S 8 KR 404/14

SOZIALGERICHT LEIPZIG

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

A.... A....

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwälte B.... B....

gegen

DAK Gesundheit, vertreten durch den Vorstand, Produktmanagement Widersprüche und Gerichtsverfahren, Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg

- Beklagter -

hat die 8. Kammer des Sozialgerichts Leipzig auf die mündliche Verhandlung vom 6. Oktober 2015 in Leipzig durch den Richter am Sozialgericht Pretzel-Friedsam sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Reichel und Loose für Recht erkannt:

I.... Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin aus der Hörgeräte-Versorgung der bei der Beklagten versicherten [redacted] 8.143,00 Euro zu zahlen.

II. Die Beklagte hat ferner der Klägerin Zinsen in Höhe von 9 Prozent-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus
1.594,00 Euro seit dem 28.08.2014
3.341,00 Euro seit dem 24.09.2014 und
3.208,00 Euro seit dem 02.10.2014
zu zahlen.

III. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Hörgeräten.

Hierfür lagen jeweils ohrenärztliche Verordnungen bzw. eine Folgeversorgung für Hörhilfen vor, und zwar für
1) [redacted] geboren am [redacted] von [redacted] vom 13.02.2014, Kosten: 1.594,00 €,
2) [redacted] geboren am [redacted] von [redacted] vom 21.03.2014, Kosten: 1.594,00 €,
3) [redacted] geboren am [redacted] von [redacted] vom 03.12.2013, Kosten: 873,50 €,
4) [redacted] geboren am [redacted] von [redacted] vom 27.02.2014, Kosten: 873,50 €,
5) eine Folgeversorgung für [redacted] geboren am [redacted] Kosten: 1.594,00 € und
6) [redacted] geboren am [redacted] von [redacted] vom 25.03.2014, Kosten: 1.614,00 €.
Nach Anpassung und Abgabe an die Versicherten reichte die Klägerin die Rechnungen dafür ein. Diese zahlte die Beklagte zunächst in den Fällen 1) bis 5), um diese anschließend mit unstreitigen Forderungen aufzurechnen, im Fall 6) steht die Vergütung noch aus. Die Beklagte lehnt eine Bezahlung ab, weil die Klägerin vorab keine Versorgungsanzeige/ keinen Kostenvoranschlag eingereicht habe.

Dem hielt die Klägerin entgegen, bereits zu Beginn des Anpassprozesses der Beklagten Versorgungsanzeigen übersandt zu haben. Deshalb stehe ihr eine Vergütung in Höhe von insgesamt 7.269,50 € zu. Noch vor Beginn des Anpassprozesses habe sie das Formular zur Versorgungsanzeige auf den Postweg gebracht, sie habe sich demzufolge vertragsgemäß verhalten. Nach dem biha-vdek-Vertrag stehe ihr ein Anspruch auf Vergütung selbst dann zu, wenn die Beklagte die Versorgungsanzeigen nicht erhalten habe; denn da die

Versicherten nicht berufstätig gewesen seien, habe es keiner vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse bedurft.

Demgegenüber berief sich die Beklagte auf das Fehlen von Versorgungsanzeigen. Diese seien – über eine bloße Information hinausgehend – erforderlich, um eine vollumfängliche Leistungsprüfung einleiten zu können. Wegen dieses Vertragsverstoßes komme keine Heilung in Betracht, weil ansonsten der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zufolge einer Intransparenz bei der Hörgeräteversorgung weiter Vorschub geleistet werde. Mangels Versorgungsanzeigen habe sie diese als nicht genehmigt hinterlegt. Bei Zugangsnachweis erklärte sie sich aber im Wege eines Vergleichs bereit, die begehrten Vergütungen zu leisten.
Auf Betreiben der Klägerin nahm ferner das Bundesversicherungsamt zum Vorgang Stellung.

Unter Wiederholung und Vertiefung ihres vorgerichtlichen Vorbringens hat die Klägerin am 27.11.2014 Klage zum Sozialgericht Leipzig erhoben. Die Versorgungsanzeigen habe sie in ihrem eigenen Postausgangsbuch vermerkt. Da die von ihr versorgten Versicherten nicht berufstätig seien, habe es im Übrigen keiner Versorgungsanzeige bedurft, der nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) lediglich eine Ordnungsfunktion zukomme.

Die Klägerin beantragt,

> die Beklagte zu verurteilen, an die Kläger 8.143,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 9 Prozent-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus
> 1.594,00 Euro seit dem 28.08.2014
> 3.341,00 Euro seit dem 24.09.2014
> 3.208,00 Euro seit dem 02.10.2014
> zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

> die Klage abzuweisen.

Die Versorgungsanzeigen seien nicht hinterlegt; die Klägerin sei nicht in der Lage, deren Zugang zu belegen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird im Übrigen auf den Akteninhalt, eine Gerichtsakte sowie ein Verwaltungsvorgang der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage statthaft und zulässig (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG)), weil es sich um eine Zahlungsklage im Gleichordnungsverhältnis handelt. Es bedarf mithin weder eines Vorverfahrens noch der Einhaltung einer Klagefrist (wie hier: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R).

Die Klage ist auch begründet.

Bei der Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln erfüllt die Krankenkasse ihre im Verhältnis zum Versicherten bestehende Pflicht zur Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und § 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Rechtsgrundlage für den Zahlungsanspruch ist § 126 Abs. 1 i.V.m. § 127 Abs. 1, 2 und 3 SGB V i.V.m. dem geschlossenen Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen, u.a. zwischen der Beklagten und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker vom 01.11.2013. Danach schließen die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V), die dem öffentlichen Recht zuzurechnen sind (§ 69 Satz 1 SGB V; siehe auch: BSGE 89, 24, 32). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V richtet sich die Konkretisierung des Leistungserbringerrechtes insoweit nach den vertraglichen Vorschriften, wonach die Hilfsmittel nur von den darin bestimmten Leistungserbringern abgegeben werden dürfen.

In Verbindung mit den konkretisierenden vertraglichen Vereinbarungen gewährt § 126 Abs. 1 SGB V eine öffentlich-rechtliche Leistungsberechtigung und -verpflichtung für die zugelassenen Hilfsmittelerbringer, die Versicherten mit vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln zu versorgen. Im Gegenzug für die Erfüllung dieser öffentlich-rechtlichen Leistungspflicht erwerben die Hilfsmittelerbringer im Gegenzug einen durch Normenverträge näher ausgestalteten gesetzlichen Anspruch auf Vergütung gegen die Krankenkassen; dies wird inzident in § 126 Abs. 1 SGB V vorausgesetzt.
Hier haben die Vertragsparteien die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln vertraglich vereinbart. Nach § 6 Abs. 1 dieses Vertrages hat der Mitgliedsbetrieb, zu dem die Klägerin als zugelassene Hilfsmittellieferantin nach § 126 SGB V zählt, dann einen Anspruch auf Vergütung, wenn dieser die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Nach Maßgabe des § 7 Abs. 3 Satz 4 der Anlage 2 (Versorgung von an Taubheit grenzenden Schwerhörigen (WHO 4) ab 01.01.2014) zum Vertrag kann die Versorgung abgerechnet werden, wenn das zur Versorgung geeignete Hörgerät genehmigt und nach der Anpassung an den Versicherten ausgeliefert worden ist, der Versicherte den Erhalt des geeigneten Hörgerätes auf dem als Anhang 4 vereinbarten Formular unterzeichnet und der HNO-Arzt eine individuelle Hörverbesserung und die Zweckmäßigkeit der Hörhilfe bestätigt hat. Bei der Abrechnung verzichten die Ersatzkassen auf die Bestätigung des HNO-Arztes.

Zwar ist nach § 7 Abs. 1 des Vertrages der Mitgliedsbetrieb verpflichtet, sowohl die Versorgungsanzeige als auch den Kostenvoranschlag der Ersatzkasse elektronisch zu übermitteln; gleichwohl haben die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung nachvollziehbar dargetan, dass eine elektronische Übermittlung bei Vertragsschluss technisch noch nicht möglich war, sodass insofern eine Übergangsfrist bis März 2015 galt. Wenn somit der Kostenvoranschlag während der Übergangsfrist, die nach Maßgabe des Vertrages grundsätzlich zunächst noch bis zum 31.12.2014 eingeräumt war, nicht elektronisch zur Verfügung gestellt werden konnte, war dieser unter Beifügung der ärztlichen Verordnung mit den in § 7 Abs. 2 des Vertrages bestimmten Angaben zu übermitteln. In Anlage 2 ist unter § 7 Abs. 2 vorgesehen, dass Versicherte mit Versichertenstatus 1, die berufstätig sind, der Mitgliedsbetrieb unverzüglich einen Kostenvoranschlag nach Auswahl des Hörgerätes übersendet. Die Ersatzkasse entscheidet

über den Kostenvoranschlag innerhalb der Frist nach § 13 Abs. 3 a SGB V. Für die übrigen Versicherten – wie dem hier betroffenen Personenkreis – erstellt der Mitgliedsbetrieb je Versorgung vor Beginn des Anpassprozesses eine Versorgungsanzeige gegenüber der leistungspflichtigen Ersatzkasse. Diese Versorgungsanzeige dient nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 der Anlage 2 hauptsächlich der leistungsrechtlichen Prüfung der Ersatzkasse.

Die hier streitgegenständlichen Versorgungsanzeigen hat die Klägerin – entsprechend der vorgenannten Regelungen - nach eigenen Angaben postalisch übermittelt. Sie kann lediglich mittels ihres eigenen Postausgangsbuchs den Ausgang der Versorgungsanzeigen nachweisen; damit ist indes noch nicht der Nachweis eines tatsächlichen Zugangs in den Empfängerkreis der Beklagten erbracht. Grundsätzlich trägt aber derjenige die objektive Beweislast für eine Tatsache, aus der er einen für sich resultierenden Anspruch ableiten will. Der Leistungserbringer selbst hat grundsätzlich keine Möglichkeit, zu prüfen, ob die Versorgungsanzeige (auf damaligem Wege postalisch) nach Versendung die Krankenkasse des Versicherten tatsächlich auch erreicht hat. Der Zugang der Versorgungsanzeige nach unterstellter Absendung fällt somit allein in den Bereich der beklagten Krankenkasse.
Anders als von der Klägerin vorgetragen, dürfte hier kein prima- facie- Beweis dergestalt gelten, dass zur Erleichterung bei typischen Geschehensabläufen davon auszugehen ist, dass zur Post aufgegebene Schreiben typischerweise ihren Absender auch erreichen. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass für eine derartige Vermutungsfiktion keine gesetzliche Handhabe besteht (vgl. nur: BVerfG, Beschluss vom 15.05.1991, Az.: 1 BvR 1441/90).

Gleichwohl ist trotz fehlenden Nachweises des postalischen Zugangs der Versorgungsanzeigen der geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht ausgeschlossen. Selbst wenn man davon ausgeht, dass eine Versorgungsanzeige zur Dokumentation erforderlich ist, ist dieser insoweit nur eine reine Ordnungsfunktion beizumessen. So hat die Beklagte in der mündlichen Verhandlung selbst eingeräumt, dass die Versorgungsanzeige lediglich dazu dient, den Versichertenstatus der zu versorgenden Person bei der Krankenkasse festzustellen; der Natur der Sache nach kann indes noch keine Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgen. Dies liegt darin begründet, dass die Versorgungsanzeige dem notwendigen Anpassungsvorgang temporär vorgeschaltet ist.

Deshalb dient die Versorgungsanzeige laut § 6 der Anlage 2 lediglich der Dokumentation. Sie soll "hauptsächlich" der leistungsrechtlichen Prüfung der Ersatzkasse dienen, sie ist indes nicht Voraussetzung für eine Vergütung nach Maßgabe des § 6 des Vertrages, wonach der Mitgliedsbetrieb nach Abs. 1 der Vorschrift einen Anspruch auf Vergütung hat, wenn dieser die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag erbracht hat.
Dass der Versorgungsanzeige keine konstitutive Bedeutung für den späteren Vergütungsanspruch zukommt, liegt auch darin begründet, dass der Hilfsmittelerbringer nach Absendung der Versorgungsanzeige die Hörgeräte "auf eigenes Risiko" anpasst; denn es gibt keine Frist, ab wann dieser mit der Leistung zu beginnen, bzw. ob dieser die Bestätigung des Eingangs der Versorgungsanzeige und die Erlaubnis der Krankenkasse zur Anpassung der Hörgeräte abzuwarten hat.

Insoweit das BSG mit Urteil vom 10.04.2008 (Az.: B 3 RK 8/07 R) auf den einzuhaltenden Beschaffungsweg verweist, gilt dies explizit nur für einen Kostenvoranschlag; denn erst der Kostenvoranschlag vermag eine entsprechende Wirtschaftlichkeitsprüfung, denen auch die Hilfsmittelerbringer nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 SGB V unterliegen, zu begründen. Eine bloße Versorgungsanzeige vermag eine entsprechende Wirtschaftlichkeitsprüfung jedoch – wie aufgezeigt - noch nicht auszulösen. Über die Information der Krankenkasse, dass eine Hörgeräteversorgung vorgenommen werden soll, die Art der Versorgung (Erst- oder Folgeversorgung, ein- oder beidohrige Versorgung) und der Klärung des Versicherungsverhältnisses hinaus, kommt der Versorgungsanzeige keine weitere (wirtschaftliche) Bedeutung zu.

Wenn demzufolge ein zugelassener Hilfsmittelerbringer entsprechend seiner Berechtigung und Verpflichtung einen Versicherten auf Grund ordnungsgemäßer vertragsärztlichen Verordnung mit Hilfsmitteln versorgt, erwächst ihm daraus ein gesetzlicher Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse (so: BSGE 105, 157; BSG Urteil vom 13.09.2011, Az.: B 1 KR 23/10 R zur Versorgung mit Heilmitteln). Dass die Klägerin die erbrachten Leistungen in Form von Anpassungen vorgenommen hat, ist zwischen den Beteiligten unstreitig, zumal insoweit im Wesentlichen eine zuzahlungsfreie Abgabe an die Versicherten erfolgt ist. Mithin war die Beklagte zu der geltend gemachten Leistung, deren Höhe unstreitig ist, zu verpflichten.

Der Zinsanspruch beruht auf § 69 Satz 3 und 4 SGB V i.V.m. §§ 280 Abs. 1, 286 und 288 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Danach trägt bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist, der Zinssatz für Entgeltforderungen 9 %-Punkte über dem Basiszinssatz. Demzufolge hat die Klägerin einen Rechtsanspruch auch auf Verzinsung seit In- Verzug- Setzung.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach hat die Beklagte als unterliegender Teil die Kosten des Verfahrens zu tragen.