgesehen, dass die als Anlage 6 zu § 14 des Vertrags konzipierte Vergütungsvereinbarung unabhängig von dem Rahmenvertrag gekündigt werden konnte und für diesen Fall die bisherigen Preise bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weitergalten (§ 20 Abs 4 Satz 2). Nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG hat die Beklagte jedoch den Rahmenvertrag selbst und nicht nur die Vergütungsvereinbarung gekündigt; die Fortwirkungsklausel konnte deshalb keine Rechtswirkungen mehr entfalten.

Zu Gunsten der Klägerin streitet auch kein "allgemeiner Fortgeltungsgrundsatz" - etwa dergestalt, dass die bisherige Vergütungsvereinbarung trotz Kündigung des Rahmenvertrags bis zum Abschluss einer neuen vertraglichen Übereinkunft fortbesteht. Der erkennende Senat hat zwar in einer früheren Entscheidung (BSGE 66, 159 = SozR 3-2200 § 376d Nr 1) den - höheren - Vergütungsanspruch einer Leistungserbringerin mit der Fortwirkung eines gekündigten Vertrags begründet, weil die seinerzeit beklagte Kasse trotz Kündigung einer Preisvereinbarung und bis zum endgültigen Scheitern von Neuverhandlungen die nach den alten Sätzen erhobenen Forderungen auch weiterhin beglichen hatte, einen Teil der Leistungen aber nachträglich nach geringeren Sätzen abrechnen wollte. Diesem Sachverhalt entspricht das Verhalten der beklagten Krankenkasse im vorliegenden Fall indes nicht. Durch die Kündigung des Rahmenvertrags und ihre spätere Verfahrensweise im Rahmen der Genehmigungsverfahren der vertragsärztlichen Verordnungen hat sie unmissverständlich klargestellt, dass sie nicht mehr zur Abrechnung nach den alten Sätzen bereit war - eine Parallelität zu der oa Entscheidung liegt nicht vor. Ein allgemeiner Fortgeltungsgrundsatz lässt sich - anders als das SG meint - auch nicht aus der Pflicht zur Versorgung der Versicherten gemäß § 70 SGB V ableiten, weil diese Vorschrift nichts über die maßgeblichen Preise aussagt. Nach den Erklärungen der Beklagten, durch die diese ihren gegenteiligen Parteiwillen hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht hat, kann sich die Klägerin nicht mehr auf ein fortbestehendes Vertrauen berufen. Eine derartige Sicht der Dinge liefe auf den Ausschluss jeglicher Kündigungsmöglichkeit und damit der Beendigung einmal geschlossener Verträge hinaus (vgl BSG SozR 3-2500 § 132a Nr 1).

Zwischen den Beteiligten sind ebenso wenig Einzelverträge über die Behandlung der jeweiligen Versicherten der beklagten Krankenkasse zu Stande gekommen. Nach den Feststellungen des LSG hat die Klägerin die vertragsärztlichen Verordnungen, jeweils im Auftrage der Versicherten, zur Genehmigung an die Beklagte eingereicht; diese hat die Leistungserbringung in jedem Einzelfall genehmigt und im Rahmen der Genehmigungsverfahren darauf hingewiesen, dass Kosten nur gemäß ihrer Vergütungssätze abgerechnet werden können. Die Klägerin hat sodann die verordneten Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege an die Versicherten der Beklagten erbracht und hierfür die Vergütungssätze aus dem - inzwischen gekündigten - Rahmenvertrag vom 25. April 1996 in Rechnung gestellt. Aus diesem unstreitigen Geschehensablauf lässt sich jedoch keine rechtsgeschäftliche Einigung schlussfolgern: In der Übergabe der vertragsärztlichen Verordnungen für die Versicherten ist ein Angebot der Klägerin auf Abschluss eines Pflegevertrags zu sehen, und zwar auf der Basis der früheren Vergütungssätze. Dieses Angebot hat die Beklagte jeweils modifiziert angenommen, weil sie nur nach ihren niedrigeren Vergütungssätzen abschließen wollte. Dies ist gemäß § 150 Abs 2 BGB als Ablehnung zu werten, verbunden mit einem neuen Antrag. Diesen Neuantrag hat die Klägerin nicht angenommen, und zwar auch nicht konkludent. Zwar bestand zwischen den Parteien Einigkeit, dass Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege erbracht werden sollten, jedoch wollte jede Seite nur auf der Grundlage ihrer Preise abschließen. Mangels Einigung über alle wesentlichen Vertragsbestandteile ist ein Vertrag nicht zu Stande gekommen (offener Dissens - § 154 BGB).

Zu Unrecht verweist die Revision auf das Rechtsinstitut der "protestatio facto contraria". Darunter wird ein nach außen gerichtetes Verhalten verstanden, das nach Treu und Glauben und der Verkehrssitte nur als Ausdruck eines bestimmten Willens aufgefasst werden kann, wobei die wörtliche Verwahrung gegen eine entsprechende Deutung dieses Verhaltens unbeachtlich ist, weil dies in Widerspruch zu

dem eigenen tatsächlichen Verhalten steht. Oder anders ausgedrückt - durch das tatsächliche Verhalten wird die Geltendmachung einer anderweitigen Auslegung verwirkt (vgl BGH, Urteil vom 2. Juli 1986 - IVa ZR 246/84 -, WM 1986, 1390; vgl auch Urteil vom 6. Dezember 2001 - III ZR 296/00 -, NJW 2002, 817). Dieses Rechtsinstitut führt im vorliegenden Fall indes nicht zu einem für die beklagte Krankenkasse positiven Ergebnis. Der erkennende Senat hat bereits früher in einem vergleichbaren Fall darauf hingewiesen, dass es unter Berücksichtigung der Interessenlage der damaligen Klägerin - Inhaberin eines Kranken- und Pflegedienstes - und ihres konkreten Verhaltens, nämlich der stetigen Ablehnung der Angebote der beklagten Krankenkasse bei gleichzeitiger Weiterbehandlung der Versicherten, zweifelhaft ist, ob die beklagte Krankenkasse nach Treu und Glauben davon ausgehen durfte, die Klägerin habe ihr Angebot zu einem bestimmten Zeitpunkt akzeptiert, weil sie nicht noch einmal ihre Ablehnung bekräftigt hatte (BSG SozR 3-2500 § 132a Nr 1; vgl auch BSGE 77, 48 = SozR 3-4100 § 119 Nr 9). Diese Zweifel - der Senat brauchte damals nicht abschließend darüber zu befinden - sind berechtigt: Das Rechtsinstitut der "protestatio facto contraria" ist zuvorderst auf solche Fälle zugeschnitten, in denen jemand ohne rechtlichen oder faktischen Zwang eine Leistung in Anspruch nimmt, die im Allgemeinen nur gegen eine Gegenleistung erbracht wird, und dabei ausdrücklich oder konkludent erklärt, die Gegenleistung nicht erbringen zu wollen (vgl BGH, Urteil vom 9. Mai 2000 - VI ZR 173/99 -, NJW 2000, 3429). An einem solch widersprüchlichen Verhalten mangelt es vorliegend. Für beide Beteiligte war erkennbar, dass jeder in einer gewissen Zwangslage war, aber nur auf der Grundlage seiner Preisvorstellungen abschließen wollte. Trotz dieses offenen Dissenses wurden Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege weiterhin genehmigt und erbracht, weil dies auf Seiten der Beklagten zu ihren gesetzlichen Obliegenheiten gegenüber ihren Versicherten gehört (§§ 2, 37 SGB V) und die Klägerin andererseits als Unternehmen der Kranken- und Pflegehilfe wirtschaftlich auf die Erbringung entsprechender Dienste angewiesen ist. Ein anderweitiges Verhalten, also eine grundsätzliche Ablehnung der Behandlung von Versicherten der beklagten Krankenkasse, war für die Klägerin wirtschaftlich insoweit riskant, als es sich bei der Beklagten um eine Krankenkasse mit nicht unerheblicher Versichertenzahl und damit zahlreichen Fällen ambulanter häuslicher Krankenpflege handelt. Hinzu kommt, dass der Vergütungsstreit zwischen den Beteiligten bereits längere Zeit andauerte und ein Ende nicht absehbar war; die Klägerin war deshalb einem besonderen Druck ausgesetzt, weil eine längerfristige Nichtbehandlung von Versicherten der beklagten Krankenkasse zur Rufschädigung und zum dauerhaften Wegbrechen eines wesentlichen Geschäftssegments hätte führen können. Bei dieser Ausgangslage ist kein Verhalten der Klägerin erkennbar, welches die Beklagte nach Treu und Glauben nur als Akzeptanz ihrer anderweitigen Preisvorstellungen hätte deuten können. Umgekehrt durfte auch die Klägerin nicht annehmen, dass die beklagte Krankenkasse mit der Genehmigung weiterer vertragsärztlicher Verordnungen zu den höheren Sätzen aus der früheren Vergütungsvereinbarung trotz der Kündigung des Rahmenvertrags zurückkehren wollte.

Der Beklagten steht auch kein einseitiges Leistungsbestimmungsrecht nach § 315 BGB zu. Mit der Regelung in § 132a Abs 2 SGB V ist der Gesetzgeber - der allgemeinen Intention des SGB V zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen entsprechend - davon ausgegangen, dass derartige vertragliche (Verbands- oder Einzel-)Abmachungen im freien Spiel der Kräfte geschlossen werden und durch die Verpflichtung der Beklagten zur Versorgung der Versicherten einerseits und die Konkurrenz der Leistungserbringer andererseits im Ergebnis marktgerechte und möglichst günstige Bedingungen, insbesondere Preise, für die Versicherten erreicht werden. Wenn solche Vereinbarungen nicht zu Stande kommen, ist der Krankenkasse nicht ersatzweise ein Preisbestimmungsrecht eingeräumt; dies würde jedes Interesse am Abschluss einer vertraglichen Vereinbarung auf ihrer Seite unterlaufen (BSG SozR 3-2500 § 132a Nr 1). Andererseits besteht aber auch kein einseitiges Preisbestimmungsrecht auf Seiten des Leistungserbringers, etwa gemäß § 316 BGB, weil auch dies vertragliche Vereinbarungen vereiteln und damit dem erkennbaren Willen des Gesetzgebers zuwider laufen würde. Für den Fall, dass trotz des von einem vertragslosen Zustand ausgehenden Einigungsdrucks vertragliche Vereinbarungen nicht zu Stande kommen, hatte der Gesetzgeber zum damaligen Zeitraum auch noch kein Schlichtungs- oder Schiedsverfahren vorgesehen, wie es in anderen Bereichen des Leistungserbringungsrechts der Fall ist (vgl § 89 SGB V für den vertragsärztlichen Bereich, § 18a Abs 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz für den Krankenhausbereich oder § 76 Sozialgesetzbuch Elftes Buch für die Pflegeversicherung). Der Gesetzgeber hatte damit in diesem Bereich bewusst einen vertragslosen Zustand in Kauf genommen (BSG aaO). Ob er dabei zu Recht von einem wirtschaftlichen Gleichgewicht der Vertragsparteien ausgegangen ist oder die Erwartung gehegt hat, gegenüber der Verbandsmacht der Krankenkassen werden sich die Leistungserbringer ebenfalls zu Verbänden zusammenschließen, um einer einseitigen Durchsetzung der Kasseninteressen entgegentreten zu können, mag dahinstehen. Mit der Neufassung des § 132a Abs 2 SGB V durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (BGBl I 2190) ist ab Jahresbeginn 2004 nunmehr auch für diesen Bereich ein Schiedsverfahren für den Fall der Nichteinigung über die Vertragsinhalte vorgesehen, das allerdings zunächst vertraglich vereinbart werden muss.

Eine Vergütungsvereinbarung ist schließlich auch nicht deshalb entbehrlich, weil andere Krankenkassen solche Vereinbarungen geschlossen haben. Die dort vereinbarten Preise können nicht als übliche Vergütung iS von § 612 Abs 2 BGB angesehen werden, weil ungeachtet des großen Anteils der davon erfassten Versicherten auch dies der gesetzlichen Regelung zuwiderliefe, die kein gemeinsames und einheitliches Handeln der verschiedenen Kassen, sondern gesonderte Vertragsabschlüsse vorsieht. Wäre der Vertragsabschluss bei einer großen Krankenkasse ausschlaggebend, entfiele jegliches Motiv der anderen Krankenkassen, sich um eigenständige Abschlüsse zu bemühen. Für die Leistungserbringer würde Entsprechendes gelten, sofern die Vertragsabschlüsse mit den anderen Kassenarten aus ihrer Sicht günstiger erschienen (BSG SozR 3-2500 § 132a Nr 1).

2. Zutreffend hat das LSG den Zahlungsanspruch der Klägerin wegen des Fehlens einer vertraglichen Grundlage auf Bereicherungsrecht gestützt, § 812 Abs 1 Satz 1, 1. Alt iVm § 818 Abs 2 BGB (vgl BSG SozR 3-2500 § 132a Nr 1). Es handelt sich um den Fall einer sog Leistungskondiktion: Hierunter wird die Rückabwicklung eines Leistungsverhältnisses verstanden, bei dem der Leistungszweck nicht erreicht wird oder sonst ein rechtlicher Grund für die durch die Leistung eingetretene Vermögensverschiebung nicht besteht, die streitige Leistung also dem Empfänger zwar wirksam zugewendet worden ist, ihm aber nach den maßgeblichen Rechtsbeziehungen zwischen Leistendem und Empfänger nicht zusteht (Palandt/Sprau, Kommentar zum BGB, 63. Aufl 2004, § 812 RdNr 2 mwN). Vorliegend besteht die Besonderheit, dass es sich um eine Leistung im Dreiecksverhältnis handelt; neben der Klägerin und der Beklagten sind auch noch die bei der beklagten Krankenkasse Versicherten in die Leistungsbeziehungen eingebunden, weil sie konkret Adressaten der ambulanten häuslichen Krankenpflege gewesen sind. Wegen des Grundsatzes der Einheitlichkeit des Bereicherungsvorgangs (vgl dazu BGHZ 40, 272; 48, 70; 50, 227; Palandt/Sprau aaO § 812 RdNr 41) wird die Möglichkeit des Bereicherungsausgleichs im Dreiecksverhältnis allerdings allein auf den Partner des Leistungsverhältnisses reduziert, in dem die Leistungsstörung vorliegt; der Leistende kann sich zum Ausgleich der ungerechtfertigten Vermögensverschiebung nur an diesen, nicht aber an einen ebenfalls beteiligten Dritten halten. Für die Frage, zwischen welchen Beteiligten eine Zuwendung im Dreiecksverhältnis als Leistung angesehen werden muss, wer also Leistender und wer Leistungsempfänger ist, sind für eine sachgerechte bereicherungsrechtliche Abwicklung die Besonderheiten des einzelnen Falles zu beachten; insbesondere kommt es darauf an, welchen Zweck die Beteiligten nach ihrem zum Ausdruck gekommenen Willen verfolgt haben (BGHZ 151, 127 mwN). Im Zweifel ist eine objektive Betrachtungsweise aus der Sicht des Zuwendungsempfängers geboten (BGHZ 122, 46;

Palandt/Sprau aaO § 812 RdNr 41). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ergibt sich vorliegend Folgendes: Die Klägerin wollte mit der ambulanten häuslichen Krankenpflege für Versicherte der Beklagten keine bewusste und zweckgerichtete Zuwendung an diese Einzelpersonen erbringen, ihr ging es vielmehr um die Erfüllung des Anspruchs der Versichten auf Krankenpflege gegen die beklagte Krankenkasse. Durch das Tätigwerden der Klägerin ist die Beklagte von Verbindlichkeiten befreit worden, resultierend aus den jeweiligen Sachleistungsansprüchen der Versicherten (§ 2 Abs 2 SGB V) auf Gewährung von Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V). Diese Sachleistungsansprüche sind durch die klägerische Leistungserbringung erfüllt worden und damit erloschen (§ 362 BGB), ohne dass hierfür ein Rechtsgrund - wie zuvor der Rahmenvertrag vom 25. April 1996 - zwischen den Beteiligten dieses Rechtsstreits vorhanden ist. Deshalb wäre die beklagte Krankenkasse zur Herausgabe des dadurch Erlangten verpflichtet (vgl auch Palandt/Sprau aaO § 812 RdNr 24 mwN). Da dies wegen der Beschaffenheit des Erlangten nicht möglich ist, muss die Beklagte der Klägerin den Wert ersetzen, § 818 Abs 2 BGB. Dies ist bislang jedoch nur in Teilbeträgen geschehen.

Nach den in der Rechtsprechung der Zivilgerichte und im Schrifttum ganz überwiegend vertretenen Grundsätzen ist für die Wertbestimmung iS des § 818 Abs 2 BGB der objektive Verkehrswert des Erlangten maßgeblich (RGZ 147, 396, 398; BGHZ 10, 171, 179; 38, 356, 369; 55, 128, 135; 82, 299, 307 f; Palandt/Sprau aaO § 818 RdNr 19). Der objektive Gegenwert für die Befreiung von den Sachleistungsansprüchen der Versicherten wird durch den finanziellen Aufwand dargestellt, den die beklagte Krankenkasse ihrerseits erspart hat. Dies stellt die Werteinschätzung dar, welche die verkehrsbeteiligten Kreise einer solchen "Freistellung" entgegenbringen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat das LSG zutreffend die Sätze der bis zum Jahresende 1997 zwischen den Beteiligten geltenden Vergütungsvereinbarung zu Grunde gelegt. Diese Vergütungssätze sind - wie das Berufungsgericht bindend festgestellt hat - während des hier streitigen Zeitraums üblicherweise von anderen Krankenkassen in dem maßgeblichen Wohn- und Lebensbereich der Versicherten (G.) an Krankenpflegedienste gezahlt worden. Diese Sätze hätte auch die Beklagte nach generalisierender Betrachtungsweise aufwenden müssen, um Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege für ihre Versicherten im Regelfall zu finanzieren. Dafür spricht vor allem die Tatsache, dass sie nur einen einzigen Pflegedienst - die A. GmbH - benannt hat, den sie zu niedrigeren Vergütungssätzen vertraglich verpflichtet hatte.

Anders mag der Fall zu beurteilen sein, wenn die beklagte Krankenkasse weitere Pflegedienste benannt hätte, mit denen sie in dem hier streitigen Zeitraum ebenfalls Vergütungsvereinbarungen zu niedrigeren Sätzen abgeschlossen hatte, und wenn sie zudem nachgewiesen hätte, dass dadurch die Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege gesichert gewesen wäre. Dies ist jedoch nicht geschehen, von einer "aufgedrängten Bereicherung" kann deshalb keine Rede sein. Da es sich hierbei um Tatsachen handelt, die allein in das Wissen der beklagten Krankenkasse gestellt sind, bestand für das LSG ohne Mitwirkung der Beklagten keine Möglichkeit, den Sachverhalt weiter aufzuklären. Die Folgen dieses "non liquet" treffen nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast die Beklagte (vgl Meyer-Ladewig, Kommentar zum SGG, 7. Aufl 2002, § 103 RdNr 19a mwN).

Entgegen der Ansicht der Revision ist auf die Gesamtversorgungssituation aller Versicherten der beklagten Krankenkasse in dem hier maßgeblichen Wohn- und Lebensbereich und nicht darauf abzustellen, dass jedenfalls die Versicherten G. , A. , E. und K. konkret durch den Pflegedienst A. GmbH hätten betreut werden können. Da die Kapazität dieses Pflegedienstes begrenzt war, hätte die Beklagte notgedrungen andere Pflegedienste zu den höheren Vergütungssätzen in Anspruch nehmen müssen, um ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Durch das Tätigwerden der Klägerin hat sie damit im Ergebnis in jedem Fall Kosten in der geltend gemachten Höhe erspart.

Die Verpflichtung der beklagten Krankenkasse zum Wertersatz scheitert nicht an § 814 BGB. Danach kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete zwar nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, oder wenn die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach. Die beiden letzteren Alternativen der Vorschrift sind offensichtlich nicht erfüllt; es liegt aber auch keine Kenntnis der Nichtschuld bei der Klägerin vor. Davon könnte nur dann ausgegangen werden, wenn die Klägerin für die Leistung erkennbar keine Gegenleistung erwartet hätte, ihr Verlangen nach Wertersatz deshalb widersprüchlich wäre (vgl Palandt/Sprau aaO § 814 RdNr 3). Das Gegenteil ist jedoch der Fall: Es bestanden lediglich unterschiedliche Vorstellungen über die Höhe der geschuldeten Gegenleistung. Ein solcher Sachverhalt fällt nicht in den Anwendungsbereich des § 814 BGB, der eine besondere Ausprägung des allgemeinen Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist.

3. Die Höhe des von der Klägerin begehrten Wertersatzes ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung der Vergütungsvereinbarung der Anlage 6 zu § 14 des Rahmenvertrags vom 25. April 1996, da die dort vereinbarten Sätze nach den Feststellungen des LSG im streitbefangenen Zeitraum von den übrigen Krankenkassen angewandt wurden, abzüglich der jeweils von der Beklagten bereits erstatteten Beträge. Die Beklagte hat gegen die rechnerische Richtigkeit der Forderung der Klägerin keine Einwände erhoben. Von der geltend gemachten Gesamtforderung in Höhe von 18.305,40 DM haben die Vorinstanzen zu Recht den Betrag von 489,00 DM abgezogen, weil die Klägerin im klageerweiternden Schriftsatz vom 29. Juli 1999 erneut den im Mahnverfahren bereits streitbefangenen Aufwand für die Betreuung der Versicherten G. und A. für April 1998 (2 x 244,50 DM = 489,00 DM) geltend gemacht hatte. Die offene Forderung beträgt demnach nur 17.816,40 DM = 9.109,38 ¤.

4. Für den geltend gemachten Zinsanspruch der Klägerin - jeweils 4 % seit Rechtshängigkeit - gilt Folgendes:

Die ursprüngliche Klageforderung über 489,00 DM (= 250,02 ¤) ist zunächst beim sachlich unzuständigen Amtsgericht geltend gemacht worden. Gemäß § 696 Abs 3 Zivilprozessordnung (ZPO) gilt die Streitsache als mit der Zustellung des Mahnbescheides rechtshängig geworden, wenn sie alsbald nach der Erhebung des Widerspruchs abgegeben wird. Der Begriff "alsbald" ist ebenso zu verstehen wie zB "demnächst" in § 167 ZPO oder in § 270 Abs 3 ZPO aF (BGHZ 103, 20, 28; Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, ZPO, 62. Aufl 2004, § 696 RdNr 14). Die Regelung soll denjenigen, in dessen Interesse die Zustellung erfolgt, vor Verzögerungen schützen, auf die er keinerlei Einfluss hat, die man ihm also auch nicht zurechnen kann; andererseits soll aber auch der Prozessgegner nicht unbillig belastet werden (Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann aaO § 167 RdNr 12 f). Im vorliegenden Fall wurde der Mahnbescheid der beklagten Krankenkasse am 20. August 1998 zugestellt. Nach deren Teilwiderspruch vom 28. August 1998 wurde das Verfahren am 9. September 1998 an das Amtsgericht abgegeben und von dort zügig weiter betrieben. Die Rechtshängigkeit der ursprünglichen Klageforderung ist deshalb zum 20. August 1998 anzunehmen; sie endete jedoch mit der Verweisung in die Sozialgerichtsbarkeit und wurde dort neu begründet (vgl Meyer-Ladewig aaO § 94 RdNr 3). Die Wirkungen der Rechtshängigkeit blieben indes gemäß § 202 SGG iVm § 17b Abs 1 Satz 2 GVG im bisherigen Umfang bestehen. Deshalb besitzt die Klägerin einen Zinsanspruch gemäß §§ 246, 291 BGB von 4 % - höhere Zinsen sind nicht geltend gemacht worden - auf 489,00 DM (= 250,02 ¤) seit dem 20. August 1998.

Der klageerweiternde Schriftsatz vom 29. Juli 1999 ist am darauf folgenden Tag beim SG eingegangen. Maßgeblich für die Rechtshängigkeit des erweiterten Anspruchs ist § 94 SGG (Eingang bei Gericht) und nicht § 261 Abs 2 ZPO, wonach die Rechtshängigkeit eines im Laufe des Prozesses erhobenen Anspruchs grundsätzlich erst mit seiner Geltendmachung in der mündlichen Verhandlung oder mit der Zustellung eines den Erfordernissen des § 253 Abs 2 Nr 2 ZPO entsprechenden Schriftsatzes eintritt. Ein Rückgriff auf die Vorschriften der ZPO ist hier nicht zulässig (vgl § 202 SGG), weil für das sozialgerichtliche Verfahren mit § 94 SGG eine eigenständige Regelung getroffen worden ist. Diese Vorschrift betrifft vom Wortlaut her zwar nur den Fall der Klageerhebung; sie gilt jedoch auch für die Einbeziehung eines weiteren Bescheides nach § 96 SGG (vgl BSGE 5, 158, 163, BSG SozR 1500 § 94 Nr 2 und § 96 Nr 4), eines weiteren Anspruchs im Wege der Klageänderung bzw Klageerweiterung oder einer Klageumstellung nach § 99 Abs 3 Nr 3 SGG (Peters/Sautter/Wolff, Kommentar zum SGG, 4. Aufl - Stand: Juli 1991, § 94 RdNr 3; aA für den Fall der Klageänderung Meyer-Ladewig aaO § 94 RdNr 3a). Dies folgt aus dem Grundsatz der Einheitlichkeit des gerichtlichen Verfahren; es ist kein sachlicher Grund ersichtlich, weshalb die Rechtshängigkeit eines später erhobenen - klageerweiternden - Anspruchs nach anderen Kriterien behandelt werden soll als die der ursprünglichen Klageforderung. Für die Rechtshängigkeit der erweiterten Klage ist deshalb der Eingang des entsprechenden Schriftsatzes beim SG maßgeblich - dies war der 30. Juli 1999; seit diesem Tag besteht ein Zinsanspruch gemäß §§ 246, 291 BGB in Höhe von 4 % - höhere Zinsen sind nicht beantragt worden - auf 8.818,75 DM (= 4.508,96 ¤).

Entsprechendes gilt für die Klagerweiterung durch den Schriftsatz vom 29. Juni 2000, eingegangen beim SG am 3. Juli 2000. Ein Zinsanspruch von 4 % - höhere Zinsen sind nicht beantragt worden - auf 8.508,65 DM (= 4.350,40 ¤) ist deshalb gemäß §§ 246, 291 BGB seit dem 3. Juli 2000 berechtigt.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 SGG idF des 5. SGG-ÄndG vom 30. März 1998 (BGBl I 638). Eine Quotelung der Kosten erschien dem Senat unangemessen, da die Revision der Beklagten nur im Zinsausspruch und nur zu einem sehr geringen Betrag erfolgreich war. Die durch die Anrufung des unzuständigen Amtsgerichts verursachten Kosten - Mahnverfahren - sind jedoch von der Klägerin selbst zu tragen.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2004-08-23