

L 10 KR 52/21

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
SG Kiel (SHS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 10 KR 562/20
Datum
19.01.2021
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 10 KR 52/21
Datum
24.09.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Kündigung einer Preisvereinbarung zu einem Versorgungsvertrag für Hilfsmittel führt nicht zur Unwirksamkeit des Versorgungsvertrages, so dass es weiterhin iSv [§ 33 Abs 6 Satz 1 SGB V](#) zugelassene Leistungserbringer gibt.
2. Wenn keine Fortwirkungs- oder Fortgeltungsklausel einer Preisvereinbarung vereinbart wurde, können der zur Versorgung bereite Leistungserbringer und die Krankenkasse sich - auch konkludent - auf einen individuell geltenden Preis für die Versorgung mit einem Hilfsmittel einig. Das kann auch der in der gekündigten Preisvereinbarung vorgesehene Preis sein.
3. Der Leistungserbringer hat den Preis für die medizinisch notwendige Versorgung selbst mit der Krankenkasse zu vereinbaren und kann diese Klärung nicht auf den Versicherten dergestalt abwälzen, dass dieser gegen seine Krankenkasse ein Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) führt.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 19. Januar 2021 wird zurückgewiesen.

Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist ein Anspruch auf Erstattung weiterer Kosten für die Versorgung mit Haarerersatz.

Die Beklagte sowie weitere Ersatzkassen - vertreten durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) - und der Bundesverband der Zweithaarspezialisten eV (BVZ) schlossen am 1. August 2014 (in Anwendung von [§ 127 Abs 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V) einen „Vertrag über die Versorgung der Ersatzkassenversicherten mit Haarerersatz“, die durch Mitgliedsbetriebe des BVZ ([§ 1 Abs 1 Satz 1, Abs 3, § 2 Abs 2 Vertrag](#)) zu den vereinbarten Vertragspreisen ([§ 4 Abs 4 Vertrag, § 3 Anhang 1 zum Vertrag vom 28. März 2017](#)) versorgt werden. Der vereinbarte (maximale) Vertragspreis für die Versorgung mit Haarerersatz aus Echthaar betrug 769 Euro netto bzw 934,15 Euro brutto. Der BVZ kündigte den Anhang 1 zum Vertrag vom 28. März 2017 (Preisvereinbarung) mit Wirkung zum 31. Juli 2019 (*Schreiben vom 15. April 2019*).

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Klägerin wurde wegen einer Chemotherapie/Langzeittherapie aus medizinischer

Indikation ein Haarersatz verordnet (U _____ *klinikum Schleswig-Holstein vom 5. September 2019*). Mit dieser Verordnung legte der Leistungserbringer E_____ GmbH (Mitglied des BVZ) der Beklagten einen Kostenvorschlag für einen Haarersatz aus Echthaar iHv 1.685 Euro vor (Datum 12. September 2019). Die Beklagte bewilligte der Klägerin die Versorgung und erklärte sich zur Kostenübernahme iHv 924,15 Euro bereit, wobei ein gesetzlich vorgesehener Eigenanteil iHv 10 Euro von der Klägerin zu tragen war. Kosten einer höherwertigen Versorgung habe die Klägerin selbst zu tragen (Bescheid vom 14. September 2019). Der Leistungserbringer versorgte die Klägerin mit dem in der Antragstellung genannten Haarersatz, rechnete 924,15 Euro mit der Beklagten ab (Formular vom 1. Oktober 2019) und berechnete der Klägerin den Differenzbetrag iHv 750,85 Euro zzgl 10 Euro Eigenanteil (Rechnung vom 1. Oktober 2019), den diese am 7. Oktober 2019 ausglich. Die Klägerin unterschrieb eine Erklärung vom 30. September 2019, die Mehrkosten iHv 760,85 Euro an den Leistungserbringer zu zahlen, da – trotz Angebot aufzahlungsfreier Hilfsmittel – eine medizinisch erforderliche Versorgung ohne Mehrkosten nicht möglich sei.

Gegen die Entscheidung vom 14. September 2019 legte die Klägerin Widerspruch ein, den die Beklagte zurückwies (Widerspruchsbescheid vom 15. September 2020).

Ihre dagegen am 17. September 2020 beim Sozialgericht (SG) Kiel eingegangene Klage hat die Kammer mit Urteil vom 19. Januar 2021 abgewiesen, da die Beklagte den Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit Haarersatz bereits dadurch erfüllt habe, eine Versorgung zu einem Betrag in Höhe von 934,15 Euro (brutto) zu bewilligen. Nach der Kündigung der Preisvereinbarung zum 31. Juli 2019 seien zugelassene Leistungserbringer im Wege einer Friedenspflicht verpflichtet gewesen, eine Versorgung zum vormaligen Vertragspreis sicherzustellen.

Gegen das am 19. Februar 2021 zugestellte Urteil richtet sich die am selben Tag eingelegte Berufung der Klägerin. Zur Begründung des geltend gemachten Anspruchs auf Erstattung ihr entstandener weiterer Kosten trägt die Klägerin insbesondere vor, ihr Sachleistungsanspruch werde durch die zu niedrigen Vertragspreise rechtswidrig eingeschränkt, weil zu diesen Beträgen eine Versorgung mit medizinisch erforderlichem Haarersatz nicht möglich sei. Dazu legt sie Unterlagen des BVZ sowie Hinweise und Entscheidungen anderer Gerichte vor. Nach Kündigung der Preisvereinbarung gelte dieser zu niedrige Preis ohnehin nicht mehr mit der Folge eines Systemversagens. Daher seien die ihr entstandenen Kosten in voller Höhe zu erstatten.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

1. das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 19. Januar 2021 und den Bescheid der Beklagten vom 14. September 2019 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. September 2020 aufzuheben,
2. die Beklagte zu verurteilen, ihr Kosten in Höhe von 750,85 Euro für die Versorgung mit Zweithaar zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte beruft sich darauf, dass die Klägerin sich trotz des Angebots einer aufzahlungsfreien Versorgung ein aufzahlungspflichtiges Hilfsmittel ausgewählt und sich bereit erklärt habe, die Mehrkosten zu tragen. Ihre Vertragspartner würden eine Versorgung zum Vertragspreis garantieren.

Dem Senat haben die Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Gerichtsakten vorgelegen. Für die weiteren Einzelheiten wird auf die aktenkundigen Unterlagen und Schriftsätze der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG) sowie form- und fristgerecht ([§ 151 Abs 1 SGG](#)) eingegangen.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig, insbesondere frist- und formgerecht (§§ 87, 90 SGG) erhoben worden. Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 14. September 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. September 2020 erweist sich als rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der weitergehenden ihr entstandenen Kosten.

Unter Berücksichtigung der Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch <dazu 1.>, der Grundsätze für die Versorgung Versicherter mit Hilfsmitteln als Sachleistung durch zugelassene Leistungserbringer <dazu 2.> und der Besonderheiten bei Fehlen einer Preisvereinbarung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse für vereinbarte Sachleistungen <dazu 3.> hat die Klägerin keinen weitergehenden Anspruch auf Haarerersatz als er bereits mit der streitgegenständlichen Entscheidung vom 14. September 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. September 2020 gewährt und erfüllt wurde.

1. Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch ist hier § 13 Abs 3 SGB V. Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V). Maßstab für einen Kostenerstattungsanspruch ist dabei der Grundsatz, dass über die Geltendmachung einer Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V kein weitergehender Anspruch erreicht werden kann als bei einer Versorgung mit einer Sachleistung, die den Regelfall der Versorgung darstellt (vgl § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V). Ein Kostenerstattungsanspruch setzt daher – ua neben dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten – voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl BSG, Urteil vom 18. Dezember 2018 – B 1 KR 34/17 R – juris Rn 10).

Die Klägerin hat den Rechnungsbetrag iHv 750,85 Euro am 7. Oktober 2019 gezahlt. Anhaltspunkte für eine anspruchsausschließende Vorfestlegung der Klägerin auf den beschafften Haarerersatz vor der Entscheidung der Beklagten sieht der Senat nicht (zur stRspr hinsichtlich einer Vorfestlegung vgl ua BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 6/21 R – juris Rn 17 mwN).

Die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Erstattung dieses Betrages gegen die Beklagte liegen jedoch nicht vor. Hintergrund ist, dass der Klägerin vorliegend durch den selbstbeschafften Haarerersatz keine – über den von der Beklagten bereits übernommenen Betrag hinausgehende – Kosten entstanden sind.

2. Rechtsgrundlage für einen Sachleistungsanspruch der Klägerin auf Versorgung mit dem Hilfsmittel Haarerersatz sind § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGB V sowie § 33 SGB V (hier anzuwenden idF des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vom 6. Mai 2019, gültig vom 11. Mai 2019 bis 19. Oktober 2020). Nach § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen sind.

a) Unter Berücksichtigung dieser Tatbestandsvoraussetzungen und der einschlägigen Rechtsprechung des BSG ist in der Rechtsprechung des Senats geklärt, dass unter Haarverlust leidende Frauen im Wege des mittelbaren Behinderungsausgleichs gegen ihre Krankenkasse einen Anspruch auf Versorgung mit Haarerersatz in einer Qualität haben, die den Verlust des natürlichen Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich – nach einem kurzen Blick – erkennen lässt, ein Anspruch im Sinne einer möglichst umfassenden Rekonstruktion des ursprünglichen Aussehens durch den Haarerersatz jedoch nicht besteht (Urteile des Senats vom 9. November 2021 – L 10 KR 92/18 – und – L 10 KR 122/17 –; Urteil vom 25. Juli 2023 – L 10 KR 44/21 – jeweils juris mwN aus der RSpr des BSG).

b) Wie nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung regelhaft vorgesehen, werden die Ansprüche nach § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V als Sach- und Dienstleistungen erfüllt, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern (§ 2 Abs 2 Satz 3 SGB V). Für die jeweils notwendige Versorgung mit Hilfsmitteln können die Versicherten alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind (§ 33 Abs 6 SGB V). Der Abschluss eines Vertrages nach §§ 126, 127 SGB V mit Leistungserbringern für die Versorgung mit Hilfsmitteln führt dazu, dass die Krankenkasse für die Hilfsmittel die jeweils vertraglich vereinbarten Preise übernimmt (siehe § 33 Abs 7 SGB V). Aus dem gesetzlich vorgesehenen und durch die nach § 127 SGB V abgeschlossenen Verträge sichergestellten Sachleistungsprinzip folgt, dass Leistungserbringer die Versicherten, die sich an sie wenden, zu den vertraglich vereinbarten Preisen mit Hilfsmitteln zu versorgen haben, die den Anforderungen an den jeweiligen Behinderungsausgleich gerecht werden und dabei die individuelle gesundheitliche Konstitution berücksichtigen, ohne dass sie – abgesehen von den gesetzlichen Zuzahlungsregelungen – (zusätzliche) Zahlungsverlangen an die Versicherten richten können. Eine trotzdem mit dem Versicherten getroffene Honorarvereinbarung über die Kassenleistung ist regelmäßig nichtig: Sie weicht zum Nachteil des Versicherten vom Prinzip kostenfreier Sach- und Dienstleistungsgewährung ab (§ 32 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I). Das hat außerhalb der gesetzlichen Zuzahlungsregelungen generell zu gelten (Urteile des Senats vom 9. November 2021 – L 10 KR 92/18 – und 25. Juli 2023 – L 10 KR 44/21 – jeweils juris mwN aus der RSpr des BSG). Die Versorgung zu Vertragspreisen ist für den Versicherten verbindlich, soweit der Vertragspreis für den Behinderungsausgleich objektiv ausreichend ist (Urteil des Senats vom 9. November 2021, L 10 KR 92/18; so auch das Hessische Landessozialgericht <LSG>, Urteil vom 11. November 2020, L 8 KR 31/20 Rn 23 – die erstinstanzliche Entscheidung insoweit bestätigend).

Nur wenn Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen wählen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen ([§ 33 Abs 1 Satz 9 SGB V](#)).

c) Bei seiner Bewertung stellt der Senat die individuelle Entscheidung der Beklagten, bei der Klägerin dem Grunde nach einen Bedarf für die Versorgung mit Haarsersatz aus Echthaar anzuerkennen, um den seiner Art nach vorübergehenden Haarverlust durch Chemotherapie auszugleichen, nicht in Frage (zum Umfang des Anspruchs mit Haarsersatz bei vorübergehendem Haarverlust durch Chemotherapie siehe im Übrigen Urteil des erkennenden Senats vom 25. Juli 2023 - [L 10 KR 44/21](#) - juris). Anhaltspunkte dafür, dass der von der Klägerin ausgesuchte Haarsersatz eine Ausstattung aufweist, die über den Versorgungsbedarf - der Haarverlust ist nicht sogleich im Vorbeigehen erkennbar - hinausgeht, wurden von der Beklagten nicht benannt und sind nach Aktenlage nicht erkennbar. Der Leistungserbringer versorgte die Klägerin seiner Bewertung nach mit medizinisch erforderlichem Haarsersatz. Der vorliegend streitige Kostenanteil iHv 750,85 Euro entfällt folglich nicht auf eine individuell gewünschte Sonderausstattung des Haarsersatzes, zB Haarlänge, Haarfarbe oder Farbvarianten, und ist nach Aktenlage nicht dem Bereich der Mehrkosten iSv [§ 33 Abs 1 Satz 9 SGB V](#) zuzuordnen (vgl zu dieser Prüfung Urteil des erkennenden Senats vom 9. November 2021 - [L 10 KR 92/18](#).)

3. Allerdings hat der Leistungserbringer E___ GmbH diesen Kostenanteil der Klägerin zu Unrecht in Rechnung gestellt; dazu war er unter keinem denkbaren Gesichtspunkt berechtigt. Damit sind der Klägerin über den von der Beklagten hinausgehenden Betrag iHv 924,15 Euro auch keine zusätzlichen Kosten entstanden, die die Beklagte im Rahmen eines Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) erstatten müsste. Für die Erfüllung des Sachleistungsanspruchs der Klägerin auf die Versorgung mit Haarsersatz konnte die Beklagte zwar auf alle Mitglieder des BVZ - und somit auch auf den Leistungserbringer E___ GmbH - zurückgreifen, da diese durch den Versorgungsvertrag zwischen dem BVZ und dem vdek auch über den 31. Juli 2019 hinaus dem Grunde nach zur Leistungserbringung berechtigt und verpflichtet waren <dazu a) bis c)>. Allerdings durfte der von der Klägerin in Anspruch genommene Leistungserbringer ihr gegenüber keine (zusätzliche) Vergütung für den überlassenen Haarsersatz geltend machen <dazu d)>.

a) Da im September 2019 ein Versorgungsvertrag zwischen dem BVZ und dem vdek bestand, standen den Krankenkassen - auch der Beklagten - die Mitglieder des BVZ als zugelassene Leistungserbringer zur Verfügung. Lediglich die nach § 4 Abs 4 gültige Anlage 1 - Preisvereinbarung - hatte im September 2019 keine vertraglich vereinbarte Gültigkeit mehr, da sie seitens des BVZ mit Schreiben vom 15. April 2019 zum 31. Juli 2019 auf der Grundlage von § 4 Abs 1 Satz 2 Preisvereinbarung gekündigt wurde. Der Versorgungsvertrag als Hauptvertrag wurde explizit nicht gekündigt und enthielt auch keine „Nachwirkungsklausel“ (zu einer solchen im Rahmen von Verträgen nach [§ 127 SGB V](#) zB SG Köln, Urteil vom 26. Mai 2006 - [S 26 KR 104/04](#) - juris Rn 25; SG Stuttgart, Beschluss vom 1. Februar 2010 - [S 9 KR 172/10 ER](#) - juris Rn 43) oder „Fortgeltungsklausel“ (zur Möglichkeit einer solchen Klausel siehe SV in BSG, Urteil vom 17. Juli 2008 - [B 3 KR 23/07 R](#) - juris Rn 33; BSG, Urteil vom 29. Juni 2017 - [B 3 KR 31/15 R](#) - juris Rn 36).

Auch eine mündlich zwischen dem BVZ und dem vdek vereinbarte Fortgeltung der gekündigten Preisvereinbarung über den 31. Juli 2019 hinaus steht nicht zur vollen Überzeugung des Senats ([§ 128 Abs 1 SGG](#)) fest. Zwar legte die Beklagte ein Schreiben des vdek zu einem anderen Gerichtsverfahren vom 29. März 2023 vor, wonach für die Zeit der Vertragsverhandlungen mündlich vereinbart worden sei, - wie üblich - die Preise gegenseitig bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung anzuerkennen (Schreiben der Beklagten vom 18. September 2024). Allerdings legte die Klägerin eine undatierte maschinenschriftliche Erklärung des Rechtsanwalts des BVZ vor, dass es eine förmliche Vereinbarung über „Fortgeltung von Preisen“ so nicht gegeben habe (Schreiben der Klägerin vom 23. September 2024). Eine zwischen dem BVZ und dem vdek getroffene Vereinbarung, die den Rechtswirkungen einer vertraglich vereinbarten Fortgeltungsklausel gleichsteht, liegt damit nicht vor.

b) Angesichts einer fehlenden bzw nicht zweifelsfrei als fortbestehend anzusehenden Preisvereinbarung in einem Versorgungsvertrag iSv [§ 127 Abs 1 SGB V](#) mangelt es zwar an einer fortgeltenden Einigung über einen wesentlichen Vertragspunkt des Versorgungsvertrages - den der Vergütung der Leistungserbringer für die vertragskonforme Versorgung mit Haarsersatz. Der Umstand, dass mit der Kündigung der Preisvereinbarung zu einem der „essentialia negotii“ (Leistung, Gegenleistung, Parteien) nach Vertragsschluss später durch die Kündigung der Preisvereinbarung eine Lücke vorlag, führte jedoch nicht zur Anwendung von [§ 154 Abs 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Nach [§ 154 Abs 1 Satz 1 BGB](#) „ist im Zweifel der Vertrag nicht geschlossen“ „solange nicht die Parteien sich über alle Punkte eines Vertrags geeinigt haben, über die nach der Erklärung auch nur einer Partei eine Vereinbarung getroffen werden soll“.

aa) Zunächst sprechen rechtsdogmatische Gründe gegen die Anwendbarkeit dieser Norm im Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Während das BSG in älterer Rechtsprechung die Regelung des [§ 154 Abs 1 Satz 1 BGB](#) noch als Folge einer Kündigung einer Preisvereinbarung für anwendbar hielt (BSG Urteil vom 25. September 2001 - [B 3 KR 15/00 R](#) - juris Rn 15), verwies es in späteren Entscheidungen zu der Folge von Vertragslücken in Versorgungsverträgen darauf, dass der Gesetzgeber zwischenzeitlich in mehreren Leistungsbereichen den Leistungserbringern und den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt habe, ein Schiedsverfahren durchzuführen, das überdies sowohl einem einseitigen Preisbestimmungsrecht der Krankenkasse iSv [§ 315 BGB](#) bzw [§ 316 BGB](#) als auch der Anwendung von [§ 612 BGB](#) (taxmäßige oder übliche Vergütung gilt als vereinbart) entgegenstehe (vgl BSG, Urteil vom 29. Juni 2017 - [B 3 KR 31/15 R](#) - juris Rn 26, 33, 44; ähnlich wohl bereits BSG, Urteil vom 17. Juli 2008 - [B 3 KR 23/07 R](#) - juris Rn 44, 58; zum Fehlen eines einseitigen Preisbestimmungsrecht für Hilfsmittel: BSG, Urteil vom 30. November 2023 - [B 3 KR 2/23 R](#) - Rn 24). Für die Wirksamkeit einer

geschlossenen oder nach Teilkündigung verbliebenen Teileinigung zu Vertragsinhalten iSv [§ 127 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) – und gegen eine analoge Anwendung von [§ 154 BGB](#) – spricht seit der Einführung von Schiedsverfahren folglich, dass auch eine Schiedsperson im Fall der Nichteinigung nach [§ 127 Abs 1a SGB V](#) (idF ab 23. Mai 2020) nur über den *streitigen* Inhalt der Verträge iSv [§ 127 Abs 1 SGB V](#) entscheidet und nicht von einer durch die Schiedsperson zu ersetzenden vollständigen Nichteinigung der Vertragspartner ausgegangen wird, wenn nur Uneinigkeit über einen Vertragsbestandteil besteht. Auch die übrigen und schon länger existierenden Regelungen im SGB V zu Schiedsentscheidungen ermöglichen eine auch nur teilweise Regelung durch Schiedsspruch ([§ 89 Abs 3 SGB V](#)).

Ferner bedenkt der Senat vor allem für Zeiträume, in denen es für bestimmte Leistungserbringergruppen – wie vorliegend für Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich bis zum 22. Mai 2020 – noch kein gesetzlich vorgesehenes Schiedsverfahren gab, dass die Regelungen des BGB nur entsprechend anwendbar sind, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel auch vereinbar sind (vgl. [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)). Bei den Verträgen nach [§ 127 Abs 1 SGB V](#) handelt es sich aber nicht um Einzelverträge zwischen zwei Personen für konkret individualisierte Produkte, sondern um Rahmenverträge zwischen Krankenkassen und einem Leistungserbringer oder Verbänden bzw Zusammenschlüssen von Leistungserbringern mit Wirkung für eine Vielzahl von Versicherten <Schneider in: *Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V*, 4. Aufl., [§ 127 SGB V](#) (Stand: 22. Dezember 2023), Rn 23, 29>. Wenn mit der Kündigung einer Preisvereinbarung aber stets der gesamte Versorgungsvertrag für Hilfsmittel als „nicht geschlossen“ angesehen würde, wäre die Versorgung der Versicherten mit dem betreffenden Hilfsmittel flächendeckend nicht mehr gewährleistet bzw sichergestellt. Das damit einhergehende Systemdefizit wäre größer als wenn nur eine Kündigung der Preisvereinbarung wirksam und diese Vertragslücke zu füllen ist (vergleichbar Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 4. Juli 2006 – [L 24 KR 1127/05](#) – juris Rn 37).

bb) Unabhängig von der Frage der Anwendbarkeit des [§ 154 BGB](#) dem Grunde nach sind sich der BVZ und der vdek vorliegend der Lücke in dem Umfang des fortbestehenden Vertragswerks bewusst gewesen und der BVZ wollte den Versorgungsvertrag und die dort vereinbarten Rechte und Pflichten der Leistungserbringer dem Grunde nach explizit nicht kündigen (*Schreiben vom 15. April 2019*). Der vdek verstand seinerseits die Kündigung der Preisvereinbarung zu keinem Zeitpunkt als Kündigung des gesamten Versorgungsvertrages. Folglich gingen weder der BVZ noch der vdek – nach Ansicht des Senats zutreffend – von einer Zweifelslage über den Umfang der Kündigung und des Fortbestands des Versorgungsvertrages iSv [§ 154 Abs 1 Satz 1 BGB](#) aus, die „im Zweifel“ zu einem „nicht (mehr) geschlossenen Vertrag“ führte. Beide – der BVZ für die Leistungserbringer und der vdek für die Krankenkassen – wollten vermeiden, dass es einen Zustand gibt, der sich von dem Grundsatz des Leistungserbringungsrechts, die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Versorgungsverträge iSv [§ 127 Abs 1 SGB V](#) sicherzustellen, noch weiter entfernt.

Weiter gültig waren daher die in dem Versorgungsvertrag vom 1. August 2014 vereinbarten Regelungen – ua zum Gegenstand des Vertrages (§ 1), zum Ablauf der Leistungserbringung (§ 2), zur Qualität und Wirtschaftlichkeit (§ 3), zur Leistungsgewährung und Zuzahlung (§ 4) sowie zur Abrechnung (§ 7). Danach durfte ein Mitgliedsbetrieb des BVZ die Versorgung mit einem in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel nicht ablehnen (§ 2 Abs 6) und es hatte Versicherte mit Haarsersatz zu versorgen, der den Qualitätsanforderungen des § 3 Abs 1 (zweckmäßig, wirtschaftlich, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genügend) gerecht wird. Den Versicherten der Beklagten standen daher weiterhin zugelassene Leistungserbringer zur Verfügung.

c) Angesichts eines auch nach der Kündigung der Preisvereinbarung anhaltend fortbestehenden Versorgungsvertrages vom 1. August 2014 war im September 2019 – entgegen der Ansicht der Klägerin – nicht von einem Systemversagen auszugehen (zu den Voraussetzungen von *Systemversagen im Bereich der Versorgung mit Haarsersatz siehe Urteil des Senats vom 9. November 2021* – [L 10 KR 122/17](#) – juris Rn 53 ff). Die Klägerin konnte sich an den Leistungserbringer E___ GmbH wenden und dieser durfte zu Lasten der Beklagten die Versorgung abwickeln.

d) Bei bestehendem Versorgungsvertrag vom 1. August 2014 und über diesen Versorgungsvertrag zugelassene Leistungserbringer gab es im September 2019 nach der Kündigung der Preisvereinbarung zum 31. Juli 2019 lediglich keine vertraglich festgelegte Verbindlichkeit zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen, in welcher Höhe die Leistungserbringer für eine den Versicherten erbrachte medizinisch erforderliche Leistung von den Krankenkassen eine Vergütung beanspruchen konnten.

aa) Nachdem das BSG sich sowohl gegen ein einseitiges Preisbestimmungsrecht ([§ 315 BGB](#) bzw [§ 316 BGB](#)) einer der Vertragspartner iSv [§ 127 SGB V](#) als auch gegen einen nach [§ 612 BGB](#) bzw [§ 632 BGB](#) als üblich vereinbarten Preis ausgesprochen hat (vgl. *BSG, Urteil vom 30. November 2023* – [B 3 KR 2/23 R](#) – juris Rn 24 bzw *BSG, Urteil vom 29. Juni 2017* – [B 3 KR 31/15 R](#) – juris Rn 38), kommt aus Sicht des Senats dann, wenn eine mündlich zwischen dem BVZ und dem vdek vereinbarte Fortgeltung der aufgekündigten Vertragspreise nicht unstreitig feststeht, in Betracht, dass sich der von einem Versicherten aufgesuchte Leistungserbringer und die Krankenkasse individuell entsprechend [§ 127 Abs 3 SGB V](#) auf einen Preis für die Versorgung einigen. Das kann dadurch geschehen, dass der Leistungserbringer in seinem Kostenvoranschlag (§ 2a Versorgungsvertrag) der Krankenkasse einen Preis anbietet, den die Krankenkasse mit ihrer Kostenübernahmeerklärung (§ 4 Abs 1 Versorgungsvertrag) aufführt und dadurch annimmt.

Alternativ kann die Krankenkasse den im Kostenvoranschlag genannten Preis dadurch ablehnen, dass sie in der Kostenübernahmeerklärung einen anderen Preis benennt. Der Leistungserbringer kann daraufhin entscheiden, ob er den in der Kostenübernahmeerklärung genannten Preis akzeptiert und das Gegenangebot der Krankenkasse explizit oder konkludent durch Versorgung des Versicherten annimmt oder die Versorgung im Einzelfall zu dem Preisangebot der Krankenkasse ablehnt. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass ein Recht zur

Ablehnung des Leistungserbringers besteht, einen Versicherten zu dem in der Kostenübernahmeerklärung benannten abweichenden Preis zu versorgen (*angelehnt an BSG, Urteil vom 25. September 2001 - B 3 KR 15/00 R - juris Rn 15 nach Ende des Rahmenvertrages; Knispel, Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den nichtärztlichen Leistungserbringern im Licht der Rechtsprechung des BSG, NZS 2004, 623, 629*). Zwar sieht die Regelung in § 4 Abs 2 Versorgungsvertrag vor, dass mit der dem Leistungserbringer vorliegenden Kostenübernahmeerklärung der leistungspflichtigen Krankenkasse „ein Auftrag ... als erteilt ... gilt“. Allerdings steht den Krankenkassen – wie das BSG bereits entschieden hat – kein einseitiges Preisbestimmungsrecht zu. Dieser Grundsatz würde ausgehebelt werden, wenn für den Fall einer fehlenden Preisvereinbarung iSv [§ 127 Abs 1 SGB V](#) die Krankenkasse nur mit der als Auftragserteilung geltenden Kostenübernahmeerklärung (§ 4 Abs 2 Versorgungsvertrag) eine verbindliche Verpflichtung des Leistungserbringers herbeiführen könnte, einen Versicherten zu dem von der Krankenkasse gewünschten Betrag zu versorgen. Die Regelung in § 4 Abs 2 Versorgungsvertrag gilt insoweit uneingeschränkt nur, wenn und solange zu dem Versorgungsvertrag auch eine Preisvereinbarung zwischen dem BVZ und dem vdek gilt, die die Vorhersehbarkeit der Preisgestaltung sicherstellt. Wenn der Leistungserbringer zu dem abweichenden Preisangebot der Krankenkasse nicht versorgen will, muss er die Krankenkasse des Versicherten informieren und diese einen anderen zur Versorgung bereiten Leistungserbringer suchen.

Ausgehend von diesen Überlegungen kann davon ausgegangen werden, dass sich der von der Klägerin aufgesuchte Leistungserbringer durch die Versorgung der Klägerin nach der Kostenübernahmeerklärung der Beklagten vom 14. September 2019 mit einem Betrag iHv 924,15 Euro (zzgl 10 Euro gesetzliche Zuzahlung der Klägerin) konkludent mit der Versorgung zu diesem Betrag einverstanden erklärte und dieses Einverständnis dadurch bekräftigte, der Beklagten am 1. Oktober 2019 den Betrag 924,15 Euro in Rechnung zu stellen.

bb) Nachdem der Leistungserbringer die Klägerin im September 2019 versorgte, hat der Senat allerdings nicht mehr zu klären, ob die Höhe der von der Beklagten an den Leistungserbringer gezahlten Vergütung (924,15 Euro) ausreichend war oder der Leistungserbringer dem Grunde nach einen weiteren Betrag – wie von der Klägerin gezahlt – iHv 750,85 Euro beanspruchen konnte. Denn der Leistungserbringer hat Fragen rund um seine Zulassung zur Versorgung (*vgl Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 26. Januar 2022 - L 1 KR 650/17 - juris Rn 51 mwN; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 8. Dezember 2009 - L 11 KR 5031/09 ER B - juris Rn 25; BSG, Urteil vom 2. November 2007 - B 1 KR 14/07 R - juris Rn 16*) und solche rund um die Höhe seiner Vergütung (*vgl SG Stralsund, Urteil vom 13. Dezember 2013 - S 3 KR 96/10 - juris Rn 28; SG Speyer, Urteil vom 19. Juni 2015 - S 19 KR 1129/13 - juris Rn 64; zu einem Kontrahierungszwang der Krankenkassen und Rechtsschutz vor Einführung eines Schiedsverfahrens bzw bei fehlender Berechtigung eines Leistungserbringers zur Einleitung eines Schiedsverfahren bei der Versorgung mit Hilfsmitteln BSG, Urteil vom 30. November 2023 - B 3 KR 2/23 R - juris Rn 25 - 26*) für eine medizinisch notwendige Leistung selbst mit den Krankenkassen zu klären. Er darf Unsicherheiten über den Vergütungsumfang oder solche im Zusammenhang mit dem Zulassungsstatus des Leistungserbringers nicht auf den Versicherten abwälzen und ihn damit sehenden Auges in ein Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) treiben. Eine solche Vereinbarung mit der Abweichung vom Prinzip der kostenfreien Sach- (=Naturalleistung) ist regelmäßig gemäß [§ 32 SGB I](#) nichtig (*BSG, Urteil vom 2. November 2007 - B 1 KR 14/07 R - juris Rn 16*). Wenn ein zugelassener Leistungserbringer medizinisch notwendige Leistungen erbringt, darf er von dem Versicherten kein zusätzliches Honorar verlangen (*BSG, Urteil vom 2. November 2007 - B 1 KR 14/07 R juris Rn 18; BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 - B 1 KR 6/01 R - juris Rn 22*).

Folglich durfte der Leistungserbringer das Risiko über die Höhe der ihm für die Versorgung der Klägerin mit medizinisch notwendigem Haarsersatz zustehenden Vergütung nicht über den Umweg eines Kostenerstattungsverfahrens der Klägerin nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) auf diese abwälzen. Die Klägerin hat die Höhe des Vergütungsanspruchs des Leistungserbringers nicht stellvertretend für diesen in diesem Verfahren zu klären.

Da der Klägerin nach alledem keine (zusätzlichen) Kosten für die Versorgung des im September 2019 beschafften Haarsatzes entstanden sind (bzw der Leistungserbringer ihr zusätzliche Kosten zu Unrecht in Rechnung gestellt hat), kann sie gegenüber der Beklagten auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung haben; ihre Berufung gegen das klagabweisende Urteil des SG Kiel hat daher keinen Erfolg haben können.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Weder weicht der Senat entscheidungserheblich von Rechtsprechung des BSG ab ([§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG](#)) noch waren in diesem Verfahren bisher ungeklärte Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung zu klären ([§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-11-18