

L 16 KR 21/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 65/02
Datum
19.08.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 21/06
Datum
26.10.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 2/07 R
Datum
24.01.2008
Kategorie
Urteil
Bemerkung
Auf Rev. d.Kl. wird Urteil des LSG aufgehoben und zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen.
Neues Az. = L 16 KR 62/08
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 19. August 2003 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert beträgt für das Berufungsverfahren 1.972,84 EUR. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist (nur noch) ein Anspruch der Klägerin auf Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die ihre Rechtsvorgängerin für Versicherte der Beklagten im Zeitraum März und April 2002 erbracht hat. Zum 01.11.2005 ist die Klägerin, die "PflegeMobil T L GmbH", aus der Einzelfirma "Pflegedienst PflegeMobil T L" hervorgegangen.

Die am 00.00.1967 geborene Geschäftsführerin und zugleich Leitende Pflegefachkraft (Pflegedienstleiterin -PDL-) der späteren Klägerin, Frau T L, schloss im Jahre 1989 eine dreijährige Ausbildung zur Krankenschwester ab. Sie übte u. a. in der Zeit vom 01.07.1996 bis zum 31.12.2001 eine selbständige Tätigkeit in der "L Pflegedienst O & L GbR" in L aus. Zum 01.03.2002 plante sie eine Betriebsneugründung, zunächst unter der Einzelfirma "Pflegedienst PflegeMobil T L", wiederum in L. Sie schloss sich am 24.01.2002 dem Landesverband freie ambulante Krankenpflege (LfK) NRW an. Dieser hatte am 22.09.1998 einen Rahmenvertrag gemäß §§ 132, 132a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege, der häuslichen Pflege und der Haushaltshilfe mit der Beklagten, der Innungskrankenkasse (IKK) Nordrhein und der Krankenkasse der Rheinischen Landwirtschaft abgeschlossen. Nach § 2 des Rahmenvertrages gilt dieser u. a. für alle dem LfK NRW angeschlossenen Träger der ambulanten Krankenpflegeeinrichtungen, die nach Maßgabe des § 3 des Rahmenvertrages beigetreten sind. § 3 des Rahmenvertrages enthält u. a. folgende Regelungen:

"Voraussetzung für den Beitritt zum Rahmenvertrag ist, dass der Träger der ambulanten Krankenpflegeeinrichtung schriftlich alle Vereinbarungen dieses Rahmenvertrages sowie alle Änderungen und Ergänzungen der gemäß § 21 zustande gekommenen Folgevereinbarungen anerkennt (sog. Anerkenniserklärung nach Anlage 1).

Mit der Abgabe der schriftlichen Anerkenniserklärung gemäß Anlage 1 und der Vorlage der erforderlichen Unterlagen (Abs. 3) zeigt der Leistungserbringer verbindlich an, dass er die Voraussetzungen dieses Rahmenvertrages erfüllt. Die Anlage 1 ist über den LfK NRW den von den Krankenkassen genannten zuständigen Stellen unverzüglich zuzuleiten.

Mit der Anerkenniserklärung (Anlage 1) hat der Leistungserbringer folgende Unterlagen vorzulegen:

- a) Beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise des eingesetzten Personals;
- b) einen aktuellen Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft für sich, die leitende und die stellvertretende Krankenpflegefachkraft. Der Auszug soll nicht älter als drei Monate sein.
- c) Auf Verlangen der zuständigen Stellen sind im Einzelfall weitere Unterlagen vorzulegen, um die Erfüllung der Voraussetzungen nach diesem Vertrag nachzuweisen."

Wegen der weiteren Regelungen wird auf den o. g. Rahmenvertrag verwiesen.

In der Absicht, mit Wirkung zum 01.03.2002 dem Rahmenvertrag beizutreten, legte die Rechtsvorgängerin der Klägerin ihre Vertragsbeitrittsunterlagen dem LfK NRW vor, der sie am 24.01.2002 an die Beklagte weiterreichte. Nach Durchsicht der eingereichten Unterlagen teilte die Beklagte der Rechtsvorgängerin der Klägerin unter dem 01.02.2002 mit, dass noch folgende Unterlagen nachzureichen seien:

- Nachweise über die Tätigkeit(en) der für die stellvertretende PDL vorgesehenen B T während der letzten fünf Jahre;
- Führungszeugnis der stellvertretenden PDL;
- Arbeitsverträge aller Mitarbeiter;
- Beglaubigte Kopien der Nachweise der Berufsurkunde des examinierten Krankenpflegers N O, geb. am 00.00.1942, und der Frau T;
- Bestätigung des Gesundheitsamtes, dass die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt seien;
- Sozialversicherungsnachweise der beschäftigten Mitarbeiter.

Eine weitere Bearbeitung könne nur nach Eingang der Unterlagen erfolgen.

Daraufhin übersandte die Rechtsvorgängerin der Klägerin unter dem 05.02.2002 das Führungszeugnis von Frau T, am 15.02.2002 per Fax eine Bescheinigung ihres Steuerberaters, dass die sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer ordnungsgemäß zum 01.03.2002 angemeldet werden würden, sowie am selben Tag (unvollständige) Arbeitsverträge von Frau T, Frau K T1 (Pflegehilfskraft) und Herrn N O. Ebenfalls am selben Tag ging die Mitteilung der Rechtsvorgängerin der Klägerin über das Institutionskennzeichen ein sowie drei Tage später eine Zeugniskopie, betreffend Frau T, und eine beglaubigte Kopie der Berufsurkunde von Herrn O. Schließlich erfolgte einen Tag später, also am 19.02.2002, die Übersendung einer Bestätigung des Gesundheitsamtes der Stadt L vom selben Tag, dass Frau L ihren ambulanten Pflegedienst angemeldet habe. Eine Unbedenklichkeitsbescheinigung könne erst erteilt werden, wenn sämtliche Unterlagen eingereicht worden seien. Frau L teilte der Beklagte weiter mit, den Sozialversicherungsnachweis werde sie unverzüglich nach Aufnahme der Betriebstätigkeit nachreichen. Sie gehe davon aus, dass nunmehr alle Anforderungen erfüllt seien und sie von der Erteilung einer Zulassung zum 01.03.2002 ausgehen könne. Unter dem 26.02.2002 erinnerte sie per Fax an eine zeitnahe Rückmeldung bezüglich des Vertrages.

Die Beklagte informierte die Rechtsvorgängerin der Klägerin mit Schreiben vom 04.03.2002, dass zeitintensive Rückfragen zu den eingereichten Zulassungsunterlagen erforderlich seien. Aus datenschutzrechtlichen Gründen könnten derzeit weitere Auskünfte hierzu nicht erteilt werden. Rein vorsorglich werde darauf hingewiesen, dass eine Leistungserbringung zu ihren Lasten erst mit Abschluss eines Vertrages gemäß §§ 132, 132a SGB V möglich sei. Die Beklagte bat außerdem nochmals um Mitteilung, zu welchen Krankenkassen die Arbeitnehmer angemeldet worden seien. Rückfragen hielt die Beklagte sodann beim Gesundheitsamt der Stadt L, beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW sowie beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familien und Gesundheit des Landes NRW. Es ging um die Frage, ob ein mit dem HIV-Virus infizierter Mitarbeiter der Rechtsvorgängerin der Klägerin, hier: Herr O, im Rahmen von häuslicher Krankenpflege tätig werden könne. Die zuständige Sachbearbeiterin der Beklagten hatte die Information über die Erkrankung offenbar über den Mitarbeiter O selbst erhalten. Der Frage der Einsatzfähigkeit des Mitarbeiters O ging sie u. a. deshalb nach, weil die Rechtsvorgängerin der Klägerin nach den Regelungen des o. g. Rahmenvertrages nur bei vollständiger Berücksichtigung dieses Mitarbeiters die Voraussetzungen der §§ 132, 132a SGB V in personeller Hinsicht, vier Mitarbeiter in Vollzeit zu beschäftigen, erfüllen konnte. In der Folgezeit - am 08.03.2002 - gingen die Meldungen der Mitarbeiter der Rechtsvorgängerin der Klägerin zur Sozialversicherung ein.

Am 01.03.2002 nahm der ambulante Pflegedienst, wie geplant, seine Tätigkeit auf. Zu diesem Zeitpunkt bestanden bereits entsprechende Verträge mit den Ersatzkassen und der Knappschaft sowie über den insoweit federführenden Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) mit den Pflegekassen, nicht jedoch mit der Beklagten, die zugleich zuständig war für den Vertragsschluss mit den BKK und den IKK.

Da die Rechtsvorgängerin der Klägerin telefonisch - wegen des einzuhaltenden Datenschutzes - keine näheren Angaben von der Beklagten erhielt, warum der Abschluss des Vertrages derzeit nicht zustande kommen könne, hat sie am 14.03.2002 Klage zum Sozialgericht (SG) Köln erhoben, gerichtet ursprünglich auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß §§ 132, 132a SGB V. Sie hat die Auffassung vertreten, die Beklagte behindere den Abschluss des Vertrages und damit die Zulassung, ohne dafür Gründe zu nennen. Dies sei wettbewerbswidrig. Hierdurch werde sie in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht.

Zugleich hat sie ihr Begehren im Rahmen eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens (Az.: S 9 KR 64/02 ER, SG B) geltend gemacht. Zur Begründung dieses Antrages hat sie darauf verwiesen, von den seit Aufnahme der Geschäftstätigkeit behandelten insgesamt zehn Patienten seien drei Patienten Versicherte der Beklagten bzw. einer BKK. Zwar könne sie gegenüber zweien dieser drei Patienten Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) erbringen und auch abrechnen, nicht aber Leistungen nach dem SGB V. Es bestehe die Gefahr, dass diese Patienten zu anderen Pflegediensten wechselten.

Mit Beschluss vom 05.04.2002 hat das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Rechtsvorgängerin der Klägerin habe die erforderlichen Unterlagen immer noch nicht vollständig vorgelegt. Es fehle eine Unbedenklichkeitsbescheinigung des Gesundheitsamtes der Stadt L. Ob diese Forderung der Beklagten durch die Rahmenvereinbarung gedeckt sei, könne dahinstehen. Bei Vorliegen guter Gründe könne der Vertragsabschluss von weiteren Voraussetzungen abhängig gemacht werden. Dazu gehöre ein Gesundheitszeugnis jedenfalls in dem Fall, dass bei einem in Aussicht genommenen Mitarbeiter der Verdacht des Bestehens einer ansteckenden Krankheit vorliege. Auch habe die Rechtsvorgängerin der Klägerin nicht nachgewiesen, dass vier Vollzeitbeschäftigte eingestellt worden seien, die auch tatsächlich ganztätig tätig werden könnten, was nach § 9 der Rahmenvereinbarung Voraussetzung für den erstrebten Vertragsschluss sei. Die nur auszugsweise vorgelegten Arbeitsverträge der Mitarbeiter O und T1 enthielten keine Angaben zum Umfang der regelmäßigen Arbeitszeit. Unter diesen Umständen sei es der Rechtsvorgängerin der Klägerin zumutbar, auf den Beitritt zum Vertrag zu warten, bis das Vorliegen aller Voraussetzungen geklärt sei.

Im Beschwerdeverfahren (Az.: 16 B 33/02 KR ER, LSG NRW) hat die Rechtsvorgängerin der Klägerin eine Erklärung ihres Mitarbeiters O vom 04.04.2002 vorgelegt. Danach stehe er dem "Pflegedienst PflegeMobil T L" in Vollzeit zur Verfügung, auch wenn die tatsächlichen Arbeitsstunden derzeit, bedingt durch die Auftragslage, variierten. Die Beklagte hat daraufhin mit Schreiben vom 22.04.2002 gegenüber der Rechtsvorgängerin der Klägerin nochmals vollständige Kopien der Arbeitsverträge der Mitarbeiter O, T und T1 angefordert. Aus den überreichten Unterlagen ergebe sich weiterhin nicht zweifelsfrei, ob es sich um Vollzeittätigkeiten handle. So seien im Arbeitsvertrag von Frau T monatlich 38,5 Stunden als Arbeitszeit aufgeführt. Auch umfasse das Tätigkeitsfeld der Mitarbeiterin T1 laut Arbeitsvertrag "alle Tätigkeiten der häuslichen Krankenpflege", obwohl diese keine examinierte Kraft sei und Tätigkeiten nur eingeschränkt wahrnehmen könne. Am 29.04.2002 hat die Rechtsvorgängerin der Klägerin die vollständigen Arbeitsverträge vorgelegt. Daraufhin hat die Beklagte keine Bedenken gegen einen Vertragsabschluss mehr geltend gemacht. Der Versorgungsvertrag ist mit Wirkung ab dem 01.05.2002 zustande gekommen. Zugleich hat die Beklagte die ab 01.05.2002 durchgeführten Leistungen der häuslichen Krankenpflege genehmigt. Deshalb hat die Rechtsvorgängerin der Klägerin den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung für erledigt erklärt. Der erkennende Senat hat ihr die Kosten der Beklagten im Beschwerdeverfahren auferlegt (Beschluss vom 11.06.2002).

Im Hauptsacheverfahren hat die Rechtsvorgängerin der Klägerin nur noch Vergütungsansprüche für die Monate März und April 2002 in Höhe von 609,46 EUR bzw. 1.363,38 EUR geltend gemacht. Sie hat die Auffassung vertreten, sie habe alle erforderlichen Unterlagen so rechtzeitig vorgelegt, dass eine Zulassung zum 01.03.2002 hätte erfolgen können. Die von der Beklagten geforderten Sozialversicherungsnachweise und die Unbedenklichkeitsbescheinigung des Gesundheitsamtes seien nach dem oben genannten Rahmenvertrag nicht vorzulegen. Eine Nachfrage beim LfK NRW habe ergeben, dass dort kein einziger Fall bekannt sei, in dem eine Krankenkasse eine solche Unbedenklichkeitsbescheinigung verlangt habe. Trotz telefonischer Nachfrage habe sich die Beklagte geweigert, eine Stellungnahme abzugeben und ihr Vorgehen zu erklären. Dieses Verhalten widerspreche der partnerschaftlichen Zusammenarbeit und stelle eine missbräuchliche Ausnutzung der Marktlage dar. Selbst wenn die Voraussetzungen für einen Vertragsschluss nicht vorgelegen haben sollten, ergebe sich der geltend gemachte Anspruch auf Vergütung aus den auch im öffentlichen Recht anwendbaren Regelungen über die sog. Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA), §§ 677, 683 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Sie habe, als sie Versicherte der Beklagten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege versorgt habe, im Interesse und mit dem wirklichen und mutmaßlichen Willen der beklagten Krankenkasse gehandelt. Auf andere Art, d. h. durch einen anderen, zugelassenen Pflegedienst, habe diese die verordnete und unstrittig medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt. Der Anspruch ergebe sich auch aus § 812 ff. BGB. Unter dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung habe die Beklagte die übliche Vergütung, die auch nur geltend gemacht worden sei, zu zahlen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, die Vergütung für erbrachte Leistungen für die Monate März und April 2002 in Höhe von 1.972,84 EUR zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zur Begründung vorgetragen, ein Anspruch aus Vertrag bestehe mangels Vertragsabschlusses bereits nicht. Wegen der statusbegründenden Funktion des Vertrages nach §§ 132, 132a SGB V komme auch keine rückwirkende Geltung in Betracht. Im Übrigen habe sie sich erst nach der Beibringung der fehlenden Unterlagen Ende April 2002 in der Lage gesehen, über den Vertragsschluss - mit Wirkung für die Zukunft - zu entscheiden.

Am 21.03.2002 ist der Beklagten ein Schreiben des Gesundheitsamtes der Stadt L vom 19.03.2002 zugegangen. Danach ist diesem weder bekannt gewesen, dass ein Mitarbeiter des "Pflegedienstes PflegeMobil T L" HIV-infiziert sei noch hat dieser Bedenken gegen dessen Einsatz im pflegerischen Bereich gehabt, wenn berufssübliche Vorsichtsmaßnahmen, wie das Tragen von Handschuhen, getroffen würden.

Das SG hat mit Urteil vom 19.08.2003 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen darauf abgestellt, dass die Krankenkassen zur Versorgung ihrer Mitglieder mit Haushaltshilfen bzw. mit häuslicher Krankenpflege Verträge mit Leistungserbringern gemäß §§ 132, 132a SGB V abschließen. Dabei hätten sie u. a. darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht würden. Diese Leistungserbringer seien, anders als die Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln (vgl. §§ 124, 126 SGB V) keinem öffentlich-rechtlichen Zulassungsverfahren unterworfen. Daraus folge, dass den Krankenkassen bei der Auswahl und der Prüfung der Voraussetzungen, unter denen ein Leistungserbringervertrag abgeschlossen werden könne, eine besondere Sorgfalt obliege. Diese Voraussetzungen seien im Wesentlichen im genannten Rahmenvertrag mit dem LfK NRW und u.a. der Beklagten festgelegt worden. So sei in § 3 Abs. 3 des Vertrages geregelt, welche Unterlagen vorzulegen seien, die in der Regel zur Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt ausreichen. Der jeweiligen Krankenkasse müsse jedoch die Möglichkeit eröffnet sein, bei bestimmten Verdachtsmomenten weitere Ermittlungen vornehmen zu können bzw. sich weitere Unterlagen vorlegen zu lassen. Diese Möglichkeit habe § 3 lit. c des Rahmenvertrages ausdrücklich eröffnet.

Im vorliegenden Fall habe der begründete Verdacht der Infizierung eines Mitarbeiters der Rechtsvorgängerin der Klägerin mit dem HIV-Virus bestanden. Das Bekanntwerden dieses Umstandes bei der Beklagten habe diese geradezu verpflichtet, weitere Ermittlungen durchzuführen, ob und in welcher Intensität eine Infektion bei dem betreffenden Mitarbeiter vorgelegen habe und ob trotz der Beschäftigung eines infizierten Mitarbeiters ein wirksamer Beitritt zum Rahmenvertrag erklärt werden könne. Es verstehe sich von selbst, dass derartige Ermittlungen zeitintensiv seien und sich deswegen der Beitritt zum Rahmenvertrag verzögern könne. Auch sei nicht ersichtlich, dass die Beklagte die Annahme des Beitritts zum Rahmenvertrag willkürlich verzögert habe. Vielmehr habe sie nach Abschluss der Ermittlungen die Abrechnungserlaubnis unverzüglich erteilt. Die Rechtsvorgängerin der Klägerin habe ihrerseits jedoch nicht davon ausgehen können, dass mit ihrer Erklärung des Beitritts zum Rahmenvertrag bereits ein Vertragsverhältnis zur Beklagten zu dem von ihr gewünschten Zeitpunkt, zum 01.03.2002, zustande kommen werde, zumal ihr die Beklagte mit Schreiben vom 04.03.2002 mitgeteilt habe, dass weitere zeitintensive Rückfragen erforderlich seien. Auch habe die Beklagte ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Leistungserbringung zu ihren Lasten erst mit Abschluss des Vertrages möglich sein werde. Es sei ebenfalls nicht zu beanstanden, dass die Beklagte aus datenschutzrechtlichen Gründen nähere Einzelheiten über die Umstände, die eine unmittelbare Wirkung des Beitritts zum Rahmenvertrag verhinderten, nicht mitgeteilt habe. Jedenfalls habe die Rechtsvorgängerin der Klägerin nicht davon ausgehen können, dass sie bereits ab dem 01.03.2002 Leistungen zu Lasten der Beklagten erbringen können und dürfen. Ein Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung aus GoA scheitere daran, dass die Leistungserbringung weder dem wirklichen noch dem mutmaßlichen Willen der Beklagten entsprochen habe. Dem habe der ausdrücklich mit Schreiben vom 04.03.2002 erklärte Vorbehalt entgegenstanden. Die Voraussetzungen eines Anspruchs aus ungerechtfertigter Bereicherung lägen ebenfalls nicht vor. Die Rechtsvorgängerin der Klägerin habe die Leistungen in Kenntnis der Nichtschuld der Beklagten erbracht, so dass die Kondiktion dieser Leistungen gemäß § 814 BGB ausgeschlossen sei.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 11.10.2003 zugestellte Urteil hat die Rechtsvorgängerin der Klägerin am 23.10.2003 Berufung eingelegt. Die Klägerin macht neben der Hauptforderung in Höhe von 1.972,84 EUR nunmehr zusätzlich Zinsen seit Rechtshängigkeit der Klage geltend. Zur Begründung des Hauptanspruchs verbleibt sie bei ihrer Rechtsauffassung, die Beklagte habe den Abschluss eines Versorgungsvertrages zu Unrecht hinausgezögert. Auch ein HIV-infizierter Krankenpfleger dürfe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege eingesetzt werden, insbesondere - wie im Falle des Mitarbeiters O - für Büroarbeiten. Auch habe die Beklagte, indem sie die Gründe für die Verzögerung nicht mitgeteilt habe, ihr jede Chance auf eine Einflussnahme genommen. Die Beklagte habe auch gar nicht darauf bestehen dürfen, dass vier Vollzeitkräfte beschäftigt werden. Wie sich aus einem Schiedsspruch von Dr. H, ehemaliger Vizepräsident des

Bayerischen Landessozialgerichts (BayLSG), vom 02.03.2005 in einer vergleichbaren Fallgestaltung ergebe, bestünden keine Bedenken, Kooperationen zwischen einzelnen Pflegediensten zu bilden, nur drei - eigene - Vollzeitkräfte vorzuhalten und Leistungserbringer in der Existenzgründerphase der ersten beiden Jahre sogar ganz von den personellen Vorgaben der Rahmenverträge zu befreien. Auf die Beschäftigung des Mitarbeiters O wäre es dann gar nicht angekommen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des SG Köln vom 19.08.2003 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.972,84 EUR zzgl. 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Weitergehend bisher geltend gemachte Ansprüche werden nicht weiterverfolgt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie erachtet das erstinstanzliche Urteil als zutreffend. Ein Anspruch aus vertragswidrigem vorvertraglichem Vertrauensverhältnis im Sinne einer culpa in contrahendo (cic), falls dieses Rechtsinstitut im öffentlichen Recht überhaupt Anwendung finden sollte, bestehe bereits deshalb nicht, weil sie, die Beklagte, bei der Prüfung der Voraussetzungen für einen Vertragsschluss nicht sorgfaltswidrig oder zögerlich gehandelt habe. Insbesondere habe sie sich im Hinblick auf die besonderen Umstände des Einzelfalls nicht an die Monatsfrist des § 3 Abs. 5 S. 4 des Rahmenvertrages, innerhalb derer im Regelfall über den Vertragsbeitritt entschieden werden solle, halten müssen. Im Übrigen könne der Lauf der Frist allenfalls ab dem Eingang sämtlicher entscheidungserheblicher Unterlagen in ihrem Hause beginnen. Die Klägerin könne die Vergütungsansprüche auch nicht auf - im Zeitraum März bis April 2002 noch nicht existenten - Vertrag stützen. Eine Rückwirkung könne ein Status begründender Vertrag auch nicht entfalten. Ansprüchen auf Vergütung aus GoA und ungerechtfertigter Bereicherung stehe bereits entgegen, dass Leistungserbringer nicht zu Lasten einer Krankenkasse tätig werden und abrechnen könnten, bevor die zum Schutz der Versicherten gesetzlich oder vertraglich festgelegten Zulassungsvoraussetzungen geprüft und erfüllt seien. Insoweit bezieht sich die Beklagte auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17.05.2000, (Medizinrecht -MedR- 2001, 649-650). Der vorliegende Fall sei auch nicht den vom BSG entschiedenen Fällen vergleichbar, in denen früher bestehende vertragliche Beziehungen wegen fehlenden Konsenses über die Höhe der Vergütung noch nicht fortgeführt worden waren. Bei der Klägerin habe noch nicht festgestanden, ob überhaupt eine vertragliche Beziehung in Betracht komme.

Der zunächst mit der Berufung befasste 5. Senat hat eine Auskunft des Landesverbandes freie ambulante Krankenpflege NRW e. V. vom 25.04.2005 eingeholt, auf dessen Inhalt verwiesen wird.

Im Termin zur Erörterung des Sachverhalts mit den Beteiligten am 17.03.2005 zum damaligen Az. L [5 KR 180/03](#) hat die Geschäftsführerin der Klägerin die ärztlichen Verordnungen, betreffend die im Zeitraum Februar/März 2002 behandelten Versicherten der Beklagten, vorgelegt. Eine Genehmigung hat die Beklagte nur bei Behandlungen ab dem 01.05.2002 erteilt. In einem weiteren Erörterungstermin am 12.01.2006 hat der 5. Senat den Zeugen O vernommen. Dieser hat angegeben, die mit der Bearbeitung des Antrages der Rechtsvorgängerin der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrages befasste (inzwischen verstorbene) Mitarbeiterin Marach sei seine im Zusammenhang mit Pflegetätigkeit zugezogene HIV-Infektion seit 1998 bekannt gewesen.

Ergänzend hat der erkennende Senat die entsprechenden einzelnen Verordnungen, die die Monate März und April 2002 betrafen, beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Prozess- und Verwaltungsakte sowie der weiteren Akte des Sozialgerichts Köln (Az.: S 9 KR 64/02 ER) Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Die Berufung ist zulässig. Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist bindend festgestellt worden ([§ 17a Abs. 5](#) Gerichtsverfassungsgesetz -GVG-), im Übrigen aber auch nicht zu bezweifeln (vgl. [§ 51 Abs. 2 S. 1 Nr. 2](#), [Abs. 2 S. 1](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG- in der klarstellende Neufassung gemäß Art. 17 des 6. Änderungsgesetzes zum SGG -SGG-ÄndG- vom 17.08.2001, Bundesgesetzblatt -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. BSG Sozialrecht -SozR- 3-2200 § 376d Nr. 1). Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) auch statthaft. Zwischen den Beteiligten besteht ein Gleichordnungsverhältnis. Zutreffend hat die beklagte Krankenkasse die Zahlung der streitigen Beträge nicht in der Form eines Verwaltungsakts abgelehnt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 129 Nr. 1](#)). Bedenken gegen die Geltendmachung von Zinsansprüchen erstmals im Berufungsverfahren bestehen nicht. Darin liegt gemäß [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) keine Klageänderung (BSG [SozR 4-4100 § 119 Nr. 1](#)).

Die Berufung der Klägerin ist aber nicht begründet. Eine Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Hauptanspruch vermag der Senat nicht zu erkennen. Die Zahlungsansprüche lassen sich nicht auf vertragliche Beziehungen stützen. Dem von ihren jeweiligen Landesverbänden geschlossenen Rahmenvertrag zur Durchführung der häuslichen Krankenpflege, häuslichen Pflege und Haushaltshilfe gemäß [§§ 132, 132a SGB V](#) war die Rechtsvorgängerin der Klägerin im Zeitraum März und April 2002 im Verhältnis zur Beklagten gerade noch nicht wirksam beigetreten. Zwischen den Beteiligten sind ebenso wenig Einzelverträge über die Behandlung der jeweiligen Versicherten der beklagten Krankenkasse zu Stande gekommen. Zwar hat die Beklagte nach dem Inhalt der vorgelegten Verordnungen der Versicherten die Gewährung von häuslicher Krankenpflege im Hinblick auf das Bestehen der medizinischen Notwendigkeit genehmigt, allerdings der Durchführung der Leistungen durch die Rechtsvorgängerin der Klägerin erst ab Mai 2002 zugestimmt.

Den Zahlungsanspruch kann die Klägerin auch nicht mit Erfolg auf Bereicherungsrecht, § 812 Abs. 1 S. 1, 1. Alt i. V. m. [§ 818 Abs. 2 BGB](#),

bzw. auf GoA stützen. Zwar steht einer Anwendung der einschlägigen zivilrechtlichen Vorschriften grundsätzlich nicht entgegen, dass seit dem 1. Januar 2000 die Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten dem öffentlich-rechtlichen Regime unterworfen sind, soweit es an abweichenden öffentlich-rechtlichen Regelungen fehlt. Die hier allein streitige Frage der Vergütung der Leistungen im Rahmen der häuslicher Krankenpflege war bis Ende 1999 noch dem Privatrecht zugeordnet (vgl. Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes -GmSOGB- SozR 1500 § 51 Nr. 39). Beurteilten sich aber die vertraglichen Beziehungen damals nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), so galt dies auch, wenn vertragliche Beziehungen zwischen den Beteiligten nicht (mehr) bestanden und Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung oder GoA 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 sollten (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 132a Nr. 1](#) m. w. N.). Trotz dieser Gesetzesänderung bleiben nach [§ 69 Satz 3 SGB V](#) die Vorschriften des Zivilrechts aber gleichwohl weiterhin entsprechend anwendbar, allerdings nur in den Fällen, in denen sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind. Gerade dies ist jedoch vorliegend nicht der Fall.

Soweit Vorschriften des öffentlichen Rechts eine erschöpfende Regelung darstellen, ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshof für Zivilsachen (BGHZ) bzw. des BSG ein Rückgriff auf die Grundsätze über die GoA nicht erlaubt ([BGHZ 30, 162](#), 169; [BGHZ 140, 102](#), 109; desgleichen BSG, vgl. zuletzt Urteil des BSG vom 26. Januar 2000, Urteilssammlung der Krankenversicherung -USK- 2000-97). Das Gleiche gilt in Bezug auf die Anwendbarkeit der zivilrechtlichen Grundsätze über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 6](#)), der die besonderen Erfordernisse des auf der vertragsärztlichen Verordnung basierenden Versorgungssystems entgegenstehen. Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, haben innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Arzt oder sonstigen Leistungserbringer für Leistungen, die er unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht sind. Ihre Steuerungsaufgabe könnten die genannten Regelungen nicht erfüllen, wenn der Arzt bzw. der mit ihm zusammenarbeitende nichtärztliche Leistungserbringer die gesetz- oder vertragswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung oder einen Aufwendungsersatzanspruch aus GoA im Ergebnis dennoch vergütet bekäme (BSG Medizinrecht -MedR- 2001, 649).

[§§ 132, 132a SGB V](#) sehen zwingend den Abschluss entsprechender vertraglicher Vereinbarungen voraus, bevor ein Leistungserbringer im Bereich der häuslichen Krankenpflege wirksam Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen lassen. Dies ist der Klägerin auch bewusst gewesen; denn sie hat einen entsprechenden Antrag u. a. bei der Beklagten gestellt und im Wege des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens den Abschluss eines Vertrages nach [§§ 132, 132a SGB V](#) durchzusetzen versucht. Das Argument der Beklagten, es könne nicht sein, dass einerseits u. a. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistung vor Vertragsschluss zu überprüfen ist, andererseits Vergütungen an Leistungserbringer zu zahlen sein sollen, die eben keinen Vertrag vorweisen können, sieht auch der erkennende Senat als gewichtig an. Ansonsten wäre, wie das BSG in der o. g. Entscheidung dargelegt hat, ein Vertragsabschluss zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse obsolet und die Steuerungsaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen nicht zu erfüllen (siehe auch BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#)). Vergütungsansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung bzw. GoA hat das BSG Leistungserbringern nur in den Fällen zugestanden, in denen lediglich die Vergütungsvereinbarung gekündigt und eine neue noch nicht abgeschlossen worden war, die Zulassung des Leistungserbringers als solche jedoch vorlag (BSG [SozR 3-2500 § 132a Nr. 1](#)).

Ansprüche vermag die Klägerin schließlich auch nicht auf das Rechtsinstitut der culpa in contrahendo (cic) zu stützen. Dabei kann der Senat offen lassen, ob die für das Zivilrecht entwickelten Regelungen überhaupt anwendbar sind. Jedenfalls fehlt es an einem Verschulden der Beklagten vor Vertragsschluss. Wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, sind dieser keine Versäumnisse im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss vorzuwerfen. Der Rahmenvertrag, an den sich die Beteiligten gehalten haben, setzt auch bei Existenzgründern mindestens vier Vollzeitbeschäftigte voraus. Die Beklagte hat diesen Punkt zu Recht geprüft. Aus den von der Rechtsvorgängerin der Klägerin vorgelegten - unvollständigen - Teilen der Arbeitsverträge gingen die Arbeitszeiten nicht hervor, der Arbeitsvertrag der stellvertretenden PDL enthielt sogar eine Unrichtigkeit (Monatsarbeitszeit statt Wochenarbeitszeit). Auch ist aus Sicht des Senates nicht zu beanstanden, dass sich die Beklagte, die für das Wohl ihrer Versicherten in dem Sinne verantwortlich ist, als sie qualitativ nicht geeigneten Leistungserbringern keine Verträge anbieten soll und darf, arg. ex [§ 132 SGB V](#), über die Einsatzmöglichkeiten des HIV-infizierten Mitarbeiters der Rechtsvorgängerin der Klägerin Gewissheit verschaffen wollte. Die übrige Bearbeitung der Beklagten ist so zügig verlaufen, wie dies die sukzessive Übergaben der Unterlagen durch die Rechtsvorgängerin der Klägerin erlaubten.

Der Anspruch auf Prozesszinsen seit Rechtshängigkeit der Klage aus [§ 202 SGG](#) i. V. m. [§ 17b Abs. 1 S. 2](#) Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) besteht bereits mangels Hauptforderung nicht.

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

Die Feststellung des Streitwertes beruht auf [§ 52 VVG](#).

Anlass zur Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1](#) und 2 SGG bestand nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-07-15