

## L 2 KN 66/01 KR

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 24 KN 44/99 KR  
Datum  
16.01.2001  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 2 KN 66/01 KR  
Datum  
07.11.2002  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16.01.2001 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin einen DM 284,80 entsprechenden Betrag in Euro nebst 4 % Zinsen hierauf seit dem 30.06.1999 zu zahlen. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten aus beiden Rechtszügen zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein (Rest-) Vergütungsanspruch wegen der Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte der Beklagten.

Die Klägerin ist als Leistungserbringerin für Hilfsmittel zugelassen ([§ 126](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)). Sie gehört der Innung für Orthopädie Technik für den Regierungsbezirk Köln an. Diese hat zusammen mit den Innungen für Orthopädie-Technik der anderen nordrhein-westfälischen Regierungsbezirke am 10.11.1993 einen Vertrag gemäß [§ 127 SGB V](#) mit den Primärkassen des Landes Nordrhein-Westfalen, zu denen auch die Beklagte gehört, geschlossen ("Vertrag zwischen den fünf Innungen des Landes NRW und den Primärkassen gemäß [§ 127 SGB V](#)"; im Folgenden: Rahmenvertrag - RV). Dieser regelte die Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten seit dem 01.01.1994 (§ 15 Abs. 1 RV) und auch im Jahr 1999. Ergänzend vereinbarten die Vertragspartner ab April 1998 geltende "Ausführungsbestimmungen Medizinische Zweizug-Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie" (im Folgenden AB).

Die Klägerin gab Maßanfertigungen von Krompressionsstrümpfe der Klasse II an die bei der Beklagten Versicherten B ..., I ... und S ... und eine Krompressionsstrumpfhose der Klasse II nach Maß an die Versicherte Mandrysch auf der Grundlage vertragsärztlicher Verordnung. Die Klägerin berechnete der Beklagten der Beklagten DM 976,00 abzüglich Eigenanteil der Versicherten. Auf der Rückseite der beigefügten ärztlichen Verordnungen ist der Empfang der Hilfsmittel durch die Versicherten bestätigt und das Qualitätszeichen "Bandana" angebracht. Auf der Sammelabrechnung ist die 10-stellige Hilfsmittelnnummer angegeben.

Die Beklagte verweigerte die Bezahlung und sandte die Rechnung zurück, weil die Einzelanfertigungen ohne Einreichung der Messkarten erfolgt seien (Schreiben vom 04.05.1999).

Deshalb hat die Klägerin im Mai 1999 Zahlungsklage erhoben. Ende Juni 1999 hat die Beklagte auf die streitige Forderung DM 579,20 als Vergütung für konfektionierte Strümpfe bzw. - im Fall der Versicherten Mandrysch - für eine konfektionierte Strumpfhose gezahlt. Daraufhin hat die Klägerin den Rechtsstreit insoweit für erledigt erklärt.

Die Klägerin hat gemeint, sie sei auf der Grundlage der ärztlichen Verordnungen unter Beachtung der Vorschriften des Rahmenvertrages und der Ausführungsbestimmungen berechtigt gewesen, die Versicherten mit den ärztlich verordneten Maßanfertigungen zu versorgen. Nach den Vertragsbestimmungen sei die Beklagte hingegen nicht berechtigt, die Bezahlung von der Vorlage der nach den Ausführungsbestimmungen von ihr - der Klägerin - anzufertigenden Maßkarten abhängig zu machen. Ihre Verpflichtung, die Maßkarten bis zu einem Jahr nach der Versorgung aufzubewahren, diene nicht dem Zweck der Vorlage als Rechnungsunterlage, sondern lediglich zu einem Vergleich der Maße bei einer späteren erneuten Versorgung mit gleichartigen Hilfsmitteln. Eine Anspruchsgrundlage für das Begehren, die Vorlage der Maßkarten zu verlangen, existiere nicht.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zur Zahlung von 4 % Zinsen aus 976,00 DM vom 04.05.1999 bis zum 29.06.1999 sowie zur Zahlung von 396,80 DM nebst 4 %

Zinsen seit dem 30.06.1999 zu verurteilen und festzustellen, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, die Bezahlung von verordneten Kompressionsstrümpfen und Strümpfen nach Maß von der vorherigen Übersendung einer Maßkarte abhängig zu machen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat gemeint, sie könne erst nach Übersendung der Maßkarten prüfen, ob sich die Klägerin vertragsgerecht verhalten habe, insbesondere die Abgabe von Maßanfertigungen erst vorgenommen habe, nachdem sie zuvor überprüft habe, ob die Abgabe konfektionierter Hilfsmittel in Betracht komme. Deshalb handele es sich bei den Maßkarten um rechnungsbegründende Unterlagen. Sie hat ein von ihr an die Landesarbeitsgemeinschaft für Orthopädie-Technik NRW gerichtetes Schreiben vorgelegt, wonach die Maßkarten zum Nachweis der Notwendigkeit einer Maßanfertigung der Rechnung beizufügen seien, damit sie die konsequente Anwendung der bestehenden Rahmenbedingungen überwachen könne (Schreiben vom 26.10.1998).

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen: Aus § 12 RV ergebe sich das Recht der Beklagten, vertragsgemäßes Verhalten des Leistungserbringers zu überprüfen. Nur die Übersendung der Maßkarten gewährleiste, dass die Einhaltung von § 2 AB überprüft werden könne (Urteil vom 16. 01.2001).

Mit ihrer Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren zunächst in allem Umfang weiter. Das Teilanerkennnis der Beklagte, die in erster Instanz geleistete Teilzahlung zu verzinsen, hat die Klägerin angenommen.

Die Klägerin meint, die Vorlage der Maßkarten sei für die Abrechnung nicht notwendig. Bei der Rechnungsprüfung sei die Frage der Erforderlichkeit einer Versorgung nach Maß nicht mehr zu beantworten. Diese beantworte der Arzt durch Ausstellung der Verordnung. Daran seien die Beteiligten gebunden. Eine Prüfung könne nur noch im Wege der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGG V](#) erfolgen. Überdies sei nur im Rahmen einer körperlichen Untersuchung festzustellen, ob Maßanfertigungen erforderlich seien.

Die Klägerin beantragt bei Zurücknahme der Berufung im Übrigen,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.01.2001 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr 284,80 DM nebst 4 % Zinsen hierauf ab 30.06.1999 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Für die Einzelheiten verweist der Senat auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten SG Düsseldorf (Aktenzeichen (Az) S 24 KN 32/99 KR).

Entscheidungsgründe:

Die kraft Zulassung statthafte Berufung ist begründet.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage zulässig, [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil es sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis auf der Grundlage eines Vertrages handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt zur Rechtsnatur vgl. BSG, Urt. vom 10.07.1996, Az.: [3 RK 11/95](#), SozR 3-2500 [§ 125 SGB V](#) Br, 5, S. 9 ff., 11; Urt. vom 10.07.1996, Az.: [3 RK 29/95](#), SozR 3-2500 [§ 125 SGB](#) Nr. 6, S. 15 ff., 18 f m.w.N., Urt. vom 05.08.1999, B 3 RK 12/98 R, SozR 3-2500 [§ 126 SGB V](#) Nr. 3, S. 23 ff, 25; zum Rechtszustand ab 01.01.2000 vgl. BSG, Urt. v. 25.09.2001, B 3 RK 3/01 R, SozR 3-2500 [§ 69 SGB V](#) Nr. 1. m.w.N Daraus folgt, dass ein Vorverfahren nicht erforderlich und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten war.

Entgegen der Auffassung des SG ist die Klage im jetzt noch geltend gemachten Umfang begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen (Rest-) Zahlungsanspruch in Höhe von DM 284,80 (= Euro 145,62).

Gegenstand des Verfahrens ist nur noch der Anspruch auf Zahlung von DM 284,80 bzgl. der geleisteten Kompressionsstrümpfe (dazu I.) sowie auf des sen Verzinsung i.H. vom 4 % ab 30.06.1999 (dazu II) und nicht mehr ab der im Berufungsverfahren ebenfalls angekündigte, in der mündlichen Verhandlung dann aber zurückgenommene Restzahlungs- und Zinsanspruch wegen der Kompressionsstrümpfe sowie des zurückgenommenen Feststellungsantrag.

Der Anspruch auf Restzahlung für die geleisteten Kompressionsstrümpfe folgt aus Abschnitt III RV ("Vergütung und Abrechnung der Leistungen"). § 6 (2) RV bestimmt, dass wenn Festbeträge nicht festgesetzt sind, sich die Vergütung der Vertragsleistungen nach den jeweils vereinbarten Höchstpreisen nach Anlagen 3, 4 und 5 richtet. Diese Preise sind Höchstpreise i.S. des [§ 127 Abs. 2 SGB V](#). § 7 RV regelt die Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen. Nach § 7 (6) RV können Rechnungen, die den formalen Anforderungen der Absätze 1 bis 5 nicht entsprechen, zurückgewiesen werden. Geben Teile der Rechnung Grund zur Beanstandung, wird die Rechnung entsprechend gekürzt; die betreffenden ärztlichen Verordnungen werden dem Leistungserbringer mit einem Hinweis auf den Grund der Beanstandung zurückgesandt. Bei Beanstandung aufgrund falscher Angaben eines Kostenträgers soll die Krankenkasse den zuständigen Kostenträger angeben, wenn ihr dieser bekannt ist. § 8 RV verhält sich zur Zahlungsfrist, Beanstandung und Verjährung. Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 RV sind die Rechnungen innerhalb von vierzehn Arbeitstagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. § 8 Abs. 2 RV bestimmt: Stellt sich nach Begleichung einer Rechnung heraus, dass die Krankenkasse nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlung bzw. Überzahlung vom Leistungserbringer zurückfordern oder von der nächsten Zahlung absetzen. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb 14 Tage fällig. Die Aufrechnung und

Schadensersatzforderung, die nicht die Zahlung bzw. Überzahlung abgerechneter Leistungen zum Gegenstand haben, setzt voraus, dass der geforderte Betrag unstrittig und rechtskräftig festgestellt ist. Nach § 8 Abs. 3 RV müssen Beanstandungen von den Krankenkassen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungslegung geltend gemacht werden. Die Berichtigung ist auf der Zweitschrift der Rechnung zu vermerken. Im Rahmen des Abschnitts IV ("sonstige Bestimmungen") regelt § 12 die Überprüfung der Leistungserbringung. Speziell für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie greift § 3 AB ("Preisregelung und Abrechnung"). Nach Abs. 1 richtet sich die Vergütung der Vertragsleistung nach den vereinbarten Höchstpreisen (Anlage 1). Das Feststellen der richtigen Strumpfgöße, auch mit eventuellen mehrmaligen Anprobieren, ist mit der Abrechnungsposition für Konfektionsware abgegolten. Die Abrechnung einer Maßanfertigung ist hierfür nicht zulässig. Nach Abs. 3 ist bei der Abrechnung die 10-stellige Hilfsmittelnummer (auch bei Maß- oder Sonderanfertigungen) anzugeben. Nach Abs. 4 ist bei der Abgabe die Zuzahlung gem. [§ 33 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) einzuziehen. Auf der Rechnung ist die Zuzahlung anzugeben und vom Rechnungsbetrag abzuziehen.

Dieses abgeschlossene Regelungssystem ergibt, dass Rechnungen, die den formalen Anforderungen von § 7 Absätze 1 bis 5 RV entsprechen, nicht zurückgewiesen werden können (Gegenschluss aus § 7 Abs. 6.1 RV). Sie sind innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Rechnungseingang zu bezahlen (§ 8 Abs. 1 RV). Unberührt bleibt demgegenüber das Recht der Krankenkassen, innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungslegung Beanstandungen geltend zu machen (§ 8 Abs. 3 RV). Leistungserbringer, die wie die Klägerin dem Geltungsbereich des RV (vgl. § 2 RV; zugelassene Meisterbetriebe des Orthopädiemechaniker- und Bandagistenhandwerkskammer die Mitglieder der Innung sind und die die Anerkenntnis-Erklärung nach Anlage 2 (in fünffacher Ausfertigung) unterzeichnet haben) ergibt sich der Anspruch auf die Vergütung von Vertragsleistungen wie Kompressionsstrümpfe der Klasse II bei Anfertigung nach Maß (vgl. § 1 RV; § 1 RB) gegenüber der zuständigen Kammer vertragsgebunden Krankenkasse wie der Beklagten (s. § 2 Abs. 1 Nr. 1 RV i.H. der vereinbarten Preise (s. § 3 Abs. 1 RB; § 6 Abs. 2 RV nach einem formalisierten Verfahren. Nach § 7 Abs. 1 RV sollen die Rechnungen über abgeschlossene Versorgungen monatlich einmal bis zum Ende des Folgemonats jeweils bei den zuständigen Kostenträger - für Anspruchsberechtigte i.S. des § 2 Abs. 3 für jeden Einzelfall - unter Angabe des Institutionskennzeichens des Leistungserbringers und zweifacher Ausfertigung eingereicht werden. Der ärztlichen Verordnung, gegebenenfalls die genehmigten Kostenvorschläge und die gesonderten Empfangsbestätigungen gem. § 5 Abs. 13 RV sind mit dem Firmenstempel des Leistungserbringers versehen und beizufügen. Der Leistungserbringer über nimmt die Gewähr, dass nur die tatsächlich erbrachten Leistungen abgerechnet werden. Nach § 7 Abs. 2 RV sind in den Rechnungen die Art der abgegebenen Leistungen durch die entsprechende Positionsnummer der Preislisten (auf Anlagen 3, 4 und 5) die Anzahl sowie der Preis, bei Festbeträgen die entsprechenden Angaben aus der Festbetragsliste der Landesverbände und bei sonstigen Leistungen - soweit vorhanden - die Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses gem. [§ 128 SGB V](#) aufzuführen. In den Rechnungen sind daneben der Name des Versicherten sowie die Versichertennummer - sofern diese nicht bekannt ist, mindestens das Geburtsdatum des Versicherten - anzugeben. Vorbehaltlich näherer Festlegungen durch Richtlinien gem. § 302 Abs. 2 SGB V oder Vereinbarungen nach [§ 303 SGB V](#) sind die Rechnungen nach der in Abs. 3 genannten Folge zu sortieren und fortlaufend zu Nummerieren. Nach § 7 Abs. 3 RV sind die Rechnungen einspaltig aufzustellen und zwar getrennt für erstens Mitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung, - M - zweitens Familienversicherte - F - dritten krankenversicherte Rentnerinnen schließlich deren Familienangehörige - R -. Gemäß § 7 Abs. 4 RV sind vom Rechnungsbetrag die Zuzahlung gem. § 6 Abs. 4 abzusetzen. Soweit der Leistungserbringer vom Versicherten eine Vergütung von Mehrkosten gem. § 6 Abs. 5 für Leistungen nach diesem Vertrag erhält ist die Art der Zusatzleistung der Krankenkasse bei der Abrechnung anzugeben. Nach § 7 Abs. 5 RV ist für den Abrechnungsverkehr dass für die zugelassene Betriebstätte maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, dass von der beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft eingerichteten Sammel- und Verteilungsstelle für Institutionskennzeichen (SVI) zu vergeben wird. Dies gilt auch wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt. Nach § 3 Abs. 3 AB ist bei der Abrechnung die 10-stellige Hilfsmittelnummer immer (auch beim Maß- oder Sonderanfertigung) anzugeben. All diesen Anforderungen genügt die Sammelabrechnung der Klägerin vom 28.04.1999. Das ziehen die Beteiligten im Einklang mit der Aktenlage auch nicht in Zweifel. Die formalisierten Abrechnungsvoraussetzungen stellen sicher, dass es um die Abrechnung von Vertragsleistungen im Geltungsbereich des Vertrages geht. So sichert die Angabe der IK-Nummer, dass es um Leistungen eines zugelassenen Leistungserbringers geht (Klägerin IK-Nummer 330531080). Der Rechnungsadressat entspricht der nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 RV betroffenen Krankenkasse. Die beigefügten ärztlichen Verordnungen stellen sicher, dass § 5 RV Beachtung gefunden hat (Leistung nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung während deren Gültigkeitsdauer). Die Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelnummer dient der Absicherung, dass der Leistungsgegenstand in den Bereich der Vertragsgegenstände fällt und seine Art nach ein zulässiges Hilfsmittel ist. Zugleich dient die entsprechende Positionsnummer der Preislisten damit einhergehend für die Überprüfbarkeit des angesetzten Preises. Die Individualisierung der Versicherten, denen Leistungen erbracht worden sind, sichert die Prüfung ihre Berechtigung gegenüber der Krankenkasse. Dass die Leistung tatsächlich dem Versicherten erbracht worden ist, beweisen die in der Abrechnung vorgesehenen gesonderten Empfangsbestätigungen gem. § 5 Abs. 13, die mit dem Firmenstempel des Leistungserbringers, hier also der Klägerin - versehen gewesen - und beigefügt sind. Der Abzug der Zuzahlung gem. [§ 33 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) nach §§ 3 Abs. 4 AB, 7 Abs. 4 AV sichert die Einhaltung der Leistungsgrenzen der Krankenkasse. Teilweise sind Abrechnungsanforderungen bewußt außerhalb des Katalogs der § 7 Absätze 1 bis 5 RV formuliert, so dass Verstöße nicht das Recht aus § 7 Abs. 6 RV begründen, die Rechnung zurückzuweisen. So verlangt § 5 Abs. 7 RV, dass nur Materialien und Artikel einwandfreier Qualität zu verwenden und abzugeben sind; soweit diese ein Qualitätszeichen besitzen (z.B. Bandana) ist dies bei der Abrechnung anzugeben. In diesem Sinne ist für den Anspruch der Klägerin ohne Belang, dass sie auch diese Abrechnungsbestimmung beachtet hat. Ob die grundlegende Verpflichtung aus § 5 Abs. 2 Satz 1 RV, vor Abgabe verordneter Leistungen die vorherige Zustimmung durch die zuständige Krankenkasse sicherzustellen, ebenfalls nicht zu den Abrechnungsanforderungen gehört, die das Recht aus § 7 Abs. 6 RV begründet, bedarf diesem Rechtsstreit keiner Entscheidung. Nach § 5 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 ist die Einholung der vorherigen Zustimmung nicht erforderlich bei Abgabe von Hilfsmitteln - mit Ausnahme von Leibbinden, Hilfsmittel zur erstmaligen Versorgung von Inkontinenten und Stomapatienten sowie gegebenenfalls von der örtlich zuständigen Krankenkasse konkrete benannter Hilfsmittelgruppen - aus dem Bereich der Kleinorthopädie (Anlage 3) - soweit der vereinbarte Höchstpreis 300,- DM je Hilfsmittel nicht übersteigt. So liegt es aber bei den Kompressionsstrümpfen der Klasse II nach Maß für die Versicherten B ..., I ... und S ... Dies folgt aus der "Benennungs- und Preisliste für Bandagen, orthopädische Hilfsmittel und Stomaartikel für Nordrhein-Westfalen 1995/1996 in der ab 01.04.1998 geltenden Fassung, S. 6 bis 9. Diese ist als Anlage 3/5 Gegenstand des RV vom 10.11.1993 geworden. In jedem Fall war es nach alledem nicht erforderlich, vor Abgabe der Kompressionsstrümpfe die Zustimmung der Beklagten einzuholen.

2. Die Beklagte kann diesem Anspruch Einreden oder Einwendungen nicht entgegenhalten. Sie ist insbesondere nicht befugt, die Bezahlung von der Vorlage der in 2 Abs. 5 AB erwähnten Maßkarte (weder als "Rechnungsunterlagen" oder auch nur auf konkretes Verlangen im Einzelfall) abhängig zu machen.

a) Materielle Einwendungen aus dem Leistungsrecht, also aus dem Sozialleistungsverhältnis zwischen den bezeichneten Versicherten und

ihr als Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung, kann die Beklagte dem Anspruch der Klägerin nicht entgegenhalten. Insbesondere kann sie gegenüber dem Leistungserbringer nicht einwenden, Maßanfertigungen seien zum Ausgleich einer Behinderung nicht erforderlich (vgl. zu diesem Tatbestandsmerkmal BSG-Urteil vom 29.09.1997, Az.: [8 RKn 27/96 SozR 3-2500 § 33 Nr. 25](#) S. 139 ff. 144.; zuletzt Urteil vom 23.07.2003, Az.: [B 3 KR 66/01 R](#) m.w.N.). Eines solchen Rechts hat sie sich vielmehr durch den in § 5 Abs. 2 Nr. 2 RV vereinbarten Zustimmungsverzicht zu vertragsärztlichen Verordnungen von Hilfsmitteln aus dem Bereich der Kleinorthopädie begeben. Damit hat sie sich ausdrücklich ihres bei der Hilfsmittelversorgung trotz ärztlicher Verordnung grundsätzlich vorgesehener (BSG, Urteil vom 29.09.1997, [aaO](#), S. 148 f.) (Vorab-) Prüfungsrechts im Sinne von [§ 275 Abs. 3 Nr. 21 SGB V](#) begeben. Dies gälte selbst für den Fall, dass der Leistungserbringer entsprechend §§ 5 Abs. 4 Satz 2, 3 Abs. 4 RV die Änderung der Verordnung anregte, der verordnete Arzt aber seine Verordnung gleichwohl nicht änderte. In einem solchen Fall könnte die Beklagte - worauf die Klägerin zu Recht hinweist - nur Schadensersatz vom Arzt im Verfahren nach [§ 106 SGB V](#) erreichen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den AB, die den Rahmenvertrag für die Abgabe von Hilfsmitteln ab dem 01.04.1998 ergänzen, § 4 Abs. 1 AB. In § 2 AB ist lediglich das Verfahren der Leistungserbringung in einer Weise geregelt, durch die die besondere Sachkunde und Leistungsnähe des Leistungserbringers zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Verordnungspraxis des verordnenden Vertragsarztes in den Vorgang der Leistungsgewährung eingebunden ist, entweder um in Fällen des § 5 Abs. 2 Satz 1 RV die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen oder um in Fällen des § 5 Abs. 2 Satz 2 RV eine unwirtschaftliche Verordnungspraxis des Vertragsarztes für ein etwaiges Vorgehen nach [§ 106 SGB V](#) zu belegen, falls der Arzt zu einer Änderung der Verordnung nach § 3 Abs. 4 RV nicht bereit ist.

b) Der Einwand der Beklagten, die Klägerin habe keine Maßkosten (§ 2 AB) vorgelegt, greift nicht durch. Zu den formalen Voraussetzungen der ordnungsgemäßen Rechnungslegung gehört es nicht, die Maßkarten der die Abrechnung hinzuzufügen, § 7 Abs. 6 RV i.V.m. § 7 Abs. 1 bis 5 RV und § 3 Abs. 3 und 4 AB. Nur die dort vereinbarten formalen Erfordernisse einer ordnungsgemäßen Rechnungslegung sind zu beachten. Weitere formale Voraussetzungen, die die Beklagte zu Beanstandung und Zurückweisung der Rechnung berechtigten, sind erkennbar nicht vereinbart. Insbesondere ist nicht vereinbart, dass bei der Abgabe von Kompressionsstrümpfen nach Maß der Rechnung "als Rechnungsunterlage" die vom Leistungserbringer nach § 2 AB erstellten Maßkarten beizufügen sind. Ganz im Gegenteil ist ein formeller Nachweis der Erfüllung der in § 2 AB geregelten Pflichten des Leistungserbringers als - weitere - Abrechnungsvoraussetzung gerade nicht in § 3 AB aufgenommen worden, der hier als *lex specialis* § 7 Abs. 1-5 RV ergänzt. Es ist im Gegenteil ausdrücklich geregelt, dass die in Erfüllung der durch § 2 Abs. 1 bis 2 AB geregelten Verpflichtung erstellte Maßkarte im Besitz des Leistungserbringers verbleiben soll, § 2 Abs. 5 AB.

Die dezidierten, aufeinander abgestimmten vertraglichen Regelungen machen deutlich, dass die Beklagte insoweit ein Zurückbehaltungsrecht im Sinne des [§ 273](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches schon deshalb nicht geltend machen kann, weil eine - weitere - Gegenleistung der Klägerin, von deren Erfüllung die Beklagte die Erfüllung der eigenen Zahlungspflicht abhängig machen könnte, nicht besteht (vgl. entsprechend sinngemäß BSG, Urteil vom 23.07.2002, Aktenzeichen [B 3 KR 64/01 R](#)).

c) Sind aber sämtliche formalen Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Rechnungslegung erfüllt, wird der Vergütungsanspruch vierzehn Tage nach Rechnungseingang uneingeschränkt fällig. Ein Recht der Beklagten, diese fällige Zahlung zu verweigern, besteht nach der klaren und abschließenden vertraglichen Regelung nicht. Zwar ist die Beklagte nach dem Vertrag jedenfalls dann berechtigt, die vertragsgemäße Leistungserbringung, also auch die Erfüllung der Pflichten nach § 2 Abs. 1 bis 5 AB, zu überprüfen, wenn begründeter Anlass zu Zweifeln besteht, § 12 Abs. 1 RV. Eine solche Prüfung liegt hier schon deshalb durchaus nahe, weil im Hilfsmittelverzeichnis gemäß [§ 128 Satz 1 SGB V](#) ausdrücklich geregelt ist, dass bei der Verordnung von Kompressionsstrümpfen der Klasse II Konfektionsware überwiegend ausreicht, 17-6 Hilfsmittelverzeichnis. Es spricht einiges dafür, dass die Beklagte in solchen Fällen auch die Maßkarten einsehen (§ 12 Abs. 1 RV) oder deren Übersendung verlangen (§ 12 Abs. 2 RV) kann. Ergibt sich nach einer solchen Prüfung ein Grund zur Beanstandung, ist nach § 8 Abs. 3 RV zu verfahren. Die Kongruenz der dafür vorgesehenen Frist mit derjenigen in § 2 Abs. 5 AB macht deutlich, dass diese Regelungen systematisch aufeinander abgestimmt sind und - wie sich der Antinomie von § 8 Abs. 1 RV einerseits und § 8 RV Abs. 3 andererseits entnehmen lässt - die Fälligkeit der Zahlung unberührt lassen.

Der Zinsanspruch aus dem privatrechtlichen Abrechnungsverhältnis zwischen Klägerin und Beklagte (vgl. zur Rechtsnatur und Zustandekommen BSG, Urteil vom 10.07.1996 [aaO](#) S. 9 ff., 11 f.) beruht ab 30.06.1999 und auch in der geltend gemachten Höhe von 4 % auf DM 284,80 als Anspruch auf Prozesszinsen auf [§ 291](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches 1999 geltenden Fassung (BGB) und der entsprechenden Anwendung von [§ 288 BGB](#).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 183, 193 Abs. 1 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes (6. SGG Änderung vom 17.08.2001, [BGBl. I S. 2144](#)) am 02.01.2002 maßgeblichen alten Fassung. Diese ist anzuwenden, das es sich um ein Verfahren nach [§ 197a SGG](#) neue Fassung handelt, das vor dem Inkrafttreten des 6. SGGÄndG rechtshängig geworden ist 17 Abs. 1 Satz 2 6. SGG ÄndG; vgl. BSG, Urteil vom 23.07.2003, Az.: [B 3 RK 64/01 R](#); vom 11.04.2002, Az.: [B 3 RK 25/01 R](#) und vom 30.01.2002, Az.: [B 6 KA 12/01 R, SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) und bei dem auch das Rechtsmittel vor dessen Inkrafttreten eingelegt worden ist (vgl. BSG, Urteile vom 30.07.2003, [aaO](#) und vom 19.03.2002, Az.: [B 1 RK 34/00 R](#)). Diese Normen regeln die Geltung des alten, bis zum Ablauf des 01.01.2002 maßgeblichen Rechts nicht nur hinsichtlich der Gerichtskosten, sondern auch hinsichtlich der Kostentragungspflicht der Beteiligten (BSG, Urteil vom 30.01.2002,). Zwar hat die Klägerin nicht im vollen Umfang obsiegt, sondern die Klage wegen der an die Versicherte Mandrysch abgegebenen Hilfsmittel zurückgenommen und auch ihren Feststellungsantrag nicht weiter aufrechterhalten. Indes hat der Senat ihre Auffassung in der eigentlich streitigen Rechtsfrage im Ergebnis bestätigt. Das rechtfertigt, die Beklagte zur Erstattung der vollen außergerichtlichen Kosten zu verurteilen.

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-19