

L 1 KR 47/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 112 KR 424/07

Datum

10.01.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 47/11

Datum

08.11.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2011 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen, mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die diese selbst zu tragen hat. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über höhere Entgelte für Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Die Klägerin betreibt ein Krankenpflegeunternehmen und erbringt Leistungen der häuslichen Krankenpflege an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung im Land Berlin. Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer wurde am 5. Juli 1999 ein Rahmenvertrag über die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen in Berlin mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe geschlossen. Dieser Vertrag trat am 1. September 1999 in Kraft. Die Klägerin hatte dem Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege e.V. (ABVP) Vertretungsvollmacht erteilt, die Beklagte dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK). Gegenstand des Vertrages war unter anderem eine Vergütungsvereinbarung, die bestimmten Pflegeleistungen bestimmte Entgelte zuwies. Der Vertrag sah den Beitritt der Leistungserbringer vor, der von diesen gegenüber der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin zu erklären war. Mit dem Beitritt sollte ein direktes Vertragsverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenkassen in Berlin begründet werden. Auch die Klägerin gab eine entsprechende Beitrittserklärung ab.

Der am 5. Juli 1999 geschlossene Rahmenvertrag wurde durch den V gegenüber dem ABVP mit Schreiben vom 27. Juni 2000, zugegangen am 28. Juni 2000, zum 31. Dezember 2000 gekündigt. Der V bot allen bisherigen Leistungserbringern für die Berliner Ersatzkassen den Abschluss eines neuen Vertrages ab dem 1. Januar 2001 an, um das Entstehen eines vertragslosen Zustandes zu verhindern. Die Entgeltvereinbarungen in diesem Vertrag blieben hinter denen aus dem Rahmenvertrag vom 5. Juli 1999 zurück und betrugen nur noch 87 Prozent der ursprünglichen Preise.

Während eine Vielzahl der bisherigen Leistungserbringer (70 Prozent) die neuen niedrigeren Preise akzeptierten, verweigerten sich die vom ABVP vertretenen Leistungserbringer dem ihnen angetragenen Vertragsschluss insbesondere mit Hinweis darauf, dass die AOK Berlin höhere Preise für die Krankenpflege vereinbart habe. Während der laufenden Vertragsverhandlungen erbrachten auch die vom ABVP vertretenen Pflegedienste weiter Krankenpflegeleistungen für die Versicherten der Angestellten-Ersatzkassen.

Mit der am 29. Dezember 2006 bei dem Sozialgericht Berlin eingegangenen Klage begehrt die Klägerin eine höhere Vergütung für die von ihr in den Jahren 2002 bis 2006 an Versicherte der Beklagten erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Die Klägerin hat dazu Listen vorgelegt, aus denen sich Rechnungs-Nrn., Namen von Versicherten sowie die Höhe der von ihr berechneten und die Höhe der von der Beklagten bezahlten Beträge ergeben. Aus der Differenz der letzten beiden Posten berechne sich die Klageforderung. In rechtlicher Hinsicht sei der Rahmenvertrag zwischen den beiden Streitparteien (zunächst?) nicht beendet worden. Jedenfalls ergebe sich die Klageforderung aus dem Bereicherungsrecht, weil die Beklagte ohne Vertrag die Leistungen ansonsten zu denselben Bedingungen hätte einkaufen müssen, wie sie von der AOK Berlin und den BKK's den Leistungserbringern gewährt worden seien.

Das Sozialgericht hat die AOK Berlin-Brandenburg zum Verfahren beigeladen und von dieser Auskünfte über die Höhe der in den Jahren 2002 bis 2010 bezahlten Vergütungen für Krankenpflegedienstleistungen eingeholt. Anschließend hat es die Klage durch Gerichtsbescheid vom 10. Januar 2011 abgewiesen.

Zur Begründung der Klageabweisung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass der Klägerin Ansprüche aus dem Rahmenvertrag 1999 nicht zustehen würden, weil dieser Vertrag zum 31. Dezember 2000 wirksam gekündigt worden sei. Durch die fortgesetzte Leistungserbringung seien auch keine Einzelverträge zustande gekommen. Ebenso wenig würden sich Ansprüche aus dem Bereicherungsrecht ergeben. Zwar habe die Klägerin durch die von ihr erbrachten Leistungen der Krankenpflege ohne rechtlichen Grund gegen die Beklagte gerichtete Leistungsansprüche erfüllt. Der daraus resultierenden Verpflichtung zum Wertersatz sei die Beklagte aber bereits nachgekommen, indem sie die Leistungen vergütet habe wie gegenüber denjenigen Leistungserbringern, welche die neue Rahmenvereinbarung mit abgesenkter Vergütung akzeptiert hätten. Der Wert der Freistellung ergebe sich aus der Einschätzung der verkehrsbeteiligten Kreise. Schon für die Jahre 2002 und 2003 hätten die Krankenkassen an Leistungserbringer mit Verträgen mehrheitlich nur noch 87 Prozent der Entgelte von 1999 gezahlt. Für die Zeit ab 2004 habe auch die AOK Berlin nur noch in dieser Höhe gezahlt. Eine oberhalb dieses Niveaus liegende Wertschätzung der verkehrsbeteiligten Kreise könne deshalb bereits ab dem Jahre 2002 nicht festgestellt werden.

Gegen den ihr am 17. Januar 2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 17. Februar 2011 bei dem Sozialgericht eingegangene Berufung der Klägerin. Die Klägerin macht geltend, dass der am 1. September 1999 zwischen den Parteien in Kraft getretene Vertrag ungekündigt fortbestanden habe. Die Kündigung sei nur gegenüber dem Verband erfolgt, nicht auch gegenüber der Klägerin. Der Verband sei zwar zum Abschluss von Einzelverträgen bevollmächtigt gewesen. Er habe aber keine Vollmacht zur Entgegennahme von Kündigungen gehabt. Zu Unrecht habe weiter das Sozialgericht für die Ermittlung des Verkehrswertes der erbrachten Leistungen lediglich auf die Beklagte abgestellt. Mindestens sei ein Mittelwert der durch die Krankenkassen im Land Berlin gezahlten Vergütungen zu ermitteln gewesen. Die AOK habe seinerzeit einen Vergütungssatz von 91 Prozent gezahlt, wohingegen die Betriebskrankenkassen rückwirkend sogar zu einem Vergütungssatz in Höhe von 100 Prozent der alten Vereinbarung verpflichtet worden seien. Da die überwiegende Zahl der Krankenkassen danach mindestens den AOK-Satz gezahlt habe, dürfe die Klägerin nicht auf den von der Beklagten freiwillig geleisteten Satz beschränkt werden.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin weitere 9.853,97 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz jeweils ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Rechtsauffassung, dass die Kündigung des Rahmenvertrages vom 27. Juni 2000 nicht rechtswirksam geworden sei, könne nicht überzeugen. Der Rahmenvertrag sei Gegenstand des Vertragsverhältnisses zwischen der Klägerin und der Beklagten gewesen. In dem Rahmenvertrag sei vereinbart gewesen, dass mit dem Wirksamwerden der Kündigung des Rahmenvertrags zugleich auch die nach diesem Vertrag zustande gekommenen Vertragsverhältnisse ihr Ende finden würden. Insoweit handele es sich um eine auflösende Bedingung, eine empfangsbedürftige Kündigung sei nicht erforderlich. Im Übrigen fehle es für die Begrenzung der dem Verband erteilten Vollmacht an einem substantiierten Vortrag. Sie - die Beklagte - habe auch nicht durch die Inanspruchnahme der Leistungen der Klägerin deren Preisbestimmung akzeptiert. Vielmehr habe sie durch die Übersendung des reduzierten Preisangebotes deutlich gemacht, dass sie zu den bisherigen Preisen keine Verträge mehr schließen wollte. In bereicherungsrechtlicher Hinsicht habe die Klägerin nicht substantiiert zur Ortsüblichkeit der von ihr verlangten Vergütung vorgetragen. Die AOK Berlin habe ab dem 1. Januar 2004 ebenfalls nur 87 Prozent der im Jahr 1999 noch gewährten Vergütung gezahlt. Im Zeitraum bis zum 31. Dezember 2003 seien es 91 Prozent gewesen.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die von der Beklagten übersandten Unterlagen verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer Beträge für die von ihr in den Jahren 2002 bis 2005 erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Nach der zum 1. Januar 2000 erfolgten Änderung des [§ 69 SGB V](#) sind die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Pflegediensten öffentlich-rechtlich geregelt. Gleichwohl bleiben die Vorschriften des Zivilrechts entsprechend anwendbar, soweit das mit den Vorgaben des SGB V zu vereinbaren ist (BSG, Urt. v. 13. Mai 2004 - [B 3 KR 2/03 R](#) - juris Rn 13).

Aus dem Beitritt der Klägerin zu dem zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer am 5. Juli 1999 geschlossenen Rahmenvertrag ergibt sich kein Anspruch entsprechend [§ 132a SGB V](#) auf Zahlung von Entgelten für die von der Klägerin erbrachten streitgegenständlichen Krankenpflegeleistungen. Nach [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) sind über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, insbesondere über die Preise, Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zu schließen. Dies ermöglicht auch den Abschluss von Rahmenverträgen (Armbruster in Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 132a Rn 24, 26), die Grundlage für noch einzugehende Einzelverträge werden können. Der Rahmenvertrag vom 5. Juli 1999 ist nur zwischen Verbänden geschlossen worden, nicht aber zwischen den Beteiligten des vorliegenden Rechtsstreits. Das ergibt sich eindeutig aus der Bezeichnung der vertragsschließenden Parteien im Vertrag. Daran ändert auch nichts, dass die Verbände auch die Vollmacht gehabt hätten, für ihre Mitglieder abzuschließen. Von dieser Möglichkeit haben sie keinen Gebrauch gemacht sondern vielmehr im Wege eines Vertrages zugunsten Dritter Beitrittsrechte für die einzelnen Leistungserbringer zum Rahmenvertrag begründet. Sinn dieser Gestaltung war offensichtlich, die Entscheidung über die Verbindlichkeit der ausgehandelten Bedingungen in die Hand des einzelnen Leistungserbringers zu legen.

Zwar begründete der Beitritt der Klägerin zu dem Rahmenvertrag entsprechend der in § 3 des Rahmenvertrags vorgesehenen Regelung vertragliche Beziehungen zwischen den Parteien des vorliegenden Rechtsstreits. Die sich aus dem Rahmenvertrag ergebenden Regelungen sahen für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch höhere Entgelte vor, als von der Beklagten bisher gezahlt worden sind. Die Rechtswirkungen des Beitritts zum Rahmenvertrag vom 5. Juli 1999 sind aber infolge der Kündigung des Rahmenvertrags zum 31. Dezember 2000 wieder entfallen. Die mit der Klage geltend gemachten Entgelte werden indessen schon nach dem Vortrag der

Klägerin sämtlich für Leistungen gefordert, die nach dem 31. Dezember 2000 erbracht worden sind. Sie können daher nicht den Regelungen des Rahmenvertrags vom 5. Juli 1999 unterfallen.

Die Kündigung vom 27. Juni 2000 des am 5. Juli 1999 geschlossenen Rahmenvertrags wurde mit Ablauf des 31. Dezember 2000 rechtswirksam. Die Kündigungsmöglichkeit war in § 20 Abs. 1 des Rahmenvertrags ausdrücklich erstmals zum 31. Dezember 2000 vorgesehen. Der V hat als Partei den Rahmenvertrag form- und fristgerecht gegenüber dem ABVP gekündigt, der eine andere Partei des Rahmenvertrags ist. Das führte dazu, dass der Rahmenvertrag (jeden-falls) zwischen diesen beiden Parteien mit Ablauf des 31. Dezember 2000 seine Wirksamkeit verlor.

Durch die Beendigung des Rahmenvertrags zwischen dem V und dem ABVP verlor auch der Beitritt zum Rahmenvertrag seine Wirksamkeit für und gegen diejenigen Leistungserbringer, denen die Beitrittsmöglichkeit durch die Mitgliedschaft in einem Verband vermittelt worden ist, gegenüber dem der Rahmenvertrag gekündigt wurde. Das ergibt sich aus § 20 Abs. 1 Satz 1 des von den vertragsschließenden Parteien vereinbarten Rahmenvertrags. Deswegen kommt es nicht darauf an, ob der V den Rahmenvertrag auch gegenüber der Klägerin gekündigt hat bzw. ob der ABVP entsprechend [§ 164 Abs. 3 BGB](#) Empfangsvollmacht für die Entgegennahme der Kündigung für die Klägerin hatte.

Die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klägerin und der Beklagten beruhen nämlich auf dem Beitritt zu dem am 5. Juli 1999 geschlossenen Rahmenvertrag. Die Möglichkeit zum Beitritt wurde durch den Rahmenvertrag geschaffen und ist damit in ihrem Ausmaß und Inhalt von dem Rahmenvertrag abhängig. Der einzelne Leistungserbringer konnte dem Rahmenvertrag nur mit dem Inhalt beitreten, der für einen Beitritt von den vertragsschließenden Parteien auf Verbandsebene vorgesehen worden ist. Es ist nichts dafür ersichtlich und wird auch von der Klägerin nicht behauptet, dass sie anlässlich des Beitritts zu dem auf Verbandsebene geschlossenen Rahmenvertrag mit der Beklagten weitere Regelungen vereinbart hatte, deren Inhalt über den des Rahmenvertrags hinausgehen. Für den Inhalt ihres Beitritts sind deswegen ausschließlich die Vorstellungen der vertragsschließenden Parteien auf Verbandsebene maßgeblich.

Nur das entspricht auch Absicht und Interesse der vertragsschließenden Parteien des Rahmenvertrags. Diese wollten die Leistungserbringung im Bereich der häuslichen Krankenpflege einheitlich auf Verbandsebene zu regeln. Mit dieser Vorgabe wäre nicht in Übereinstimmung zu bringen, wenn zwischen verbandsangehörigen Leistungserbringern und/oder Krankenkassen ein Vertrag über den Gegenstand der Krankenpflege geschlossen würde, der von den Vorgaben des Verbandsvertrages abwich. Auf Verbandsebene sind die vertragsschließenden Parteien davon ausgegangen, dass auf die Kündigung eines Rahmenvertrages die Aushandlung und der Abschluss eines neuen Rahmenvertrags auf Verbandsebene folgen würden. Blieben dann aber die Beitritte zu dem alten Vertrag auf einzelvertraglicher Grundlage weiterhin wirksam, würde die – dem Belieben des einzelnen Leistungserbringers und/oder der Krankenkasse überantwortete – Fortdauer seiner Regelungen dazu führen, dass ein neuer Vertrag auf Verbandsebene die ihm eigentlich zugedachte Ordnungsfunktion nicht erfüllen könnte. Dies kann nicht im Sinne der vertragsschließenden Parteien des Rahmenvertrags auf Verbandsebene gewesen sein. Demnach ist davon auszugehen, dass sie einen Beitritt zu dem Rahmenvertrag nur unter der Maßgabe eröffnen wollten, dass die Kündigung des Rahmenvertrages auch zur Unwirksamkeit der durch den Beitritt begründeten vertraglichen Beziehungen zwischen den einzelnen Leistungserbringern und den Krankenkassen führt.

Nach der Kündigung des Rahmenvertrages auf Verbandsebene ist zwischen den hier streitenden Parteien jedenfalls für die Jahre 2002 bis 2006 keine neue vertragliche Beziehung zustande gekommen. Dafür reicht insbesondere nicht aus, dass die Klägerin mit Wissen und Duldung der Beklagten weiter Krankenpflegeleistungen für deren Versicherte erbracht hat. Denn insoweit fehlt es an einer Abrede über den Preis der Leistungen. Die Einigung über den Preis ist aber wesentliche Voraussetzung für den Abschluss eines Vertrages (Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 4. Juli 2006 – [L 24 KR 1127/05](#) – juris Rn 30/31). Beiden Beteiligten war zudem bewusst, dass es gerade in dieser Frage keine Einigung gab. Deswegen kann das Fehlen einer Preisabrede auch nicht nach den Regeln der *protestatio facta contraria* vernachlässigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 13. Mai 2004 – [B 3 KR 2/03 R](#) – juris Rn 17). Die Annahme eines erneuten Vertragsschlusses scheitert vielmehr an der nicht zustande gekommenen Einigung über den Preis der Leistungen.

Das Fehlen einer vertraglichen Einigung über den Preis kann auch nicht durch das Leistungsbestimmungsrecht einer Partei entsprechend [§ 315 BGB](#) oder [§ 316 BGB](#) ersetzt werden. Denn [§ 132a SGB V](#) zeigt, dass der Gesetzgeber auf eine Einigung der Beteiligten im freien Spiel der Kräfte setzt. Diese Vorgabe würde unterlaufen, wenn man für den Fall, dass eine Einigung nicht zustande kommt, einer Partei das einseitige Leistungsbestimmungsrecht einräumt. Auf diese Weise würde nämlich jegliches Interesse der begünstigten Partei beseitigt, sich mit der anderen Seite zu einigen. Demnach ist eher ein vertragsloser Zustand hinzunehmen (BSG, Urt. v. 13. Mai 2004 – [B 3 KR 2/03 R](#) – juris Rn 18).

Schließlich ergibt sich auch aus [§ 612 Abs. 2 BGB](#), wonach bei Fehlen einer Bestimmung über die Vergütung die taxmäßige oder übliche Vergütung für eine Dienstleistung als vereinbart gilt, kein konkreter Zahlbetrag für die von der Klägerin erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Es fehlt bereits an dem Vorliegen einer üblichen bzw. taxmäßigen Vergütung. Denn Krankenpflegeleistungen sind in dem streitigen Zeitraum in unterschiedlicher Höhe vergütet worden. Darüber hinaus ist [§ 612 BGB](#) deswegen nicht anwendbar, weil die Übertragung der von anderen Krankenkassen vereinbarten Entgelte der Vorstellung des Gesetzgebers zuwider laufen würde, dass jede Krankenkasse im freien Spiel der Kräfte für sich selbst eine Vereinbarung mit den Leistungserbringern treffen soll (BSG, Urt. v. 13. Mai 2004 – [B 3 KR 2/03 R](#) – juris Rn 19).

Auch aus gesetzlichen Anspruchsgrundlagen ergibt sich kein weiterer Zahlungsanspruch der Klägerin. [§ 683 BGB](#) über den Aufwendungsersatz bei berechtigter Geschäftsführung ist schon nach seinen tatbestandlichen Voraussetzungen nicht anwendbar. Die Vorschrift setzt nämlich voraus, dass die Übernahme der Geschäfte dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. Davon kann grundsätzlich nicht ausgegangen werden, wenn ein Pflegedienst im vertragslosen Zustand Leistungen an die Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse erbringt. Denn das Interesse und damit auch der mutmaßliche Willen der Krankenkassen geht in diesen Fällen dahin, dass die Leistungen nur von solchen Pflegediensten erbracht werden, mit denen eine vertragliche Vereinbarung besteht (LSG Hamburg, Urteil v. 31. Oktober 2007 – [L 1 KR 21/07](#) – juris Rn 30).

Allerdings ergibt sich aus den Rechtsgrundsätzen der ungerechtfertigten Bereicherung entsprechend den [§ 812ff BGB](#) ein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Bereicherungsausgleich. Erbringt ein Pflegedienst im vertragslosen Zustand an die Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen der häuslichen Krankenpflege, auf welche jene gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch

haben, so ist die Krankenkasse dadurch bereichert, dass der gegen sie gerichtete Anspruch der Versicherten auf Leistung erfüllt wird und damit untergeht. Es handelt sich um einen Fall der Leistungskondition im Dreiecksverhältnis (BSG, Urt. v. 13. Mai 2004- [B 3 KR 2/03 R](#) - juris Rn 20; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 4. Juli 2006 - [L 24 KR 1127/05](#) - juris Rn 37). Ein Bereicherungsausgleich ist auch nicht deswegen ausgeschlossen, weil es sich bei Krankenpflegeleistungen im vertragslosen Zustand grundsätzlich um eine aufgedrängte Bereicherung der Krankenkassen handeln würde. Davon könnte nur ausgegangen werden, wenn die Krankenkassen sich ausdrücklich gegen die Übernahme der Leistungen durch bestimmte Pflegedienste verwahrt hätten (LSG Hamburg, Urteil v. 31. Oktober 2007 - [L 1 KR 21/07](#) - juris Rn 35). Hier dagegen hat die Beklagte die Übernahme der Leistungen an ihre Versicherten durch die Klägerin zumindest geduldet.

Ein Anspruch der Klägerin auf Bereicherungsausgleich setzt zunächst voraus, dass die Versicherten der Beklagten Anspruch auf die von der Klägerin erbrachten Pflegedienstleistungen hatten. Der Senat kann aber schon deswegen die Berechtigung sich möglicherweise aus [§ 37 SGB V](#) ergebender Ansprüche der Versicherten nicht prüfen, weil ihm die entsprechenden vertragsärztlichen Verordnungen nicht vorliegen. Auf der anderen Seite spricht für das Bestehen von Ansprüchen der Klägerin dem Grunde nach, dass sie die Beklagte teilweise anerkannt und erfüllt hat.

Die Frage nach der Berechtigung der Leistungsansprüche der Versicherten - und damit auch nach dem Vorliegen einer Bereicherung der Beklagten - kann aber letztlich dahin stehen. Denn selbst unter der Voraussetzung, dass die Klägerin die von ihr geltend gemachten Leistungen stets auf entsprechende Ansprüche der Versicherten gegen die Beklagte hin erbrachte, ergibt sich kein höherer Zahlungsanspruch. Der Anspruch auf Bereicherungsausgleich ist der Höhe nach nämlich gemäß [§ 818 Abs. 2 BGB](#) auf Wertersatz beschränkt. Denn das eigentlich Erlangte, die Befreiung von der Verbindlichkeit, kann nicht von der Beklagten nicht wieder herausgegeben werden. Der Wert ist von der Beklagten aber bereits ersetzt worden, indem sie die Leistungen der Klägerin entsprechend den Tarifen vergütet hat, die sie mit anderen Pflegediensten für den streitgegenständlichen Zeitraum vereinbart hatte.

Die von der Klägerin erbrachten Leistungen der Krankenpflege haben entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin keinen höheren Wert. Dass den Leistungen kein feststehender objektiver Wert zugeordnet werden kann, zeigt sich an den nach Auslaufen des alten Rahmenvertrags zum 31. Dezember 2000 abgeschlossenen neuen Vergütungsvereinbarungen, nach denen die Höhe der vereinbarten Entgelte durchaus unterschiedlich ausgefallen ist. Auch das arithmetische Mittel aller vereinbarten Preise spiegelt nicht notwendig den objektiven Wert der Leistungen wider. Die Tatsache unterschiedlich hoher Preise belegt nämlich, dass über die Höhe der vereinbarten Preise einzelfallbezogene Faktoren wie Verhandlungsgeschick und Nachfragemacht entscheiden. Es gibt keinen tragfähigen Grund für die Annahme, dass sich diese Faktoren insgesamt gesehen gegeneinander aufheben und einen von ihnen unabhängigen objektiven Wert der Leistung überlassen. Der objektive Wert einer Leistung ist auch theoretisch nicht unabhängig von den jeweiligen Marktverhältnissen bestimmbar.

Finden sich auf einem Markt unterschiedlich hohe Preise für dieselben Krankenpflegeleistungen, ist nach der Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, für den Bereicherungsausgleich auf den Wert abzustellen, den die ohne vertragliche Grundlage erbrachten Krankenpflegeleistungen für die Krankenkasse als bereicherungsrechtlicher Empfänger der Leistungen hatten (BSG, Urt. v. 13. Mai 2004- [B 3 KR 2/03 R](#) - juris Rn 21/22). Besteht also eine Preisspanne zwischen nachfragenden Krankenkassen, an deren unteren Ende sich das Vertragsangebot der im vertragslosen Zustand auf Bereicherungersatz in Anspruch genommenen Krankenkasse befindet, ist für den Wert der rechtsgrundlosen Bereicherung erheblich, ob die Krankenkasse die Möglichkeit gehabt hätte, sich weitere Leistungen auf dem Anbietermarkt zu ihren Bedingungen zu besorgen oder ob sie, um die Versorgung ihrer Versicherten sicher zu stellen, darauf angewiesen gewesen wäre, auch Leistungserbringer zu beauftragen, die zur Vornahme der Leistungen nur zu höheren Preisen bereit waren. Entscheidungserheblich ist demnach, ob und inwieweit die Beklagte ihre neuen niedrigeren Preise schon am Markt hat durchsetzen können.

Zur Frage, welche Preise die Beklagte in den streitigen Jahren bereits am Markt durchgesetzt hatte, nimmt der Senat Bezug auf den Vortrag der Beklagten, der auch durch die von dieser vorgelegten Unterlagen über den Gang der Verhandlungen zwischen dem V und dem ABVP nach Kündigung des Rahmenvertrages bestätigt wird und dem die Klägerin zudem nicht in der Sache widersprochen hat. Danach war jedenfalls seit dem Jahre 2002 eine genügend große Anzahl von Krankenpflegediensten bereit, Verträge mit der Beklagten zu deren Bedingungen abzuschließen, so dass die Beklagte nicht auf die Klägerin angewiesen war, um die Versorgung ihrer Versicherten sicher zu stellen. Sie hätte stattdessen auch auf die Pflegedienste zurückgreifen können, mit denen sie bereits wieder vertragliche Vereinbarungen unterhielt. Insoweit hat die Beklagte sich demnach durch die Leistungen der Klägerin nur erspart, andere Pflegedienste zu ihren eigenen Bedingungen zu beauftragen. Zu ersetzen ist demnach nur der Wert dieser Ersparnis, deren Höhe der in den neuen Verträgen der Beklagten vorgesehenen Vergütung entspricht. In dieser Höhe hat die Beklagte aber bereits Zahlungen an die Klägerin geleistet. Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Berufung nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-01-28