

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

|               |                            |
|---------------|----------------------------|
| Land          | Bundesrepublik Deutschland |
| Sozialgericht | Bundessozialgericht        |
| Sachgebiet    | Krankenversicherung        |
| Abteilung     | 3                          |
| Kategorie     | Urteil                     |
| Bemerkung     | -                          |
| Rechtskraft   | -                          |
| Deskriptoren  | -                          |
| Leitsätze     | -                          |
| Normenkette   | -                          |

### 1. Instanz

|              |            |
|--------------|------------|
| Aktenzeichen | -          |
| Datum        | 31.03.2003 |

### 2. Instanz

|              |            |
|--------------|------------|
| Aktenzeichen | -          |
| Datum        | 27.11.2003 |

### 3. Instanz

|       |            |
|-------|------------|
| Datum | 20.01.2005 |
|-------|------------|

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 27. November 2003 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Revisionsverfahren.

Gründe:

I

Streitig ist die Vergütung für zwei Therapieberichte in Höhe von jeweils 5,00 DM nebst Porto, insgesamt 12,20 DM (= 6,24 EUR).

Der Kläger ist als medizinischer Masseur selbstständig beruflich tätig und nach [§ 124 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) als Leistungserbringer von Heilmitteln im Bereich der physikalischen Therapie zugelassen. Er ist Mitglied im Verband Physikalische Therapie e.V., Landesgruppe Westfalen-Niederrhein (im Folgenden: Physiotherapieverband). Dieser hat im Jahre 1994 gemeinsam mit dem VDB-Physiotherapieverband e.V. einen Vertrag nach [§ 125 Abs 2 SGB V](#) über die Erbringung und Vergütung physikalisch-therapeutischer Leistungen mit verschiedenen Krankenkassen abgeschlossen (im Folgenden: Rahmenvertrag), ua

---

mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) Nordrhein-Westfalen, zu dem auch die Beklagte gehört. Dieser Rahmenvertrag gilt gemäß § 1 für die Erbringung und Vergütung physikalisch-therapeutischer/physio-therapeutischer Leistungen in Bereich Nordrhein und wird durch mehrere Anlagen ergänzt, u.a. durch eine Vergütungsvereinbarung vom 18. Dezember 2000 für das Jahr 2001. Darin ist eine Vergütung von Therapieberichten nicht vorgesehen; im Abschnitt III.2 findet sich jedoch der Hinweis, dass Leistungen, die nicht Bestandteil dieser Preisvereinbarung sind, mit den jeweiligen Ärzten abgerechnet werden können, die zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und Berufsverbänden der Krankengymnasten/Physiotherapeuten vereinbart sind. Einen derartigen Vertrag haben der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeutinnen IFK eV und der Landesverband nordrhein-westfälischer Krankengymnasten u.a. mit dem BKK-Landesverband NW abgeschlossen (Vertrag vom 25. Juni 1991). Zum 1. Juli 2001 trat eine Neufassung der Heilmittel-Richtlinien (HMR, idF vom 6. Februar 2001 – BAnz Beilage Nr. 118a) in Kraft, mit der u.a. eine geregelte Zusammenarbeit zwischen verordnenden Vertragsärzten und leistungserbringenden Therapeuten ermöglicht werden sollte. In Abschnitt VII Ziffer 29.5 bestimmten die HMR 2001: "Der Therapeut ist gehalten, den verordnenden Vertragsarzt jeweils nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels ist abzugeben, sofern er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält."

In einer Ergänzungsvereinbarung vom 26. September 2001 über Höchstpreise für krankengymnastische Leistungen ist für die Zeit ab 1. Juli 2001 u.a. folgende Protokollnotiz festgehalten:

"Für die Preisvereinbarung ab 1. August 2002 wird auch für die Position X9701 (Mitteilung/Bericht an den Arzt/Übermittlungsgebühr) eine Vergütung unter Berücksichtigung der bis dahin auf Bundesebene geltenden Regelungen zu finden sein."

Nach Abschluss von zwei physikalisch-therapeutischen Behandlungsserien bei Versicherten der Beklagten unterrichtete der Kläger den jeweils verordnenden Vertragsarzt über das Ergebnis dieser Therapien. Für die dazu gefertigten Therapieberichte stellte er der Beklagten je 5,00 DM in Rechnung. Mit Schreiben vom 17. September 2001 lehnte die Beklagte eine Übernahme dieser Kosten ab.

Mit der am 7. Dezember 2001 erhobenen Klage hat der Kläger seinen Zahlungsanspruch weiter verfolgt und nunmehr auch noch die Erstattung von Portokosten (2 x 1,10 DM) geltend gemacht. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 31. März 2003), das Landessozialgericht (LSG) die hiergegen gerichtete Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 27. November 2003). Ein Zahlungsanspruch ergebe sich weder aus dem Rahmenvertrag noch aus den Bestimmungen der Vergütungsvereinbarung vom 18. Dezember 2000; in keinem dieser beiden Vertragswerke sei eine entsprechende Vergütungspflicht der Beklagten geregelt. Auch aus der Protokollnotiz in der Ergänzungsvereinbarung vom 26. September 2001 über Höchstpreise für krankengymnastische Leistungen könne kein Zahlungsanspruch des Klägers abgeleitet werden, da

---

diese keine Preisvereinbarung beinhalte, sondern eine solche allenfalls für die Zeit ab August 2002 anregen wolle. Die zwischen den Beteiligten vereinbarten Vertragswerke seien nicht lückenhaft, sodass für eine ergänzende oder analoge Vertragsinterpretation kein Raum bleibe. Nach Â  4 Abs 1 des Rahmenvertrages richte sich die Art und der Umfang der Vertragsleistungen nach der vertragsärztlichen Verordnung auf der Grundlage der HMR; bei einer Veränderung des Leistungsumfangs durch die HMR verbleibe es bei der bisherigen Vergütungsregelung, bis diese angepasst oder gekündigt werde.

Mir der vom Senat zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung von Bundesrecht. Das LSG habe mit seiner Auslegung der bestehenden Vertragswerke den Kernbereich der Privatautonomie verletzt, weil es die Gleichgewichtung von Leistung und Gegenleistung trotz Fehlens einer ausdrücklichen vertraglichen Regelung verändert habe. Mit der Pflicht zur Erstattung eines Therapieberichts sei in Abschnitt VII Ziffer 29.5 HMR eine neue Zusatzleistung angeordnet worden, die es bis dahin noch nicht gegeben habe. Aus dem Fehlen einer vertraglich normierten Vergütungspflicht könne nicht gefolgert werden, dass eine Verg  tung auch tatsächlich zu unterbleiben habe. Die Interpretation des LSG, mit dem Inkrafttreten der neuen HMR sei die Berichtspflicht eingef  hrt und â   quasi automatisch â   durch die bisherige Verg  tung mit abgegolten, verkenne das Prinzip des synallagmatischen Austauschverhältnisses und verletze zudem [Â  125 Abs 2 SGB V](#), weil über solche Einzelheiten der Versorgung grundsätzlich Verträge zu schließen seien. Hier sei eine neue vertragliche Leistungspflicht eingef  hrt worden, ohne die Frage der Bezahlung zu regeln; die Vergütungspflicht folge deshalb aus dem Rechtsgedanken der [Â   612, 632 und 315 ff Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#). Dies fordere schon [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#), denn die Freiheit, einen Beruf auszuüben, sei untrennbar mit dem Recht verbunden, eine angemessene Verg  tung zu fordern. Dieselbe Schlussfolgerung hätte das LSG zudem aus [Â  59](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ziehen müssen, denn durch die Einführung der Berichtspflicht in den HMR hätten sich die zu Grunde liegenden Vertragsverhältnisse so wesentlich geändert, dass er â   der Kläger â   ein Anpassungsverlangen unmittelbar gerichtlich geltend machen könne. Zumindest stehe ihm aber ein Bereicherungsanspruch nach [Â   812, 818 BGB](#) zu.

Der Kläger beantragt,  
die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 27. November 2003 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 31. März 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 6,24 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab 1. Oktober 2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

---

Die Revision ist nicht begründet. Das LSG hat auf Grund der zwischen den Beteiligten bestehenden vertraglichen Vereinbarungen festgestellt, dass ein Anspruch auf Zahlung von 6,24 EUR wegen der Erstattung zweier Therapieberichte über die Behandlung von Versicherten der Beklagten nicht besteht. Hiergegen hat der Kläger keine revisionsrechtlich relevanten Einwände vorgebracht.

1. Die Revision wendet sich gegen die Auslegung des zwischen den Beteiligten bestehenden Rahmenvertrages und der Vergütungsvereinbarung vom 18. Dezember 2000 sowie der Ergänzungsvereinbarung vom 26. September 2001 nebst der dort niedergelegten Protokollnotiz, der sich die Beteiligten unterworfen haben. Damit rügt sie die Verletzung von Recht, das allein im Zuständigkeitsbereich des LSG Nordrhein-Westfalen gilt (vgl. zu den rheinland-pfälzischen Landesverträgen nach [Â§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 und Nr 2 SGB V](#) das zur Veröffentlichung in SozR vorgesehene Urteil des Senats vom 22. Juli 2004 – [B 3 KR 20/03 R](#)). Nach Â§ 1 des Rahmenvertrages betrifft dieser hinsichtlich der Erbringung und Vergütung physikalisch-therapeutischer/physiotherapeutischer Leistungen nur den Bereich Nordrhein, einen Teil des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen. Auch die Vergütungsvereinbarung vom 18. Dezember 2000 und die Ergänzungsvereinbarung vom 26. September 2001 über Höchstpreise für krankengymnastische Leistungen für die Zeit ab 1. Juli 2001, auf die im Abschnitt III.2 der o.a. Vergütungsvereinbarung verwiesen wird, binden die Vertragspartner lediglich im Geltungsbereich des Â§ 1 des Rahmenvertrages, also nur regional im Bereich Nordrhein. Die Rüge einer unzutreffenden Anwendung und Auslegung dieser Verträge mit normativer Wirkung (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 125 Nr 5](#), Â§ 124 Nr 1) betrifft weder die Verletzung von Bundesrecht noch von Landesrecht, das über die Landesgrenzen von Nordrhein-Westfalen hinaus reicht ([Â§ 162 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Der Kläger weist zwar darauf hin, dass die hier streitige Vergütungspflicht auf der Neufassung der HMR zum 1. Juli 2001 beruht, die ihrerseits auf eine Beschlussfassung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (ab 2004: Gemeinsamer Bundesausschuss) gemäß [Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6, Abs 6 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) (idF des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) vom 24. November 2003 – BGBl I 2190) zurückzuführen ist und damit bundesweite Geltung besitzt. Doch ist nicht die Auslegung der HMR streitig und die Rechtsanwendung durch das LSG insoweit nicht beanstandet worden. Die bundesweiten Vorgaben durch die HMR bedürfen gemäß [Â§ 125 Abs 2 SGB V](#) der inhaltlichen Ausgestaltung und Konkretisierung durch vertragliche Vereinbarungen, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden über die Einzelheiten der Versorgung, über die Preise und deren Abrechnung sowie die Verpflichtung zur Fortbildung zu schließen sind. In Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages sind der hier maßgebliche Rahmenvertrag und die nachfolgenden Vergütungsvereinbarungen geschlossen worden, die indes nur im Bereich Nordrhein Wirkung entfalten. Ist für die Auslegung irrevisibler landesrechtlicher Vorschriften Bundesrecht heranzuziehen, so wird dadurch nicht die Revisibilität des betreffenden Landesrechts begründet ([BSGE 55, 115](#), 116 = SozR 1500 Â§ 162 Nr 17 S 13; Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl 2002, Â§ 162 RdNr 5b mwN).

---

Revisibilität von Landesrecht ist allerdings auch dann anzunehmen, wenn inhaltlich gleiche Vorschriften in Bezirken verschiedener LSG gelten, etwa wenn Landesrecht zum Zwecke der Vereinheitlichung  $\frac{1}{4}$ bereinstimmend erlassen worden ist oder auf bundesgesetzlicher Rahmengesetzgebung beruht (vgl. [BSGE 56. 45](#), 50 = [SozR 2100 Â§ 70 Nr 1](#) mwN; BSG SozR 4100 Â§ 117 Nr 14). Eine solche Geltungserstreckung des nordrhein-westfälischen Landesrechts  $\frac{1}{4}$ ber die Grenzen des LSG-Bezirks hinaus ist jedoch weder vom KlÄxger vorgetragen worden (vgl. zum BegrÄndungszwang BSG aaO) noch ansonsten ersichtlich. Die Tatsache, dass die Krankenkassen  $\hat{=}$  wie der KlÄxger behauptet  $\hat{=}$  auf bundeseinheitliche Vorgaben gewartet haben und ihre Weigerung, die Therapieberichte zu vergÄten, auf bundesweite Beschlussempfehlungen zurÄckzufÄhren sein soll, vermag  $\hat{=}$  ihre Richtigkeit unterstellt  $\hat{=}$  ebenfalls keine rÄumliche Erstreckung des Geltungsbereiches von Rechtsnormen  $\frac{1}{4}$ ber die Landesgrenzen hinaus zu begrÄnden.

2. Die Auslegung von Landesrecht kann nur daraufhin  $\frac{1}{4}$ berprÄft werden, ob sie gegen das WillkÄrverbot verstÄÄt oder sonstiges Bundesrecht verletzt (BSG, Urteil des Senats vom 22. Juli 2004  $\hat{=}$  [B 3 KR 20/03 R](#)).

Eine willkÄrliche Vertragsauslegung durch das LSG macht der KlÄxger nicht geltend. Nach den von der Revision nicht beanstandeten Feststellungen des LSG enthalten weder der Rahmenvertrag noch die entsprechende VergÄtungsvereinbarung eine Rechtsgrundlage fÄr die vom KlÄxger beanspruchte VergÄtung. Ausweislich der Protokollnotiz, die auch im VerhÄltnis des KlÄxgers zur beklagten Krankenkasse GÄltigkeit besitzt, war beabsichtigt, fÄr die Position X9701 (Mitteilung/Bericht an den Arzt/ÄbermittlungsgebÄhr) eine VergÄtung unter BerÄcksichtigung der bis dahin auf Bundesebene geltenden Regelungen zu finden  $\hat{=}$  allerdings erst fÄr die Zeit ab 1. August 2002. Daraus hat das LSG weiter gefolgert, zwischen den Vertragsparteien habe Konsens darÄber bestanden, dass zu dem hier streitigen Zeitpunkt September 2001 jedenfalls kein VergÄtungsanspruch bestanden habe. Das Vorbringen der Revision, mit der Protokollnotiz sei keine Vereinbarung Äber einen Verzicht auf VergÄtungsansprÄche bis zum 1. August 2002 getroffen worden, sondern nur die Absicht bekundet worden, Äber eine VergÄtung ab 1. August 2002 zu verhandeln, stellt nur eine andere Auslegung der Protokollnotiz dar, die sich an den bloÄen Wortlaut hÄlt, ihr damit aber keine rechtliche Bedeutung zukommen lÄsst. Es ist fraglich, ob dieses VerstÄndnis unter BerÄcksichtigung des den Vertragsverhandlungen zu Grunde liegenden Streitstoffs nÄher liegt als die Auslegung durch das LSG, die dem Gesichtspunkt Rechnung trÄgt, dass schriftlichen ErklÄrungen in einem Vertragswerk, auch wenn dies in Form einer Protokollnotiz geschieht, im Zweifel eine rechtliche Bedeutung zukommt. Diese Vertragsauslegung berÄcksichtigt die allgemein anerkannten Regeln fÄr die Auslegung von Gesetzen und VertrÄgen, ist nicht sachfremd und damit nicht willkÄrlich; sie ist fÄr das BSG deshalb bindend.

Der Vorwurf der Revision, damit sei eine neue vertragliche Leistungspflicht eingefÄhrt worden, ohne die Frage der Bezahlung zu regeln, geht wegen der nachtrÄglichen Einigung ins Leere.

---

3. Entgegen der Ansicht der Revision verst  t die Versagung eines Vergütungsanspruchs nicht gegen [   59 Abs 1 Satz 1 SGB X](#). Die Vorschrift besagt: "Haben die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, sich seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, so kann diese Vertragspartei eine Anpassung des Vertragsinhalts an die geänderten Verhältnisse verlangen oder, sofern eine Anpassung nicht möglich oder einer Vertragspartei nicht zuzumuten ist, den Vertrag kündigen."

Es kann offen bleiben, ob im vorliegenden Fall eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist und dem Kläger das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten war. Denn mit der Protokollnotiz in der Auslegung durch das LSG haben die Vertragsparteien sich dar  ber geeinigt, dass insoweit für das Jahr 2001 jedenfalls keine Vertragsänderung erfolgen sollte. Die Befugnis der Vertragsparteien, eine derartige Vereinbarung zu treffen, war durch zwingende gesetzliche Vorschriften nicht eingeschränkt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [   193 SGG](#) in der Fassung des 5. SGG-  ndG vom 30. März 1998 ([BGBl I 638](#)).

Erstellt am: 09.03.2005

Zuletzt verändert am: 20.12.2024