

## L 16 KR 194/05

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Aachen (NRW)  
Aktenzeichen  
S 13 KR 27/04  
Datum  
06.09.2005  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 16 KR 194/05  
Datum  
14.09.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 20/06 R  
Datum  
06.09.2007  
Kategorie  
Urteil  
Bemerkung  
Revision durch Urteil vom BSG zurückgewiesen.  
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 06. September 2005 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird zugelassen.

### Tatbestand:

Streitig ist, ob eine Leistungspflicht der Beklagten vor dem Hintergrund der Rechtsänderung des [§ 33](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zum 01.01.2004 in den Fällen besteht, in denen Sehhilfen gesetzlich Krankenversicherten zwar in 2003 verordnet und von diesen bestellt, aber erst zu Beginn des Jahres 2004 vom Leistungserbringer abgegeben wurden.

Die Kläger sind Mitglieder des Landesinnungsverbandes Nordrhein für das Augenoptiker-Handwerk und zur Abgabe von Sehhilfen an Versicherte der Beklagten zugelassen. Grundlage ihrer Tätigkeit ist ein Vertrag zwischen den Landesinnungsverbänden Nordrhein und Westfalen-Lippe für das Augenoptiker-Handwerk und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 07.07.1994 (im Folgenden: Vertrag) einschließlich Anlagen. Der Vertrag enthält u. a. folgende Regelungen:

#### § 1 Gegenstand des Vertrages

- § 1 Gegenstand des Vertrages Gegenstand des Vertrages ist
- die Lieferung und Reparatur von Sehhilfen sowie die Auswahl, Anpassung und Abgabe von Kontaktlinsen ...
  - die Durchführung der Augenglasbestimmung für die Versicherten der Krankenkassen sowie die Vergütung und Abrechnung dieser Leistungen.

#### § 4 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis gemäß [§ 128 SGB V](#), der Festbetragsregelung (Anlage 4a) in der jeweils gültigen Fassung und der vereinbarten Preisliste (Anlage 4b).  
(2) ...

#### § 5 Abgabe der Leistungen

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen aufgrund gültiger vertragsärztlicher Verordnung oder eines Berechtigungsscheines (Anlage 5) erbracht werden. Die ärztliche Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn zwischen Ausstellung und Auftragserteilung (Datum des Annahmestempels) mehr als 30 Kalendertage liegen, es sei denn, die Krankenkasse stimmt der Leistungserbringung zu.  
(2) Die Leistungen haben den vertragsärztlichen Verordnungen oder den Berechtigungsscheinen zu entsprechen. Änderungen und Ergänzungen sind nur im Falle von Unklarheiten zulässig und bedürfen des Einverständnisses des verordnenden Arztes bzw. der Krankenkasse; ...  
(3) ...  
(4) Leistungen, für die Festbeträge festgesetzt wurden oder die Gegenstand der vereinbarten Preislisten sind, können nur mit vorheriger Zustimmung der zuständigen Krankenkasse ausgeführt werden, es sei denn, diese verzichtet ganz oder teilweise hierauf ...

#### § 7 Vergütung der Leistungen

- (1) Die Vergütung der Leistungen im Sinne dieses Vertrages richtet sich nach den festgesetzten Festbeträgen (Anlage 4a), ...  
(2) Können angefertigte Sehhilfen infolge Ablebens des Patienten nicht mehr abgegeben werden oder ist die Sehhilfe drei Monate nach Abgabe der Verordnung nicht abgeholt, ohne dass dies vom Augenoptiker zu vertreten ist, werden die nicht mehr verwendbaren Gläser zum

Festbetrag bzw. Vertragspreis oder dem genehmigten Kostenvoranschlag mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet.

In der Zeit vom 02.01.2004 bis zum 16.01.2004 lieferten die Kläger an 151 - die Klägerin zu 1) an 91, der Kläger zu 2) an 60 - volljährige Versicherte der Beklagten Sehhilfen. Die Hilfsmittel waren bereits im Jahre 2003, überwiegend im Dezember, von den Versicherten auf Grund von ärztlichen Verordnungen oder von Berechtigungsscheinen bei den Klägern in Auftrag gegeben worden. Nach Auslieferung der Sehhilfen forderten die Kläger von der beklagten Krankenkasse die Zahlung der nach dem bis zum 31.12.2003 geltenden [§ 33 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) (a. F.) die auf die Versicherten entfallenden Krankenkassenzuschüsse, und zwar die Klägerin zu 1) in Höhe von insgesamt 7.128,99 EUR, der Kläger zu 2) in Höhe von 4.261,75 EUR. Mit Schreiben vom 16.04.2004 lehnte die Beklagte Zahlungen ab. Zur Begründung verwies sie auf die Abgabe der Sehhilfen nach dem In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) am 01.01.2004 und die geänderte Fassung des [§ 33 SGB V](#) (n. F.). Für die Leistungserbringung komme es nicht auf den Zeitpunkt der Verordnung, sondern auf den Tag der letzten Anpassung an. Es gelte neues Recht, das bei der Versorgung volljähriger Versicherter mit Sehhilfen keine Zahlung von Festbeträgen mehr vorsehe.

Am 18.10.2004 haben die Kläger Klage zum Sozialgericht Aachen erhoben. Sie haben zur Begründung der Leistungspflicht der Beklagten gegenüber den Versicherten und des damit korrespondierenden eigenen Vergütungsanspruchs vorgetragen, maßgeblich sei der Zeitpunkt der Bestellung der Sehhilfen. Da dieser in 2003 gelegen habe, finde [§ 33 SGB V](#) a. F. noch Anwendung. Selbst wenn auf den Tag der Abgabe abzustellen wäre, hätte für den Gesetzgeber angesichts der Neuregelung durch das GMG Regelungsbedarf für Fälle der vorliegenden Art bestanden. Mehreren Versicherten sei von AOK-Geschäftsstellen jedoch auf Nachfrage zugesagt worden, dass bei einer Auslieferung im Januar 2004 noch der Kassenanteil übernommen werde. Dies habe sich auch aus einer im Internet abgestellten Krankenkassenliste des Optiker-netzes ergeben. Am 18.12.2003 habe die Optiker-Innung Aachen zahlreiche Krankenkassen, darunter auch die Beklagte, benannt, die für die Abrechnung von Sehhilfen das Auftragsdatum akzeptieren würden.

Die Kläger haben beantragt,

die Beklagte zu verurteilen,

1. der Klägerin zu 1) 7.128,99 EUR,
2. dem Kläger zu 2) 4.261,75 EUR

zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die von den Klägern im Einzelnen aufgelisteten Versicherungsfälle und die Höhe der Klageforderung geprüft und für den Fall, dass [§ 33 SGB V](#) a. F. anwendbar sei, keine Bedenken gegen Grund und Höhe geltend gemacht. Die Beklagte hat jedoch die Auffassung vertreten, der Leistungsanspruch der Versicherten werde erst im Zeitpunkt der Abgabe der Sehhilfen konkretisiert. Anzuwenden sei deshalb [§ 33 SGB V](#) n. F. auf den Vergütungsanspruch der Kläger. Diese Auffassung sei auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in einer Gemeinsamen Erklärung vom 25.11.2003 sowie vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales in einer Presseerklärung vom 19.12.2003 und schließlich vom Bundesversicherungsamt in einem Rundschreiben vom 16.01.2004 an alle bundesunmittelbaren Kassen vertreten worden. Im Übrigen ergebe sich eine Bindung nicht aus angeblichen Zusagen gegenüber Versicherten, trotz Auslieferung der Sehhilfen im Jahre 2004 [§ 33 SGB V](#) a. F. zur Anwendung zu bringen. Es fehle bereits an der für Zusicherungen gemäß [§ 34 Abs. 1 S. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) zwingend erforderlichen Schriftform. Darstellungen des Optiker-netzes in Internet sowie Auskünfte der Optiker-Innungen seien ihr ohnehin nicht zuzurechnen.

Mit Urteil vom 6. September 2005 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin zu 1) 7.128,99 EUR sowie dem Kläger zu 2) 4.261,75 EUR zu zahlen. Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen darauf abgestellt, die Zahlungsansprüche der Kläger ergäben sich aus den Bestimmungen des gemäß [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) geschlossenen Vertrages vom 07.07.1994 i. V. m. [§ 33 Abs. 1, 2 und 4 SGB V](#) a. F. ... Die Ansprüche seien noch in 2003 entstanden. Entsprechend den vertraglichen Regelungen sei eine Versorgung mit Sehhilfen in allen streitbefangenen Fällen medizinisch indiziert gewesen (§ 1 des Vertrages), vertragsärztliche Verordnungen oder Berechtigungsscheine für jeden der Versicherten (§ 5 Abs. 1 des Vertrages) hätten vorgelegen, ebenso eine Leistung der Optiker, die den Verordnungen bzw. Berechtigungsscheinen entspreche (§ 5 Abs. 2 des Vertrages) und eine Rechnungslegung gemäß §§ 7, 8 des Vertrages. Den Versicherten hätten Ansprüche auf Versorgung mit Sehhilfen gemäß [§ 33 SGB V](#) a. F. zugestanden. Daran habe die Auslieferung erst im Januar 2004 nichts geändert; denn es komme nicht auf die Fälligkeit der Ansprüche der Kläger, derer sich die Beklagte bei der Erfüllung der Ansprüche der Versicherten auf den Festbetrag bediene, bzw. der Versicherten gegenüber der Beklagten an. Vielmehr sei für die Frage, welches Leistungsrecht anwendbar sei, auf den Zeitpunkt abzustellen, zu dem die Versicherten durchsetzbare Einzelansprüche auf Versorgung mit Sehhilfen erworben hätten. Dies sei in allen Fällen im Dezember 2003 gewesen. Auch wenn [§§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, 33 SGB V](#) nur ausfüllungsbedürftige Rahmenrechte, z. B. auf Versorgung mit Sehhilfen, darstellten, verdichteten sich diese zu durchsetzbaren Einzelansprüchen, wenn der - an Stelle der Krankenkasse kraft gesetzlichen Auftrages handelnde - Leistungserbringer festgelegt habe, welche konkrete Sach- oder Dienstleistung zur Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit notwendig sei (ständige Rechtsprechung - Bundessozialgericht -BSG- Sozialrecht -SozR- 3- 2500 § 35 Nr. 4 m. w. N.). Der behandelnde Arzt sowie der Augenoptiker erfüllten nicht nur die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse, sondern begründeten und konkretisierten sie auch. Durch das Ausschicken und verbindliche Bestellen der Sehhilfen auf der Grundlage der Verordnungen bzw. Berechtigungsscheine hätten die Versicherten im Dezember 2003 die Rahmenrechte zu konkreten Einzelansprüchen verdichtet, und zwar unter Geltung des [§ 33 SGB V](#) a. F.; die Änderung des Hilfsmittelrechts zum 01.01.2004 habe weder die Abwicklung der Leistungsansprüche der Versicherten gegenüber der Beklagten noch - damit korrespondierend - der Abrechnung der Festbetragsansprüche der Kläger gegenüber der Beklagten beeinflussen können. Bereits aus dem Vertrag folge, dass die Auslieferung nicht zwingend Voraussetzung für Zahlungsansprüche der Augenoptiker gegenüber der Krankenkasse sei, wie § 7 Abs. 2 des Vertrages deutlich mache. Gleiches müsse gelten, wenn sich die Rechtslage ändere. Die gegenteilige Auffassung der von der Beklagten zitierten Verbände etc. finde im Gesetz keine Stütze. Im Gegenteil: Hätte der Gesetzgeber gewollt, dass das neue, ab dem 01.01.2004 geltende Hilfsmittelrecht in Bezug auf Sehhilfen auch für

bereits in 2003 durch Verordnung oder Bestellung konkretisierte Fälle einer Versorgung Anwendung finden sollte, wenn die Sehhilfe erst in 2004 ausgeliefert würde, so hätte es, insbesondere nach den Erfahrungen der vorangegangenen Jahre (Stichwort: "Blüm-Bauch") nahe gelegen, dies im Gesetz festzuschreiben. Dies gelte um so mehr, als im Hinblick auf die zahlreichen widersprüchlichen Pressemitteilungen Klärungsbedarf bestanden habe.

Gegen das ihr am 14.09.2005 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 11.10.2005 Berufung eingelegt. Ergänzend trägt sie vor, der Sachleistungsanspruch der Versicherten auf Versorgung mit einer Sehhilfe konkretisiere sich erst in dem Moment, in dem die nach den abstrakten Angaben des Augenarztes gefertigten Sehhilfen angepasst würden. Vorher stehe nicht fest, ob durch die Sehhilfe ein befriedigender Ausgleich der Sehminderleistung erreicht werde. Auch habe das BSG für den Bereich des Zahnersatzes bei Wechsel der Krankenkasse ([SozR 3-2500 § 19 Nr. 3](#)) entschieden, dass die von den Versicherten beanspruchten Zuschüsse erst mit der Abgabe der Leistung und detaillierten Leistungsrechnung des Leistungserbringers fällig würden. Vorher stehe nicht fest, ob der beauftragte Leistungserbringer tatsächlich die geschuldete Leistung - Anfertigung, Anpassung und Übergabe der Sehhilfe - erbringen werde. Da die bevorstehende Gesetzesänderung zumindest ab Oktober 2003 in allen Medien diskutiert worden sei, hätten die Versicherten durch eine entsprechende Auswahl des zu beauftragenden Augenoptikers bzw. durch Abschluss einer Sondervereinbarung sicherstellen müssen, dass die Sehhilfe vor Inkrafttreten der Neuregelung ausgeliefert werde. Anderenfalls treffe das Risiko, die Sehhilfe nicht mehr zu den in 2003 geltenden Bedingungen zu erhalten, den Versicherten. Schließlich spreche gegen die Rechtsauffassung des Sozialgerichts, dass die Leistungserbringer quasi bis zum letzten Moment Aufträge hätten entgegennehmen können, wohl wissend, dass diese vor Eintritt der Gesetzesänderung nicht zu realisieren sein würden, und damit den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und das Gebot der Beitragsstabilität ad absurdum führen könnten, indem sie sog. "Blüm-Bäuche" produzierten.

Ergänzend hat die Beklagte auf Nachfrage des Senates erläutert, dass die Regelungen des § 5 des Vertrages in der Praxis in der Weise gehandhabt worden seien, dass keine - ins Einzelne gehende - Genehmigung einer jeden Verordnung durch die Kasse erfolgt sei. Selbst in den Fällen, in denen ein Augenarzt eine Sehhilfe zu Unrecht verordnet habe, weil die medizinischen Voraussetzungen nicht vorgelegen hätten, sei der Vergütungsanspruch des Augenoptikers erfüllt und Regress bei dem verordnenden Arzt gesucht worden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 06.09.2005 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 06.09.2005 zurückzuweisen.

Sie erachten das erstinstanzliche Urteil als zutreffend. Ergänzend weisen sie darauf hin, dass auch der Vertrag an mehreren Stellen auf den Zeitpunkt der Auftragserteilung/Verordnung abstelle, beispielsweise in § 5 Abs. 1 bzw. § 7 Abs. 2. Das Sozialgericht habe damit zu Recht zwischen der Fälligkeit der Vergütungsansprüche des Augenoptikers und der Konkretisierung der zu erbringenden Leistung, die mit der Auftragsannahme erfolgt sei, unterschieden. Bereits zu diesem Zeitpunkt stehe im Detail fest, welches Werk zu liefern sei: Die Stärken der einzelnen Brillengläser, die Fassung, die Einschleifhöhe bei bifokalen Gläsern. Messfehler des Augenoptikers oder Fehler bei der Augenglasbestimmung führten lediglich zu Gewährleistungs- und Nacherfüllungsansprüchen, abgesehen davon, dass in keinem einzigen der hier streitigen Fälle seitens der Versicherten ein solcher Gewährleistungsanspruch geltend gemacht worden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 6. September 2005 ist nicht begründet.

Das Sozialgericht hat zu Recht der Klage stattgegeben und den Klägern die geltend gemachten Zahlungsansprüche zugesprochen. Die Beklagte hat rechtswidrig die Zahlung der Festbeträge für Sehhilfen für die Versorgung der im Einzelnen benannten Versicherten verweigert. Ein entsprechender Anspruch der Kläger ergibt sich aus §§ 127 Abs. 1, 33 Abs. 1 und 2 in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung (a. F.), 36 SGB V i. V. m. § 7 Abs. 1 des Vertrages sowie der Anlage 4a zu dem Vertrag. Wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat und zwischen den Parteien auch unstrittig ist, liegen die sonstigen Voraussetzungen, wie medizinische Notwendigkeit, Verordnung etc., vor; die sich aus § 7 Abs. 1 des Vertrages ergebenden Vergütungsansprüche sind auch bereits mit der verbindlichen Bestellung der Sehhilfen durch die Versicherten im Jahre 2003 entstanden. Dass die Zahlung von Festbeträgen zum 01.01.2004 bei erwachsenen Versicherten, die nicht in besonderer Weise in ihrem Sehvermögen beeinträchtigt sind, entfallen ist, steht dem Vergütungsanspruch der Kläger nicht entgegen; denn die ab dem 01.01.2004 geltende Fassung des [§ 33 Abs. 1](#) und 2 SGB V ist nicht maßgeblich. Danach besteht ein Anspruch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, auf Sehhilfen nur noch, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Unstrittig sind diese Voraussetzungen bei den von der Klägern versorgten Versicherten nicht gegeben. Zu Gunsten der Kläger ist für das Entstehen des Anspruchs jedoch auf [§ 33 Abs. 1](#) und 2 SGB V a. F. abzustellen. Nach dieser bis zum 31.12.2003 geltenden Regelung hatten Versicherte u. a. Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen. Da für Sehhilfen ein Festbetrag gemäß [§ 36 SGB V](#) festgesetzt war, hatte die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages zu tragen. Die Voraussetzungen dieser Norm liegen unstrittig vor. Es bestehen auch keine Bedenken gegen deren Anwendbarkeit auf die streitbefangenen Fälle.

Insbesondere steht nicht entgegen, dass die Auslieferung der Sehhilfen erst im Januar 2004, also nach Änderung des [§ 33 SGB V](#), erfolgte. Auf welchen Zeitpunkt für das Entstehen der Ansprüche der Kläger auf die Vergütung und damit auf welche Fassung des [§ 33 SGB V](#) abzustellen ist, leitet sich aus dem Anspruch der Versicherten gegen ihre Krankenkasse auf Kostentragung bis zur Höhe des Festbetrage ab; denn an diesen Anspruch knüpft § 7 Abs. 1 des Vertrages i. V. m. Anlage 4a an. Dabei vermag der Eintritt des sogenannten

Versicherungsfalles (BSG [SozR 3-2500 § 19 Nr. 3](#) m. w. N.), also des Zeitpunktes, zu dem die behandlungsbedürftige Erkrankung - hier die Sehschwäche - auftritt, mangels Konkretisierung auf bestimmte Sachleistungen nicht bereits die Krankenkasse zur Kostentragung bis zur Höhe des Festbetrages zu verpflichten; denn der Anspruch des Versicherten aus [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) auf Krankenbehandlung, der nach Abs. 1 S. 1 Nr. 3 auch die Versorgung mit Hilfsmitteln - hier Sehhilfen - umfasst, stellt lediglich ein ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht (BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#); [SozR 3-2500 § 39 Nr. 5](#); [SozR 3-2500 § 19 Nr. 3](#)) dar, das der Konkretisierung bedarf, bevor der Versicherte daraus ein Recht ableiten kann, von seiner Krankenkasse ein bestimmtes Tun oder Unterlassen zu verlangen. Nach Auffassung des Senates ist der anspruchsbegründende Leistungsfall (BSG, a. a. O.), die Versorgung des Versicherten mit einer Sehhilfe, jedoch entgegen der Auffassung der Beklagten nicht erst mit der tatsächlichen Lieferung des Hilfsmittels eingetreten. Zwar könnte der Begriff der "Versorgung" in [§§ 27 Abs. 1 Nr. 3, 33 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V](#) für eine solche Auslegung sprechen. Dagegen ist jedoch einzuwenden, dass der Gesetzgeber offensichtlich zwischen "Versorgung" und "durchgeführter Versorgung" unterscheidet. So knüpfte die Zuschusspflicht der Kassen bis zum Zeitpunkt der - zum 01.01.1999 in Kraft getretenen - Änderung in allen davor geltenden Fassungen des [§ 30 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) an eine "durchgeführte Versorgung" mit Zahnersatz an. Die Leistungspflicht der Krankenkassen war in diesen Fällen nach dem Gesetzeswortlaut erst dann erfüllt und der Anspruch auf Bezuschussung erst dann entstanden, wenn die Behandlung abschließend durchgeführt war (BSG a. a. O.; siehe auch zur Verordnung und Auslieferung orthopädischer Schuhe: BSG SozR 2200 § 182b Nr. 32). Voraussetzung für eine solche Betrachtungsweise ist jedoch, wie das BSG im Zusammenhang mit der vergleichbaren Problematik der Zuständigkeit von Krankenkassen nach einem Kassenwechsel, die ebenfalls an den Eintritt des Leistungsfalls anknüpft, betont hat (BSG SozR-3 2500 § 19 Nr. 3), dass sich auch abrechnungstechnisch die Teilakte, die Bestandteil der Gesamtversorgung des Versicherten sind, trennen lassen. So hat das BSG eine Leistungspflicht der neuen Krankenkasse als gegeben erachtet, wenn ein Kassenwechsel zwischen kieferorthopädischem Behandlungsplan und Eingliederung des Zahnersatzes erfolgte (BSG a. a. O.). Zur Begründung hat es darauf abgestellt, dass eine abrechnungstechnische Trennung zwischen den beiden Behandlungsabschnitten erfolgen könne. Dass durch den Behandlungsplan bereits eine Konkretisierung des Leistungsbegehrens des Versicherten eingetreten war, hat das BSG in diesem Zusammenhang als nicht ausschlaggebend bewertet, obwohl durch den Behandlungsplan neben der medizinischen Notwendigkeit der Behandlungswunsch der Versicherten und die Behandlungsbereitschaft des (Zahn-) Arztes dokumentiert werden. Gerade abrechnungstechnisch aber unterscheidet sich der Anspruch der Versicherten auf Kostentragung bis zur Höhe des Festbetrages bei Sehhilfen von der Eingliederung von Zahnersatz. Dem Augenoptiker bietet sich auf der Grundlage des Vertrages keine Möglichkeit, den für die Festlegung des konkreten Auftragsinhalts erforderlichen erheblichen Aufwand gesondert abzurechnen. Dieser fließt vielmehr in den Abgabepreis der Brille und damit auch in den Festbetrag mit ein. Aus Sicht des Senates stellt sich die "gestreckte Versorgung" (Verordnung oder Ersatzbescheinigung - Auftrag - Anpassung - Übergabe) der Versicherten mit Sehhilfen auch inhaltlich so dar, dass alle für die Erstellung der Sehhilfen erforderlichen Daten bereits bei der verbindlichen Auftragserteilung durch den Versicherten festgelegt werden, es danach nur noch der Umsetzung durch Fertigung der Sehhilfen bedarf, zumal die Beklagte auf eine Genehmigung im Einzelfall verzichtet hat. Wie die Kläger zu Recht einwenden, kommt der Anpassung der Sehhilfe im Rahmen der Auslieferung keine tragende Bedeutung zu. Mängel bei der Umsetzung des vom Versicherten erteilten Auftrages sind dem Bereich der Haftung zuzuordnen, nicht aber der Erstellung des Produktes. Stellt sich aber, wie hier, die begonnene "Behandlung" mit Rücksicht auf die Art der Abrechnung als Einheit dar, so hat das BSG in den Fällen des Kassenwechsels keine Bedenken gehabt, eine fortlaufende Zuständigkeit der alten Kasse bis zum endgültigen Abschluss der Behandlung anzunehmen (BSG [SozR 3-2500 § 19 Nr. 4](#)). Der Senat hält die Argumentation für übertragbar auf den vorliegenden Fall. Dem trägt letztlich auch § 7 Abs. 2 des Vertrages Rechnung, der den Augenoptikern in bestimmten Fällen eine Vergütung zuspricht, obwohl eine Auslieferung der Sehhilfen an den Versicherten gar nicht stattfindet.

Für die oben dargelegte Auffassung spricht das weitere, aus Sicht des Senates überzeugende Argument, auf das das Sozialgericht Hildesheim (Urteil vom 03.05.2005, Az.: [S 20 KR 105/04](#), [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)) hingewiesen hat: Bis zum 31.12.2003 konnten die zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Augenärzte auf der Grundlage des [§ 33 SGB V](#) a. F. Sehhilfen rechtswirksam verordnen und ihre Leistung gegenüber der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung liquidieren. Wenn der Gesetzgeber die Verordnung von Sehhilfen bis zu dem Stichtag zugelassen hat, so muss dies im Rahmen der hier vorliegenden "gestreckten Versorgung" auch bezüglich der Umsetzung der Versorgung gelten. Ansonsten wäre es nur konsequent, wenn auch der Augenarzt die Leistung, die er vor dem Jahreswechsel erbracht hat, nicht mehr abrechnen könnte. Im Übrigen spricht gegen die Auffassung der Beklagten, dass es für alle Beteiligten - Augenärzte, Versicherte, Augenoptiker - überhaupt nicht voraussehbar war, welche Leistung noch unter den Voraussetzungen der alten Gesetzeslage erbracht werden könnten, wenn es maßgeblich auf die Auslieferung der Sehhilfen ankommen würde. Der Ansturm der Versicherten, die bis zum Jahresende 2003 von den Vorzügen der alten Gesetzeslage profitieren wollten, führte nach eigener Kenntnis des Senates dazu, dass nicht nur die Augenoptiker die erteilten Aufträge nicht in der üblichen Bearbeitungszeit erledigen konnten, sondern auch die optische Industrie weitaus längere Zeiträume für die Herstellung der Gläser benötigte. Für die Versicherten war es daher keineswegs, wie die Beklagte glaubt, absehbar, bis wann eine in Auftrag gegebene Sehhilfe zur Abholung bereitstehen würde. Sogar in den Fällen, in denen der Versicherte noch aus seiner Sicht alles unter der Geltung des alten Gesetzes Notwendige getan hat um die Sehhilfe zu erhalten, würde er den ihm im Grunde nach rechtlich zustehenden Kassenzuschuss dann nicht erhalten. Im Übrigen würde es zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von Versicherten, die mit im Lager vorrätigen Standardgläser zu versorgen sind, im Verhältnis zu Versicherten, die auf Gläser in zeitaufwändiger Sonderfertigung zurückgreifen müssen, kommen. Aus der Gesetzesentstehung, insbesondere den Materialien zum GMG ([BT-Drucksache 15/1525](#)) ist aber eine derartige Beschränkung der Ansprüche der Versicherten, die im Hinblick auf die Lieferschwierigkeiten der optischen Industrie faktisch bereits im Dezember 2003 eingesetzt hätten, ab dem 1. Januar 2004 nicht zu entnehmen. Der Gesetzgeber hätte - wie in der Vergangenheit beispielsweise in [§ 30 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12.1998 geltenden Fassung - ohne Weiteres entsprechende gesetzliche Klarstellungen treffen können, die unmittelbar auf den Vertrag durchgeschlagen wären (BSG SozR 3-110 Art. 14 Nr. 41 zur Höhe des Anspruch von Augenoptikern auf Vergütung für die Aufarbeitung von Brillengestellen), wenn er eine der Auffassung der Beklagten entsprechende Anwendung des [§ 33 Abs. 1](#) und 2 SGB V n. F. hätte sicherstellen und eine exzessive Inanspruchnahme von Leistungen im Zusammenhang mit der Gesetzesänderung ("Blüm-Bauch"-Problematik), insbesondere kurz vor dem Stichtag, hätte verhindern wollen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache zugelassen.  
Rechtskraft

Aus  
Login

NRW  
Saved  
2007-12-04